

СИЁСАТИ МИЛЛӢ ВА ПРОТОКОЛИ КЛИНИКӢ ОИД БА БАРТАРАФКУНИИ ИНТИҚОЛИ ВНМО АЗ МОДАР БА КӢДАК (БИМК) ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

(3-юмин боздиди миллии давлатӣ, тибқи тавсияҳои ТУТ ¹)

Соли 2016

¹ Боздиди мазкури сиёсати миллӣ бо мақсади муътадилгардонии истифодабарии захираҳои маҳдуди давлатӣ ва тақсироти самарабахши он барои ба даст овардани натиҷаҳои самарабахш ва усутвор оид ба решакан намудани ИМК мебошад. Осиёи В+ ба давлат ва минтақаҳои дорой нишондоди баланди таваллуд ва паҳншавии сирояти ВНМО фоидаи калон меорад, ки дар онҳо тайин намудани ТЗРВ дар давоми ҳаёт, ба тамоми занони ҳомила ва ширмакон, имкон медиҳад беморшавӣ ба сирояти ВНМО ва пешгирӣ намудани интиқоли ВНМО, ки дар ҳолати зерин ва ки дар ҳомилгиҳои оянда кам карда шавад.

Мундариҷа

Ихтисорот	12
Пешгуфтор	13
Механизми идоракунии барномаи БИМК	16
Номгӯи минималии маълумотҳо, ки барои ҷамъоварӣ дар муассисаҳои тиббӣ тавсия шудаанд	16
Сиёсати тестгузаронӣ	23
Картаи тестгузаронии зани ҳомила – варакаи иловагӣ ба картаи амбулатории №029 (у)	26
Картаи мониторингӣ оид ба воридкунии барномаи ИМК дар сатҳи назорати антенаталӣ	27
ПРОТОКОЛИ КЛИНИКӢ	33
I. Тестгузаронӣ ба ВНМО дар ҳадамотҳои кӯмаки тотаваллудӣ	34
1. Мурочиати аввалия	34
2. Муоинаи баъдитестӣ	35
3. Машваратдиҳӣ	36
Таснифоти марҳилаҳои клиникӣ сирояти ВНМО (ТУТ, 2013с.)	37
II. Сенарияҳои клиникӣ: ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъдитаваллуд	39
1. Ҳомилагии бе ориза	
Ҷадвали 1. Сенарияҳои асосии клиникӣ ҳангоми ҳомилагии беориза	40
2. Ҳомилагии оризадор	
Ҷадвали 2. Сенарияҳои асосии клиникӣ ҳангоми ҳомилагии оризадор	42
3. Ҳолатҳои махсус	44
3.1. Бемориҳои ҳамроҳикунандаи гепатити В	44
3.2. Бемориҳои ҳамроҳикунандаи гепатити С	44
Ҷадвали 3. Сенарияҳои клиникӣ ҳомилагӣ дар ҳолатҳои махсус: якҷояшавии сироятҳои и ВНМО/гепатит В ва ВНМО /гепатит С	45
3.3. Бемориҳои ҳамроҳикунандаи сил	46

Қадвали 4. Табобати якҷояшавии бемории сил ва сирояти ВНМО бо нишон надодани устуворӣ ба доруворӣ, вобаста аз муҳлати ҳомилагӣ 47

III. Пешбурди ҳомилаҳои бо ВНМО сироятёфта, ки маводҳои муҳаддир тазриқиро истифода мебаранд 48

1. Ташкил намудани кӯмак 48
2. Баҳодиҳии вобастагӣ аз маводи муҳаддир ва аломатҳои абстиненсия дар занониҳомила 48
3. Таъсири маводҳои руҳфаъолкунанда ва алоими абстинентӣ дар вақти ҳомилагӣ 50
4. Машваратдиҳӣ ва табобат ҳангоми вобастагӣ аз маводи муҳаддир 51
5. Табобати ҷойивазкунанда бо опиоидҳо дар вақти ҳомилагӣ 52
 - 5.1. Табобати ҷойивазкунанда бо метадон 52
 - 5.2. Табобати ҷойивазкунанда бо бупренорфин 53
 - 5.3. Камқунии воя 54
 - 5.4. Зиёдқунии воя 54
 - 5.6. Таъсири байниҳамдигарии метадон ва маводҳои ЗРВ 54
6. Пешбуди қанони бо ВНМО сироятёфтаи аз маводи муҳаддир вобастагидошта 55
7. Бедардқуни 56

IV. Пешбурди таваллуд 57

1. Беморон бо СВ номуайян дар вақти ТЗР 57
 - 1.1. Ҳомилагии расида 57
 - 1.2. Ҳомилагии норасид, муҳлат < аз 34 ҳафта 57
2. Беморон бо СВ муайян дар вақти ТЗР 58
 - 2.1. Ҳомилагии расида 58
 - 2.2. Ҳомилагии норасид, муҳлат < аз 34 ҳафта 58
3. Беморон бо СВ муайян, ки ТЗР намегиранд 59
 - 3.1. Ҳомилагии расида 59
 - 3.2. Ҳомилагии норасид, муҳлат < аз 34 ҳафта 59

V. Пешбурди навзоде, ки бо ВНМО тамос дорад	60
1. Табобати зиддиретровирусӣ ва хусусияти усулҳои пешниҳодшудаи БИМК	60
2. Табобати навзодони норасид	61
3. Ғизодиҳии тифлон	62
4. Табобати вобастагӣ аз маводи муҳаддир ва алоими абстинентӣ дар навзодон	63
4.1. <i>Муоинаи клиникӣ</i>	63
4.2. <i>Табобати алоими абстинентӣ дар навзодон</i>	64
5. Эмгузаронӣ	65
6. Муайянкунии мақоми навзод ба ВНМО	66
7. Пешгирии пневмонияи пневмосистӣ	68
VI. Оғоз, анҷом ва мониторинги табобати зиддиретровирусӣ	69
VII. Номгӯи минималии маълумотҳо, ки барои ҷамъоварӣ дар муассисаҳои тиббӣ тавсия шудаанд	72
Замимаи 1. Маводҳое, ки барои табобати вобастагӣ аз маводҳои руҳфаъолкунанда дар ҳомилаҳо истифода бурда мешаванд	72
Замимаи 2. Муайян намудани қобили қабул, амалишаванда, аз лиҳози молиявӣ дастрас будан, устуворӣ ва бехатарии ғизодиҳии навзодон	75
Замимаи 3. Арзёбии дараҷаи вазнинии алоими абстинентӣ дар навзодон	77
Замимаи 4. Маводҳои зиддиретровирусие, ки дар ҳомилаҳо истифода мебаранд, бо балҳо	79
VIII. Библиография	89

Ихтисорот

BT ва ҲИА ҚТ	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
ТУТ	Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ
ХДНФФ	Хадамоти давлатии назорати фаъолияти фармасевтӣ
КАТС	Кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ
МСР	Маркази солимии репродуктивӣ
МТО	Маркази тибби оилавӣ
МСД	Маркази саломатии деҳотӣ
БТ	Бунгоҳи тиббӣ
ХС	Хонаи саломатӣ
НАН	Нигоҳубини антенаталӣ
МКТ	Муассисаи кӯмаки таваллудӣ
БК	Буриши қайсар
БИМК	Бартарафкунии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак
ТЗР/ТЗРВ	Таботати зиддиретровирусӣ
ТИФ	Таҳлили иммуноферментӣ
СД4	Т- лимфосити СД4
СВ	Сарбории вирусӣ
РЗП	Реаксияи (иртиқои) занҷиравии полимеразӣ
КДН ВНМО	Кислотаи дезоксирибонуклеинии ВНМО
КРН ВНМО	Кислотаи рибонуклеинии ВНМО
ВОМ	Вояи омехтаи муайян
ИНТБ	Ингибиторҳои нуклеозидии транскриптазаи баргарданда
ИҒНТБ	Ингибиторҳои ғайринуклеозидии транскриптазаи баргарданда
ИП	Ингибиторҳои протеаза
AZT	Азидотимидин (Зидовудин) – маводи зиддиретровирусӣ
ЗТС	Ламивудин – маводи зиддиретровирусӣ
NVP	Невирапин – маводи зиддиретровирусӣ
EFV	Эфавиренз – маводи зиддиретровирусӣ
TDF	Тенофовир – маводи зиддиретровирусӣ
FTC	Эмтрицитабин – маводи зиддиретровирусӣ
LPV/r	Лопинавир/ритонавир(Калетра) – маводи зиддиретровирусӣ

Пешгуфтор

Занони бо ВНМО/БПНМ зиндагикунанда ҳарчи бештар меҳоханд ҳомилагиро нигоҳ доранд, дар ҳоле ки тифлони навзоди онҳо ҳангоми дар дохили батн будан, дар вақти таваллуд ва синамаконӣ таҳти хатари баланди сироятёбӣ ба ВНМО қарор доранд. Агар ягон чора андешида нашавад, дар кӯдаконе, ки таҳти ғизогирии сунъӣ қарор доранд, хатари интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак (ИМК) 15-30%-ро ташкил менамояд; синамаконӣ хатарро то 20-45% зиёд менамояд.

Муайянкунии мақоми ҳар як зани ҳомила ба ВНМО – вазифаи муҳими самарабахшии ПИМК буда, оқибати ниҳоии он бартаарафкунии сирояти ВНМО дар кӯдакон то нишондоди камтар аз 1% мебошад. Илова ба ин, ин лаҳзаи муҳим барои оғоз намудани табобати худӣ зан ва кӯдаки ӯ мебошад.

Айни ҳол усулҳои самарабахши БИМК вуҷуд дорад, ки ба онҳо усулҳои зерин дохил мешавад:

- табобати зиддиретровирусӣ, ки ба модар дар вақти ҳомилагӣ, таваллуд ва баъди таваллуд гузаронида мешавад ва пешгирӣ дар ҳафтаҳои аввали ҳаёти кӯдакон;
- даҳолатҳои акушерӣ, аз ҷумла буриши қайсарии нақшавӣ (БҚН);
- даст кашидан аз синамаконӣ *ё синамаконӣ дар вақти гузаронидани табобати ЗРВ, ки модар баъди таваллуд ва то охири ҳаёт мегирад.* (Опсияи В+) ва курси профилактикии маводҳои ЗРВ ба кӯдакон дар давоми синмаконӣ.

ТУТ стратегияи маҷмӯи пешгирии сирояти ВНМО-ро дар кӯдакони хурдсол пешниҳод менамояд, ки аз чор самт иборат аст:

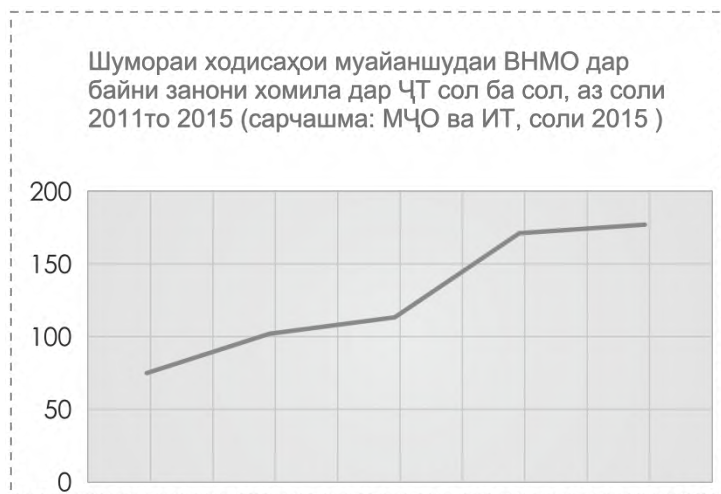
1. Пешгирии аввалияи сирояти ВНМО	2. Пешгирӣ намудани ҳамли номатлуб дар занони ба ВНМО сироятёфта
3. Пешгирии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак	4. Пешниҳод намудани табобат, кӯмак ва дастгирии модарони ба ВНМО сироятёфта ва оилаҳои онҳо

Сол аз сол шумораи умумии занони ҳомилаи бақайдгирифташаванда дар Тоҷикистон зиёд шуда истодааст, ки мутаносибан ба зиёдшавии таваллуди кӯдакон баробар мебошад. Ба ҳисоби миёна ҳар сол тибқи маълумотҳои омори тиббӣ 250 000 таваллудҳо ба қайд гирифта мешавад. Мувофиқи маълумотҳои дидбонии назорати эпидемиологӣ дар байни занони ҳомила аз соли 2010 паҳншавӣ дар байни занони ҳомила ба 0,05% баробар мебошад.

Мувофиқи маълумотҳои барномаи СПЕКТРУМ аз соли 2015 шумораи эҳтимолии одамони бо ВНМО зиндагикунанда дар кишвар ба 15 100 нафар баробар мебошад.

Аз соли 2011 дар кишвар ба гузаронидани скрининги универсиалӣ ба ВНМО дар байни занони ҳомила бо истифода аз стратегияи “opt out” (тестгузаронии пешниҳодшаванда ба ВНМО ва фароғии ҳамаи занони ҳомила) оғоз намуданд ва кӯмаки антенаталиро дар сатҳи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС) гирифтанд. Ин имкон дод, ки сирояти мазкур дар шумораи муайяни ҳомилаҳо саривақт ташхис шуда, минбаъд маҷмӯи дахлдори чорабиниҳоро оид ба пешгирии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак гузаронида шавад. Маълумот дар бораи шумораи занони ба ВНМО мусбӣ дар ҷадвали №1 оварда шудааст.

ҶАДВАЛИ №1.
СИРОЯТИ ВНМО ДАР
ЗАНОНИ ҲОМИЛА,
ТОҶИКИСТОН, СОЛҲОИ
2011-2015



Сиёсати давлатӣ тамоюли гузариш аз пешгирии ЗРВ дар байни занони ҳомила ба ВНМО мусбатро ба табобати ЗРВ якумра, бо мақсади чораҳои самарабахштар оид ба бартарафкунии ВНМО дар байни кӯдакон ва беҳтаркунии сифати ҳаёти ҳуди занон дастгирӣ менамояд. Дар соли 2015 шумораи ҳодисаҳои нави занони ҳомила ба ВНМО мусбат дар мамлакат 174 нафарро ташкил дод, ки аз онҳо 168 нафарашон (96,6%) табобати ЗРВ гирифтаанд.

Имрӯз дар пеш вазифаи ноил шудан ба чунин камшавии басомади ИМК дар Ҷумҳурии Тоҷикистон истодааст, ки эпидемияи сирояти ВНМО аз ҳисоби истифодаи маводҳои муҳаддири тазриқӣ зиёд шуда истодааст ва системаи тандурустӣ бо сабаби давраи гузариши иқтисодӣ суст гардидааст. Фарогирии баланд бо кӯмаки тотаваллудӣ, мавҷудияти инфрасохтори рушдёфтаи тандурустӣ, сатҳи баланди маълумотнокӣ, паҳншавии нисбатан пасти сироят ва дастрасии чораҳои самарабахш оид ПИМК ба Тоҷикистон имкон медиҳад, ки сирояти ВНМО-ро дар байни кӯдакони то 1 сола пурра, то 0% решакан намояд.

Механизми идоракунии барномаи БИМК, тақсимои ваколат дар маҳалҳо, аз ҷумла Ҳамоҳангсозӣ ва вазифаҳои иловагии шахсони масъул

1. ВТ ва ҲИА ҚТ таҳлили маълумотҳои оморӣ, самарабахшии чораҳои андешидашаванда ва дигар мушкилотҳои ҷойдоштаро дар доираи татбиқи барномаи БИМК ба инобат гирифта, сиёсати барномавиरो муайян менамояд. Ҳамчунин моделҳои самарабахш ва инноватсионии идоракунии барномаро тавсия ва тасдиқ менамояд, аз ҷумла таҳияи ҳуҷжатҳои меъёрие, ки тартиби харидро дар сатҳи КАТС муайян менамояд; мониторинги алгоритми тестгузаронии занони ҳомила; протоколи клиникӣ оид ба таърифи мувофиқи тавсияҳои охири ТУТ ва дигар ҳуҷжатҳо, ки тартиби сиёсати БИМК дар ҳамаи сатҳҳои КАТС, назорати антенаталӣ, кӯмаки таваллудӣ ва Марказҳои СПИД муайян менамояд.

Роҳбарони КАТС барои Ҳамоҳангсозӣ, мониторинг ва таъмин намудани иҷроиши ПИМК дар маҳалҳо масъул мебошанд.

2. **Роҳбари КАТС** илова ба вазифаҳои хизмати худ уҳдадор аст:
 1. Муайян ва тайин намудани табиби масъул барои ПИМК ва тестгузаронӣ ба ВНМО дар байни занони ҳомила дар сатҳи КАТС/НАН;
 2. Муайян намудани талабот барои ташкили омӯзиш ва сертификатсия, масъулон оид ба ПИМК ва дар ҳамкориҳои зич бо Марказҳои СПИД расонидани кӯмаки дахлдор дар тақвиятбахшии захираҳои кадрӣ интихобшуда;
 3. Пурракунии дахлдори воҳидҳои корӣ дар сатҳи КАТС/НАН, муайян намудани иловапулӣ ба маош бо сабаби хавфи тамос ба сирояти ВНМО (Қонуни ҚТ «Дар бораи муқовимат ба вирусҳои норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният», бобҳои 4, моддаи 21) ба мутахассиси масъул оид ба БИМК ва мутахассиси масъул оид ба тестгузаронӣ (озмоишгар);
 4. Ташкил намудани банақшагирӣ, пешгӯӣ ва хариди тестҳои фаврӣ барои ВНМО ва тестҳои ТИФ-и ВНМО барои занони ҳомила, мувофиқи тағйирот ва иловаҳо ба фармоиш оид ба хариди

давлатӣ аз 16 апрели соли 2012, № 815 «Системаи хариди электронӣ»;

5. Роҳбар барои омода намудани супориши техникӣ ва таснифот оид ба харидҳои дахлдор, чараёни минбаъдаи харид, мувофиқи сиёсати давлатӣ оид ба харидро тартиб медиҳад ва масъул мебошад.

Ҳангоми тартиб додани таснифоти тестҳо барои ВНМО ҷанбаҳои зеринро бояд ба назар гирад:

- доштани иҷозатномаи истифодабарӣ аз Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва бақайдгирӣ дар ХНДФФ (Ҳадамоти назорати давлатии фаъолияти фармасевтӣ);
 - доштани ҳиссиётнокии - 99% (худуди поёнӣ ҳангоми фосилаи ваколатдиҳандаи 95%);
 - доштани хусусиятнокии 98% (худуди поёнӣ ҳангоми фосилаи ваколатдиҳандаи 95%);
 - бо талаботи иловагӣ нисбат ба тест-система, ки барои тесткунонӣ истифода бурда мешавад, ба таври ҳатмӣ муайян намудани таҳассуснокӣ аз ҷониби ТУТ.
6. Роҳбар сметаи хароҷотро тартиб медиҳад, ки дар худ хароҷотҳои барои иҷрои супориш зарур дохил мешаванд: вақти аниқ, хароҷотҳои ташкилӣ - техникӣ. Роҳбар барои ташакулдиҳии маблағ, пардохт барои хизматрасонӣ ва захираҳои моддӣ – техникӣ аввалия масъулияти молиявӣ дорад;
 7. Роҳбари КАТС-и ноҳия ва шаҳр оид ба захирашавии маблағҳои молиявӣ бо БТ, МСД, МСР, МТО ба таври доимӣ ва на кам 1 маротиба дар семоҳа мониторинг мегузаронад. Маблағҳои захирашуда ба таври мақсаднок барои харидории тестҳо барои ВНМО ва дигар маводҳои зарурӣ (пробиркаҳо бо буферашон, дастпӯшакҳо ва ғ) сарф карда мешаванд;
 8. Тестҳоро ба МСД, БТ (бунгоҳи тиббӣ), МСР, МТО ва муассисаҳои кӯмаки таваллудии ноҳияҳои дахлдор тақсим менамояд;
 9. Роҳбари КАТС бо ҳамроҳии масъулон оид ба БИМК дар сатҳи МСР вилоятӣ ва шаҳрӣ дар бораи иҷроиши барномаи БИМК дар ҳамаи сатҳҳо ҳисоботи ҷамъбасти омода намуда, дар яқҷоягӣ бо

Маркази СПИД мутахассисонро дар ҷойҳо тайёр мекунад ва оид ба иҷроиши протоколи пешбурди занони ҳомилаи гирифтори ВНМО мониторинг мегузаронад.

ЭЗОХ!

ВТ ва ҲИА ҚТ ҳамасола барои ММСР маблағҳои мақсаднок ҷудо менамояд, ки ММСР дар навбати худ тестҳо барои ВНМО ва дигар маводҳои сарфшавандаро дар доираи БИМК харидорӣ намуда, МСР вилоятӣ ва Таваллудхонаҳои вилоятиро бо ин маводҳо таъмин менамояд.

3. **Роҳбари ММСР/МСРВ** маълумотҳоро ҷамъоварӣ ва таҳлил намуда, дар асоси маълумотҳои ҷамъбасти ҳисобот дар бораи татбиқи барномаи БИМК ба ВТ ва ҲИА ҚТ пешниҳод менамояд. Ҳисоботи ҷамъбасти дар бораи иҷроиши барномаи БИМК дар ҳамаи сатҳҳо бо маълумотҳои зерин маҳдуд намешавад:
 - фарогирии занони ҳомила бо тестгузаронӣ ба ВНМО;
 - омили ҷамъбасти ҳодисаҳои нав бақайдгирифташудаи ВНМО дар байни занони ҳомила;
 - эҳтиёҷот оид ба тайёр намудани мутахассисон дар маҳалҳо;
 - дар якҷоягӣ бо МҚ СПИД гузаронидани мониторинги иҷроиши протоколи пешбурди занони ҳомилаи гирифтори ВНМО на кам аз як маротиба дар як сол.

4. **Мутахассиси масъул оид ба БИМК дар сатҳи КАТС/НАН** барои иҷрои корҳои зерин ҷавобгӯ мебошад:
 - иҷроиши ҳуҷҷатҳои меъёрӣ, ки татбиқи барномаи БИМК дар маҳалҳо муайян менамояд;
 - маълумотҳои оморӣ оид ба фарогирии занони ҳомила бо тестгузаронӣ;
 - маълумотҳое, ки бо ҷораҳои профилактикӣ дар байни занони ҳомила алоқаманд мебошад;
 - дар бораи шумораи занони ҳомила барои ҳар як сол маълумот (пешбинӣ) омода менамояд;

- барои хариди тестҳо барои 12 моҳ ва бо назардошти захираи буферҳо барои 2 моҳ дархост (Замимаи №4) тайёр менамояд;
- бармаҳал, на кам аз 4 моҳ қабл аз тамоми шудани захира дар анбор ба роҳбари КАТС ё МСР дархост пешниҳод менамояд;
- барои саривақт гирифтани тестҳо барои ВНМО аз роҳбари КАТС ҷавобгӯ мебошад;
- системаи ҳисоботдиҳӣ ва баҳисобгирии харид ва хароҷотро тибқи шакли №104 тартиб медиҳад;
- дар бораи шумораи тестҳои сарфшуда дар маҳалҳо ҳисоботи ҷамъбасти тайёр менамояд ва баъд ба роҳбари КАТС ва нусхаашро ба роҳбари бевоситаи худ пешниҳод менамояд;
- оид нигоҳдории тестҳо мониторинг мегузаронад;
- мутобиқи шаклҳои ҳисоботии қабул ва тасдиқшуда (шакли №4) дар бораи фарогирии занони ҳомила бо тестгузаронӣ ҳисобот омода менамояд;
- бо сарпарастии мутахассисони марказҳои СПИД занони ҳомилаи гирифтори сирояти ВНМО-ро аз рӯи протоколи миллии клиникӣ табобат менамояд;
- барои пешбурд ва омода намудани зани гирифтори ВНМО ба таваллуд дар маҳалли зист ҷавобгӯ мебошад;
- нақшаи тайёр намудани кормандонро таҳия ва дар сатҳи КАТС тасдиқ намуда, лексияҳо мехонад ва ба таври мунтазам сатҳи маълумотнокии кормандонро дар бораи тавсияҳои миллии ва байналмилалӣ охири дар масъалаи ВНМО баланд менамояд.

5. Марказҳои СПИД

Марказҳои вилоятӣ, шаҳрӣ ва ноҳиявӣ СПИД:

- дар маҳалҳо ба роҳбарони КАТС ва шахсони барои татбиқи барнома масъул кӯмаки сарпарастӣ мерасонанд;
- мониторинги сифати тестгузаронӣ, речаи нигоҳдории тестҳо ва риоя намудани речаи хунокиро ҳангоми интиқол анҷом медиҳанд;
- ба роҳбари КАТС дар омода намудани хусусиятҳои техникаи тестҳо, ки барои харид зарур ҳастанд, кӯмак менамояд;
- марказҳои вилоятӣ СПИД аз марказҳои шаҳрӣ ва ноҳиявӣ СПИД ҳисобот гирифта, ҷамъбаст менамоянд ва ба Маркази ҷумҳуриявӣ СПИД пешниҳод менамоянд;

- ҳамаи мутахассисони масъулро дар маҳалҳо аз рӯи барномаи БИМК омӯзонида, ба онҳо сертификат медиҳанд, ки ба онҳо барои мустақилона пешбурди занони ҳомилаи гирифтори ВНМО ҳуқуқ ва ваколат медиҳад.

6. Индикаторҳои асосии БИМК барои кӯмак ба роҳбар

Номгӯи минималии маълумотҳо, ки барои ҷамъоварӣ дар муассисаҳои тиббӣ тавсия шудааст – маълумотҳое, ки бояд мутобиқи номгӯи минималӣ ҷамъ оварда шавад, барои таҳияи индикаторҳои асосии дастрасӣ ва самарабахшӣ оид ба БИМК аҳамияти калон дорад. Чунин индикаторҳо ба ташкилотчиёни тандурустӣ дар қабули қарорҳое, ки ба тақвиятбахшӣ ва васеъгардонии ҳадамотҳои дахлдор зарур мебошанд кӯмак менамояд, то ин ки онҳо ба ҳамаи он заноне, ки эҳтиёҷот доранд, дастрас бошанд.

7. Маълумотҳои зерин бояд дар ҳар як муассисаи тиббӣ ба таври доимӣ (1 маротиба дар се моҳ ва шаш моҳ) ҷамъ оварда шаванд

1. Ҷоизаи занони ҳомила, ки ба ВНМО тестгузаронӣ шудаанд.
2. Ҷоизаи занони ҳомила, ки барои назорати антенаталӣ бақайд гирифта шудаанд ва ба ВНМО тестгузаронӣ шуда, мақоми хурро медонанд.
3. Ҷоизаи занони ҳомилаи гирифтори ВНМО, ки барои паст намудани хавфи интиқоли вирус аз модар ба кӯдак, мутобиқи Опсияи В+, табобати зиддиретровирусӣ гирифтаанд.
4. Ҷоизаи навзодоне, ки аз занони ба ВНМО сироятёфта таваллуд шудаанд ва дар давоми 2 моҳи пас аз таваллуд ташҳиси вирусологии бармаҳалро гузаштаанд.
5. Ҷоизаи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки дар масъалаи ҷуфтҳои дискордантӣ (вақте ки таҳлили хуни яке аз онҳо ба ВНМО мусбӣ мебошад), танзими оила ва ғизодиҳӣ маълумот гирифтаанд.

8. Ҳисоботҳо на дертар аз рӯзи 5-уми давраи ҳисоботӣ бояд пешниҳод карда шаванд.

Маълумотҳое, ки бояд ба таври доимӣ бақайд гирифта шаванд:

Дар хадамоти кӯмаки тотаваллудӣ:

- шумораи ҳомилаҳо;
- шумораи занони ҳомила, ки ба ВНМО тестгузаронӣ шудаанд;
- шумораи занони ҳомила, ки натиҷаи тестгузаронӣ ба ВНМО мусбӣ мебошад;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки ба онҳо исқоти тиббии ҳамл гузаронида шудааст;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёта, ки табобати ЗРВ мегиранд;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёта, ки маводи муҳаддири тазриқиро истифода мебаранд ва вобастагии опиоидӣ доранд;
- шумораи занони ба ВНМО сироятёфта, ки табобати ҷойивазкунанда мегиранд;
- шумораи занони ба ВНМО сироятёфта, ки табобати ҷойивазкунанда ва ЗРВ мегиранд.

Дар таваллудхона:

- шумораи воридшудаи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта;
- шумораи воридшудаи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки дар вақти ҳомилагӣ ба ВНМО тестгузаронӣ нашудаанд:
 - аз онҳо ба ВНМО тести фаврӣ гузаронида шудааст;
 - аз онҳо натиҷаи мусбидоштагон;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки дар вақти ҳомилагӣ табобати ЗРВ нагирифтаанд;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки дар вақти таваллуд пешгирии ЗРВ гирифтаанд;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёта, ки маводи муҳаддири тазриқиро истифода мебаранд ва вобастагии опиоидӣ доранд:
 - чанд нафари онҳо дар вақти таваллуд табобати ҷойивазкунанда гирифтаанд;

- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёта, ки бо роҳи табиӣ таваллуд кардаанд;
- шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёта, ки дар онҳо буриши қайсар ичро карда шудааст;
- шумораи навзодоне, ки аз модарони ба ВНМО сироятёфта таваллуд шудаанд:
 - аз онҳо чанд нафар пешгирии ЗРВ гирифтаанд;
 - аз онҳо чанд нафар таҳти синамаконӣ қарор доранд;
 - аз онҳо таҳти синамаконию холис қарордоштагон, ки табобати ЗРВ мегиранд;
- шумораи навзодон, ки бо усули ПСР дар 48 соати аввали пас аз таваллуд ташхиси бармаҳалро гузаштаанд;
- шумораи навзодоне, ки аз модарони вобастагии опиодидошта таваллуд шудаанд;
- шумораи навзодоне, ки вобаста ба алоими абстинентӣ табобат мегиранд.

Сиёсати тестгузаронӣ

Алгоритми тестгузаронии занони ҳомила ба сирояти ВНМО дар сатҳи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ, нигоҳубини антенаталӣ ва кӯмаки таваллудӣ (КАТС, НАН ва КТ)

Фарогирӣ. Ҳамаи занони ҳомила, ки бо сабаби ҳомилагӣ бақайд гирифта шудаанд (картаи амбулатории №029), дар сатҳи КАТС/НАН ба сирояти ВНМО дар муҳлати то 12 ҳафтаи гестатсионии чанин, ё хангоми мурочиати аввалини зан ба КАТС/НАН тестгузаронӣ карда мешаванд. Бо сабаби маҳдуд будани маблағҳо ва бо мақсади сарфа намудани маблағ ва самаранокии хароҷот тестгузаронии такрорӣ дар занони ҳомила вақте гузаронида мешавад, ки агар дар анамнези ҳаётӣ таҷрибаи рафтори хавфнок қой дошта бошад. Аз ин лиҳоз, мувофиқи номгӯи пешниҳодшудаи меъёрҳо дар поён, тестгузаронии такрорӣ занони ҳомила дар муҳлати гестатсионии аз 28 то 36 ҳафтаи рушди чанин гузаронида мешавад.

→ **Таҷрибаи рафтори хавфнок ва дигар хатарҳо:**

1. **Бо таҳлили озмоишгоҳӣ тасдиқ шудани БАҶС (оташак, хламидиоз, трихомониаз, сӯзок);**
2. **Амалиётҳои ҷарроҳӣ ё гузаронидани хун ва қузъҳои он дар вақти ҳомилагии ҳозира;**
3. **Алоқаи ҷинсии ҳифзношуда дар вақти ҳомилагии ҳозира (алоқаи ҷинсии тасодуфӣ бе истифодаи рифола);**
4. **Истифодабарии маводи муҳаддири тазриқӣ аз ҷониби худи зани ҳомила;**
5. **Шарики ҷинсӣ таҷрибадор аст, ё истифодабарандаи маводи муҳаддири тазриқӣ, муҳочирӣ меҳнатӣ.**

Дар ҳамаи муассисаҳои тиббии КАТС, МСР, муассисаҳои кӯмаки таваллудӣ ва марказҳои СПИД ба ҳар як зани ҳомила машваратдиҳии то ва баъдистестӣ гузаронида мешавад.

Дар мавриде, ки агар зани ҳомила саривақт худро ба қайди назорати антенаталӣ нагузорад, яъне то 12 ҳафтаи муҳлати гестатсионии чанин, он гоҳ

новобаста ба муҳлати ҳомилагӣ тестгузаронӣ ба ВНМО ҳангоми ташрифи аввалин ба муассисаи тиббӣ анҷом дода мешавад.

Дар картаи мубодилавии (Ф-№087) занони ҳомилае, ки натиҷаи тестгузаронӣ ба ВНМО мавҷуд аст, ба онҳо дар таваллудхона тестгузаронӣ анҷом дода намешавад.

Ба заноне, ки дар қайди ҳомилаҳо дар сатҳи КАТС/НАН нестанд, ё ҳангоми зоиши хонагӣ, тестгузаронӣ ба ВНМО бояд дар хона гузаронида шавад:

1. Агар зани ҳомила ба муассисае, ки хизматрасониҳои антенаталиро анҷом медиҳад ташриф наорад, он гоҳ масъули БИМК бояд ташрифи ҳавлигиро дар сатҳи хонавода ташкил намуда, машваратдиҳии то ва баъдитестӣ гузаронад ва баъд тестгузаронӣ намояд.

1.1 Дар мавриди натиҷаи мусбӣ машваратдиҳии баъдитестӣ гузаронида, гирифтани хуни варидаи мувофиқи стандарти тасдиқшуда анҷом дода мешавад ва ба маркази байниноҳиявии СПИД барои таҳлил тибқи алгоритми тестгузаронӣ фиристода мешавад.

2.1 Дар мавриде, ки агар занони ҳомила хизматрасониҳои антенаталиро саривақт нагирифта, бо сабаби дардҳои фаъоли зоиш ба муассисаи тиббӣ муроҷиат намояд ва бо худ картаи мубодилавиرو №087 надошта бошад, он гоҳ ба таври хатмӣ дар сатҳи муассисаи кӯмаки таваллудӣ хизматрасониҳои зеринро мегирад:

А) Машваратдиҳии то ва баъди тестӣ ба ВНМО.

Б) Тестгузаронӣ ба ВНМО бо усули фаврӣ дар давраи то таваллудӣ ва дар вақти таваллуд бо мақсади андешидани чораҳои бетаъхири профилактикӣ барои кам намудани хавфи интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак.

С) Дар мавриди натиҷаи тести мусбӣ ба ВНМО, дар толори таваллудӣ барои расонидани чораҳои аввалияи профилактикӣ барои модар ва тифли ӯ маҷмуъ мавҷуд аст.

Ҳангоми натиҷаи мусбии тести фаврӣ ба ВНМО дар зани таваллудкунанда, нусхаи хуни варидаи ба озмоишгоҳ бо мақсади тасдиқ намудан бо усули ТИФ фиристода мешавад.

Тестгузаронӣ ба ВНМО бо усули фаврӣ аз ҷониби мутахассиси омӯзонидашуда, ки сертификат дорад ва он тасдиқ менамояд, ки мутахассис

дар заминаи Маркази СПИД омӯзиш гузаштааст (масъули БИМК, табиб – озмоишгари масъул, момодоя ё дигар корманди миёнаи тиббӣ), гузаронида мешавад.

Усули ташхиси аввалияи сирояти ВНМО дар занони ҳомила:

Ҳамаи нусхаҳои хуни аз зани ҳомила дар сатҳи КАТС барои муоинаи ташхисӣ ва тасдиқ намудани ВНМО гирифта мешаванд, танҳо дар марказҳои СПИД гирифта мешаванд.

- Дар ноҳияҳое, ки дастрасӣ ба муоина ба ВНМО бо усули ТИФ мавҷуд аст, муоинаи занони ҳомила бо усули ТИФ гузаронида мешавад.
- Дар ноҳияҳое, ки дастрасӣ ба муоина ба ВНМО бо усули ТИФ мавҷуд нест, тестгузаронӣ ба ВНМО бо усули фаврӣ анҷом дода мешавад.

Тасдиқ намудани таҳлили хун ба ВНМО:

- Дар мавриде, ки агар таҳлил ба ВНМО бо усули тести фаврӣ натиҷаи мусбӣ ё шубҳанок диҳад, он гоҳ барои тасдиқ намудани он нусхаи хуни варидиро ба маркази вилоятӣ ё ноҳиявии СПИД барои тасдиқи минбаъда бо усули ТИФ мефиристанд.
- Аз лаҳзаи гирифтани нусхаи хун ва то гирифтани таҳлили тасдиқшуда ба ВНМО, давомнокии муоина набояд аз 5 рӯз зиёд бошад. Аз ин лиҳоз мутахассиси назорати антенаталӣ, ки барои барномаи БИМК дар сатҳи КАТС ва НАН масъул мебошад, ҷавоби натиҷаи таҳлили барои ВНМО дар зани ҳомила гузаронидашударо мегирад.
- Дар мавриде ки агар зан аз 36 ҳафтаи гестатсияи ҷанин ба қайд гирифта шуда бошад ва натиҷаи тести фаврӣ ё ТИФ мусбӣ бошад, он гоҳ зуд табobati ЗРВ-ро, новобаста аз натиҷаи тасдиқшуда дар сатҳи марказҳои СПИД, оғоз намудан лозим аст.

**Замимаи №1 (соли 2016 боздид шудааст)
ба фармоиши Вазорати тандурустии ҚТ
№259 аз 06.05. 2013с.**

		Бақайдгирӣ		
			Дафтари бақайдгирии №	
		1 2 3 4 5 +	Ташрифи чандум ба назорати антенаталӣ	
		Ному насаби зани ҳомила		
		Синну сол		
		Ҳомиладории чандум		
		+	Сатҳи ВАМО дар вақти бақайдгирӣ	
		.		
		±		
		таърихи рӯз	Машваратдиҳӣ ва тестгузаронӣ мувофиқи коди 109	
		109+		Натиҷа
		109-		
		н		
		таърихи рӯз	Машваратдиҳӣ ва тестгузаронии шарикӣ чинси мувофиқи коди 101.1	
		101.1+		Натиҷа
		101.1-		
		н		
		Марҳилаи клиникӣ	АРТ	
		CD 4		
		ВН		
		Нақша мувофиқи протоколи миллий ва ҷадвали табобати АРТ		
			Усули таваллудкунонӣ	
			Роҳи ҳалли гизодиҳии тифл	

Картаи мониторингии тестгузаронии занони ҳомила, замима ба картаи амбулатории №029

**Замимаи № 2 ба фармоиши
Вазорати тандуристии ҚТ
№259 аз 06.05. 2013 с.**

Восита барои гузаронидани мониторинги дохилии барномаи миллӣ оид ба БИМК дар сатҳи КАТС/НАН.

Муассиса _____

Минтақа, шаҳр, ноҳия, ҷамоат _____

Сиёсати миллии барномаи ПИМК	Индикатори пешравӣ	сол, моҳ	Шарҳ
Мавҷуд будани маҷмӯи ҳуҷҷатҳо, ки татбиқи барномаи миллии БИМК-ро дар маҳалҳо муайян менамояд	Ҳа/не		
Мавҷуд будани протоколи клиникии №	Ҳа/не		
Мавҷуд будани карта – дастур оид ба машваратдиҳӣ ба зан ва шарикӣ ӯ аз рӯи ВНМО/БПНМ			
Мавҷуд будани маводҳои ИТК оид ба БИМК барои кормандони тиб ва мизоҷони хизматгиранда			
Захираҳои кадрӣ			
Масъул оид ба идоракунии барномаи ПИМК	Ному насаб		
Миқдори рефреш тренинҳои дар ҷойи кор гузаронидашуда			
Мавҷуд будани ҳуҷҷатгузорӣ оид ба нигоҳдорӣ, баҳисобгирӣ, таъмин ва омода намудани талабот барои харид			
Шумораи мутахассисони ПИМК, ки барои кор бо ВНМО/БПНМ ба маоши асосӣ иловапулӣ			

мегиранд			
Таносуи кормандони омӯзонидашуда аз рӯи барномаи БИМК дар муассисаи мазкур			
Харид ва нигоҳдорӣ			
Мавҷуд будани тестҳои фаврӣ барои ВНМО дар лаҳзаи мониторинг (ниг. ба замимаи №4)	%		
Мавҷуд будани тестҳои фаврӣ барои ВНМО дар 6 моҳи оянда	Миқдор		
Мавҷуд будани буферҳо барои тестгузарони фаврӣ дар 6 моҳи оянда	Миқдор		
Мавҷуд будани пробиркаҳои яккарата бо буферҳояш барои интиқоли хуни варидӣ ва гузаронидани ТИФ ба ВНМО	Миқдори пробиркаҳо /миқдори натиҷаҳои мусбии тестҳои фаврӣ ба ВНМО		
Мавҷуд будани ҳуҷра бо стандартҳои нигоҳдории тестҳои фаврӣ (нишондоди намнокӣ, реҷаи гармӣ)			
Мавҷуд будани маводҳо оид ба пешгирии пас аз тамос			
Машваратдиҳӣ ва тестгузаронӣ			
Мавҷуд будани кодгузорӣ дар картаҳои №029 оид ба натиҷаи тестгузаронӣ ва мақом (109+;109-)			
Шакли ҳисоботи №4 ва ҷудокунӣ аз рӯи кодҳои тестгузаронӣ ба ВНМО			
Оё картаи мониторинги тестгузарони ҳомилаҳо ба ВНМО тибқи алгоритми тасдиқшудаи тестгузаронӣ истифода бурда мешавад	Ҳа/не		
Ба тестҳои фаврӣ ба таври			

шабонарӯзӣ дастрасӣ мавҷуд аст			
Дар кор бо КАТС, МСР ва МҶ СПИД пайдарпайи вучуд дорад			
Ғоизи занони ҳомилае, ки тестгузаронӣ шудаанд			
Шумораи занони ҳомилае, ки мақоми мусбӣ доранд			
Таботати ЗРВ			
Шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО+, ки тибқи протоколи миллии клинӣкии № _____ таботати ЗРВ гирифтаанд			
Шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО+, ки дар масъалаҳои ҷуфтҳои дискордантӣ, танзими оила, нигоҳубини навзод ва ғизодиҳӣ машварат гирифтаанд			
Шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО+, ки исқоти ҳамл кардаанд			
Шумораи занони ҳомилаи ба ВНМО+, ки то таваллуд таботати ЗРВ гирифтаанд			
Мониторинг			
Таҳлили пайвастаи маълумотҳо ҳар 6 моҳ			
Гузaronидани мониторинг аз тарафи роҳбарони КАТС, Марказҳои миллии ва вилоятӣи СР, ХНДФСЭ ва МҶ СПИД			

Шартҳои баҳодихӣ:

- 0 – ворид нашудааст**
- 1 – ворид шудааст, аммо беҳбудии зиёдро талаб менамояд**
- 2 – ворид шудааст, аммо беҳбудии начандон қалонро талаб менамояд**
- 3 – ворид шудааст ва мумкин аст ҳамчун таҷрибаи пешқадам дар дигар муассисаҳо истифода бурда шавад**

**Замимаи № 4 ба фармоиши
Вазорати тандурустии ҚТ
№259 аз 06.05. 2013 с.**

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Сана _____

Шакли № _____

Муҳлат _____

Ноҳия _____

Вилоят _____

Мониторинг										Дархост		
Пешбини шумораи интизори занони ҳомила	МАВҶУДИЯТИ ТЕСТҲО	САНА	Талбаот ба фарогирии 100 %	Қабул карда шуд	САНА	Мавҷудияти амалӣ	Норасоғӣ	Амалан истифода бурда шудааст	САНА	Талафот %	Мувозинати буферӣ	Талаботи максималӣ
A	B		C	D		E	F	G		H	I	G
						B+D	E-F			10%	20%	A+H+I
1500	500	30 06.16	1000	700		1200	300	900		120	300	1920

**Пешгирии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак.
Мутобиқгардонии пешбурди клиникӣ ва усулҳои самарабахши аз
байн бурдани ҳодисаҳои нави сирояти ВНМО дар кӯдакон дар
Ҷумҳурии Тоҷикистон**

ПРОТОКОЛИ КЛИНИКӢ

Версияи боздидшуда, соли 2016

I. Тестгузаронӣ ба ВНМО дар ҳадамотҳои кӯмаки таваллудӣ

1. Мурочиати аввалия

Мақсади скрининги тотаваллудӣ ба ВНМО - ҳарчи барвақттар муайян намудани занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, то ин ки барои пешгирии ИМК (ПИМК) маҷмӯи чорабиниҳо гузаронида шавад ва хатари интиқоли вирус ба кӯдак дар вақти ҳомилагӣ, таваллуд ва баъд аз таваллуд ниҳоят паст карда шавад.

Баҳодиҳии аввалияи мақом ба ВНМО аз инҳо иборат аст:

- пешниҳод ва тавсияҳо барои гузаштани тест ба антителаҳои ВНМО;
- тестгузаронии серологӣ ба антителаҳои ВНМО - одатан ТИФ ва (ё) тести фаврӣ бо тести тасдиқкунанда дар мавриди натиҷаи мусбии ТИФ (иммуноблоттинг) ва типкунонии ВНМО - 1/2 (дар мавриди ҷой доштани нишондодҳои эпидемиологӣ);
- машваратдиҳии баъдитестӣ, аз ҷумла хабардоркунӣ дар бораи роҳҳои паст намудани муносибатҳои хатарнок, новобаста аз натиҷаҳои тест.

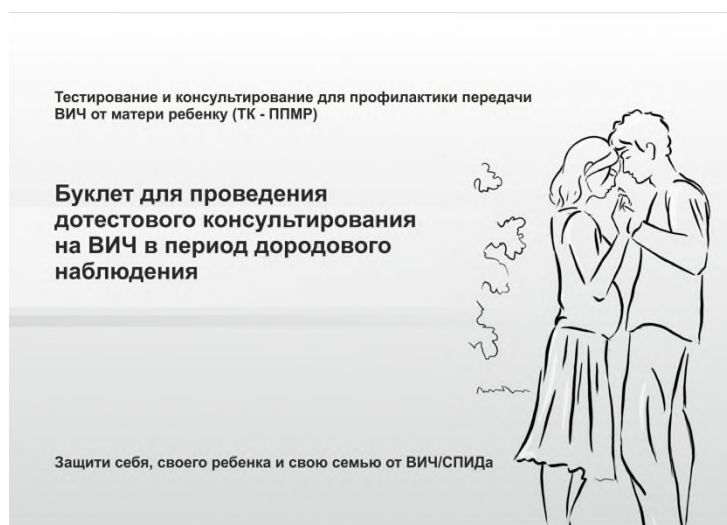
Агар зан ба ВНМО сироят ёфта бошад, он гоҳ ба шарик (шарикони) чинсии ӯ пешниҳод намудан лозим аст, ки ба ВНМО тестгузаронӣ шаванд.

Муоинаи минбаъдаи зани ба ВНМО сироятёфта бояд дар якҷоягӣ бо мутахассис оид ба сирояти ВНМО гузаронида шавад.

Яке аз вазифаҳои муҳими муоинаи аввалия, ин муайян намудани далели истифодабарии ҳама гуна маводи муҳаддир (аз ҷумла тазриқӣ ва маводҳои муҳаддири бо ном «сабук») мебошад, то ин ки новобаста аз мақом ба ВНМО кӯмаки лозима пешниҳод карда шавад. Истифодаи маводи муҳаддир ва аз он ҷумла вобастагӣ аз маводи муҳаддир метавонад ба рафти ҳомилагӣ ва рушди ҷанин таъсири ҷиддӣ расонад ва дар вақти ҳомилагӣ, таваллуд ва баъд аз таваллуд, чи ба модар ва чи ба ҷанин ё навзод, кӯмаки тиббии махсусгардонидашударо талаб намояд. Муайян намудани вобастагӣ аз маводи муҳаддир ва аломатҳои абстиненсия ба таври муфассал дар қисми III баррасӣ шудааст.

Расми 1.

Буклет бо дастгирии Хазианаи кӯдакони СММ барои кӯмак ба кормандони тиб барои гузаронидани машварати тотестӣ ба ВНМО дар байни занон ва шарикони онҳо, ки ба ҳучраҳои нигоҳубини антенаталӣ ва кӯмаки таваллудӣ муроҷиат менамоянд.



2. Муоинаи баъдитестӣ

Баъд аз муоинаи аввалияи зани ҳомила ба ВНМО, ба ӯ як қатор тестҳои иловагиро пешниҳод намуда, аз рӯи масъалаҳои зерин машварат гузаронидан лозим аст:

- истифода бурдани рифола барои пешгирии бемориҳои бо воситаи алоқаи чинсӣ сироятшаванда (БАҶС);
- хатарҳои интиқоли ВНМО ба ҷанин ва навзод ва роҳҳои пешгирӣ намудани онҳо;
- хатар ва фоидаҳои таботати зиддиретровирусӣ (ЗРВ) чи барои солимии худ зан ва чи барои кӯдак дар доираи ПИМК;
- хатар ва пешгирии интиқоли перинаталӣ гепатитҳои вирусии В (ВГВ) ва С (ВГС);
- хатарҳои интиқоли перинаталӣ БАҶС ва зарурияти муайян ва таботати оташак, сӯзок ва хламидиоз барои паст намудани хавфи интиқоли ВНМО;
- таъсири истифодаи маводи муҳаддир ба рушди ҷанин, аз ҷумла алоими абстинентӣ ва таъсири байниҳамдигарии доруворихо;
- барномаи кам кардани зарар ва таботати вобастагӣ аз маводи муҳаддир, аз ҷумла дар ҳолатҳои зарурӣ таботати ҷойивазкунанда бо опиоидҳо (ТҶО);

- таъсири усулҳои гуногуни қабули таваллуд ба паст намудани ҳавфи интиқоли ВНМО, аз ҷумла фоида ва таъсирҳои нугувори буриши қайсари нақшавӣ (БҚН, яъне буриши қайсарие, ки то оғози дардҳои таваллудӣ ва даридани қабатҳои ҷанинӣ гузаронида мешавад);
- пешгирии интиқоли баъдитаваллудии ВНМО ҳангоми синамакони, бо воситаи қабули маводҳои ЗРВ аз тарафи навод дар тамоми давраи синамакони ва тавсияҳо оид ба ғизодиҳии сунӣ;
- имкониятҳои танзими оила ва усулҳои муосири контрацепсия барои пешгирии ҳамли номатлуб дар оянда.

3. Машваратдиҳӣ

Мустақилона (дар танҳои) сирояти ВНМО дар зани ҳомила барои қатъ намудани исқоти ҳамли тиббӣ нишондод ба ҳисоб намеравад. Ҳомилагӣ ба авҷгирии сирояти ВНМО мусоидат наменамояд. Дар ягон ҳолат занро маҷбур кунонидан мумкин нест, ки исқоти ҳамл намояд! Зани ба ВНМО сироятёфта бо истифода аз маълумоти пурра ва дақиқ дар бораи хатарҳо, метавонад мустақилона дар бораи нигоҳдори ё қатъ намудани ҳамл қарор қабул намояд.

Замимаи №5

Таснифоти марҳилаҳои клиникаи сирояти ВНМО
дар калонсолон ва наврасон (ТУТ,2013с.)

Марҳилаи клиникаи 1

- Равиши ноаёни (бе аломат) сирояти ВНМО
- Лимфаденопатияи паҳнғаштаи давомнок

Марҳилаи клиникаи 2

- Харобшавии муътадили номаълум (<10% аз вазни пешбинишаванда ё вазни санчидашуда)
- Сироятҳои авдатноки (ретсидивии) роҳҳои нафас (синусит, гулӯдард, отити миёна, фарингит)
- Шукуфаи футашакл
- Хейлити ангуляри
- Ярачаҳои авдати ковокии даҳон
- Бусуроти доначашакли хоришкунанда
- Онихомикозҳо
- Дерматити себорей

Марҳилаи клиникаи 3

- Харобшавии бениҳоят зиёди номаълум (>10% аз вазни пешбинишаванда ё санчидашуда)
- Дарунравии музмини номаълум бо давомнокии бештар аз як моҳ
- Табларзаи номаълуми давомнок (рӯздармиён ё доимии давомнокиаш зиёда аз як моҳ)
- Стоматити кандидозии давомнок
- Лейкоплакияи мӯякии ковокии даҳон
- Сили шушҳо
- Сироятҳои бактериявии вазнин (мисол, пневмония, эмпиема, миозити фасодӣ, сирояти устухон ва буғумҳо, менингит, бактериемия)
- Стоматити шадиди решю некротикӣ, гингивит ё периодонтит

- Камхунии номаълум (<8 г/дл), нейтропения (<0.5 x 10⁹/л) ва/ё тромбоцитопенияи музмини (<50 x 10⁹/л) бо таботати стандартӣ муоличашаванда

Марҳилаи клиникии 4

- Алоими кахексияи бо ВНМО алоқаманд
- Пневмонияи пневмосистӣ (барангезанда *Pneumocystis jirovecii*)
- Пневмонияи вазнини бактериявии ретсидивӣ
- Табҳоли музмин (лабудахонӣ, гениталӣ ё аноректалии давомнокиаш зиёда аз як моҳ ё вистсералии чойгиршавиаш гуногун)
- Эзофагити кандидозӣ (ё кандидози хирной, бронх ва шушҳо)
- Сили ғайришушӣ
- Саркомаи Капоши
- Сирояти ситомегаловирусӣ (ретинит ё сирояти узвҳои дигар)
- Токсоплазмози системаи марказии асаб
- Энцефалопатияи бо ВНМО-вобаста
- Криптококкози ғайришушӣ, аз ҷумла менингит
- Сироятҳои паҳнғаштаи ангезандааш микобактерияҳои шаклдигаркарда
- Лейкоэнцефалопатияи авҷгирандаи манбааш зиёд
- Криптоспоридиози музмин
- Изоспориази музмин
- Сироятҳои паҳнғаштаи занбуруғӣ (гистоплазмози ғайришушӣ, коксидиоз)
- Лимфомаи мағзи сар ё лимфомаи В-ҳучайравии ғайриходжкинӣ
- Нефропатияи бо ВНМО ассотсиатсияшуда ё кардиомиопатияи бо ВНМО ассотсиатсияшуда бо нишонаҳои клиникӣ
- Уфунати ретсидивӣ (аз ҷумла салмонелезӣ)
- Саратони инвазивии гарданаки бачадон
- Лейшманиози шаклдигаркардаи паҳнғашта

II. Сенарияҳои клиникӣ: ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъд аз таваллуд

Мувофиқи тавсияҳои боздидшудаи ТУТ аз соли 2015 ба ҳамаи занони ҳомила ё ширмакони ба ВНМО сироятёфта, новобаста аз марҳилаҳои клиникии сирояти ВНМО аз рӯи таснифоти ТУТ ё нишондоди CD4-лимфотситҳо (тавсияи қавӣ, сифати миёнаи далелҳо), тайин намудани табобати якумраи ЗРВ (Опсияи В+) зарур мебошад.

Заминаи ин тавсияро таҷрибаи амалии барномаҳо ташкил менамоянд ва онҳо нишон доданд, ки ПИМК, ки истифодабарии маводҳои гуногунро дар давраҳои гуногуни ҳомилагӣ ва таваллуд ва ҳамчунин пешгирии ЗРВ дурударозро дар кӯдакони ширмак пешбинӣ менамояд, нисбат ба тайин намудани табобати ЗРВ ба ҳамаи занони ҳомила (бахусус агар схемаи ТЗРВ қабули якқаратаи шабонарӯзии маводи омехта бо вояҳои муайян бошад) дар шароити воқеи муносибати мураккабтар буд. Тибқи тавсияҳои ТУТ варианти В+ дар давлат ва минтақаҳои нишондоди баланди таваллуд ва паҳншавии сирояти ВНМО-дошта фоидаи бештар меорад, ки дар онҳо тайин намудани ТЗРВ ба ҳамаи занони ҳомила ва ширмакон имконият медиҳад, ки беморшавӣ ба сирояти ВНМО кам карда шавад ва интиқоли ВНМО ҳангоми ҳомилагии ҳозира ва ҳомилагҳои минбаъда пешгирӣ карда шавад.

Тавсияҳои тайин намудани ТЗРВ якумра ба занони ҳомила бо истифодаи схема дар ВОМ қобили қабул мебошад.

Ба як зани бемор якчанд усулро истифода бурдан мумкин аст. Дар поён расонидани кӯмак ҳангоми сирояти ВНМО дар занон бо ҳомилагии беориза (ҷадвали 1) ва оризанок (ҷадвали 2) оварда шудааст. Зухуротҳои асосӣ ва камтар мушоҳидашаванда дар ҷадвалҳои 3 ва 4 пешниҳод гаштаанд.

1. Ҳомилагии беориза

Ҷадвали 1.

№	Муҳлати ҳомилагӣ	Пешбурди модар	Пешбурди таваллуд	Пешбурди кӯдак
1.	Аз 12 ҳафтаи гестатсия ё ҳама гуна муҳлати гестатсия ҳангоми мууроҷиати аввалин ба КАТС/НАН	<p>Новобаста аз марҳилаи беморӣ ё нишондоди СД4 ҳуҷайраҳо бо истифода аз схемаи иборат аз 2 ИНТБ+ ИҒНТБ, бо афзалият дар ВОМ ТЗРВ якумра тайин карда мешавад.</p> <p>Схемаи афзалиятнок: TDF+3TC(или FTC)+ EFVa</p> <p>Схемаи алтернативӣ: AZT+3TC+EFV AZT+3TC+NVP TDF+3TC (ё FTC)+ NVP (ё LPV/r)б</p>	<p>Дар 36-ум ҳафта СВ < 1000 копия таваллуди табиӣ тавсия дода мешавад, агар ба БҚН нишондодҳои акушерӣ набошад.</p> <p>Агар дар 36-ум ҳафта СВ > 1000 бошад, гузаронидани БҚН тавсия дода мешавад. Агар имконияти муайян намудани СВ набошад, гузаронидани БҚН тавсия дода мешавад.</p> <p>Ҳангоми таваллудӣ табиӣ аз амалиётҳои акушерии инвазивӣ худдорӣ намудан лозим аст (агар ҳолат ба ҳаёти ҷанин таҳдид наанамояд), аз ҷумла мониторинг бо гузоштани электродҳо ба пӯсти сар ва эпизиотомия</p>	<p>Шарбати Зидовудин</p> <p>бо вояи 4,0 мг/кг даҳонӣ - 4 ҳафта.</p> <p>Агар дар 36-ум ҳафта дар модар СВ >1000 копия бошад, ба кӯдак пешгирии ЗРВ сечузъа тайин мекунад:</p> <p>AZT – 4мг/кг 3TC – 2 мг/кг NVP – 4 мг/кг</p>
2.	<p>Бордоршавӣ дар заминаи қабули ТЗРВ</p> <p>СВ<50 копия/мл</p>	Давом додани схемаи ҷорӣ ТЗРВ	<p>Агар дар 36-ум ҳафта СВ <1000 копия/мл бошад, интизор шудани таваллуди яқиякбора ба мақсад мувофиқ мебошад.</p> <p>Агар дар 36-ум ҳафта СВ >1000 копия/мл бошад,</p>	<p>Шарбати Зидовудин бо вояи 4 мг/кг даҳонӣ 4 ҳафта.</p> <p>Агар дар 36 -ум ҳафта дар модар СВ >1000 копия бошад, ба кӯдак пешгирии ЗРВ сечузъа</p>

			дар 38-ум ҳафта гузаронидани БҚН лозим мебошад	тайин мекунанд: AZT – 4мг/кг ЗТС – 2 мг/кг NVP – 4 мг/кг
3.	Бордоршавӣ дар заминаи қабули ТЗРВ СВ > 50 копия/мл	Арзёбӣ намудани пайравӣ, дар мавриди доштани имконият ташкил намудани табобати назоратшаванда, ҳангоми набудани натиҷа ва агар реҷаи ҷорӣ ТЗРВ ИҒНТБ дошта бошанд (NVP, EFV), иваз кардани реҷаи ТЗРВ бо дохил намудани ИП қавӣ	Агар дар 36-ум ҳафта СВ <1000 копия/мл бошад, интизор шудани таваллуди якуяқбора. Агар дар 36-ум ҳафта СВ > 1000 копия/мл бошад, дар 38-ум ҳафта гузаронидани БҚН	Шарбати Зидовудин бо вояи 4 мг/кг даҳонӣ 4 ҳафта. Агар дар 36 -ум ҳафта дар модар СВ >1000 копия бошад, ба кӯдак пешгирии ЗРВ сеҷузъа тайин мекунанд: AZT – 4мг/кг ЗТС – 2 мг/кг NVP – 4 мг/кг
4.	Зан ТЗРВ мегирад, дар 36-ум ҳафта СВ >50 копия/мл	Арзёбӣ намудани пайравӣ. Масъалаи қабули маводҳо таҳти назорати бевосита баррасӣ карда шавад	БҚН дар 38 ҳафтаи гестатсия. Иваз кардани ТЗРВ дар асоси таҳлили мутатсияҳои ВНМО ё маълумот дар бораи маводҳои ЗРВ пештар қабулкардашуда	Пешгирии ЗРВ сеҷузъа дар давоми 4 ҳафта бо назардошти маводҳои ЗРВ, ки модар пештар қабул кардааст
5.	Муроҷиат дар муҳлати ҳомилагии >32 ҳафта, то оғози таваллуд, қаблан зан ТЗРВ нагирифта-аст	Ба таври фаврӣ ТЗРВ тайин кардан лозим аст, бо истифода аз схемае, ки 2 ИНТБ + ИҒНТБ, бо афзалият дар ВОМ дорад	БҚН дар муҳлати 38 ҳафтаи гестатсия	Пешгирии ЗРВ сеҷузъа дар давоми 4 ҳафта

^a Мувофиқи Регистри табобати зиддиретровирусӣ дар давраи ҳомилагӣ (47,134) натиҷаи табобати 1502 зиндотаваллуд аз заноне, ки дар триместри якум EFV гирифтаанд бақайд гирифта шуд ва дар он на афзоишҳои омори нуқсонҳои инкишоф ва на зиёдшавии хатари EFV дар қиёс бо дигар маводҳои ЗРВ дар давраи ҳомилагӣ ба назар нарасид (140)

^b NVP тайин кардан мумкин нест, агар СД4 > 250 хуҷайра /мкл хун бошад, дар чунин ҳолатҳо истифодабарии ИП (LPV/r) иҷозат дода мешавад.

2. Ҳомилагии оризанок

Ҷадвали 2.

Сенарияҳои асосии клиникӣ ҳангоми ҳомилагии оризанок

№	Сенарияҳо	Пешбурди модар	Пешбурди таваллуд	Пешбурди кӯдак
1.	Хатари таваллудҳои бармаҳал, обравии наздитифлӣ, СВ <50 копия/мл	Давом додани ТЗРВ. Ба модар ба муҳлати 24-48 соат барои тезонидани расиши шушҳои ҷанин стероидҳо тайин кардан лозим аст. Ҳангоми бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ дида баромадани масъалаи тайиноти антибиотикҳо. Пешбурди таваллуд ба мисли занони ба ВНМО сироятнаёфта	Пешбурдро нишондодҳои акушерӣ муайян мекунад	Шарбати Зидовудин даҳонӣ дар давоми 4 ҳафта. Ба навзодони норасид зидовудин бо вояи 2,0 мг/кг даҳонӣ тайин карда мешавад
2.	Хатари таваллудҳои бармаҳал, обравии наздитифлӣ, СВ >50 копия/мл	Давом додани ТЗРВ. Илова намудани 1 вояи неврапин новобаста аз миқдори CD4 лимфоситҳо, агар схема бо истифодаи ИҶНТБ истифода нашавад. Ба модар ба муҳлати 24-48 соат барои тезонидани расиши шушҳои ҷанин стероидҳо тайин кардан лозим аст. Ҳангоми бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ дида баромадани масъалаи тайиноти антибиотикҳо. Аз рӯи имкон худдорӣ намудан аз тайиноти лопинавир, ки бо ритонавир қавӣ карда шудааст.	Пешбурдро нишондодҳои акушерӣ муайян мекунад	Пешгирии ЗРВ сечузъа: AZT – 4мг/кг ЗТС – 2 мг/кг NVP – 4 мг/кг дар давоми 4 ҳафта

3.	Ҳомилагии расида, бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ, СВ <50 копия/мл дар заминаи ТЗРВ	Давом додани ТЗРВ. Бо мақсади пешгирӣ намудани сирояти болораванда ва тағйиротҳои илтиҳобии ҷузъӣ – бармаҳал оғоз намудани табобат бо антибиотикҳо (дарҳол пас аз рафтани обҳои наздитифлӣ). Пешбурди таваллуд ба мисли занони ба ВНМО сироятнаёфта	Пешбурдро нишондодҳои акушерӣ муайян мекунанд, ки дар мавриди зарурӣ дардҳои таваллудӣ тавассути дорувориҳо тезонида мешаванд	Шарбати Зидовудин бо вояи 4 мг/кг дар давоми 4 ҳафта
4.	Ҳомилагии расида, бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ, СВ > 50 копия/мл дар заминаи ТЗРВ	Давом додани ТЗРВ. Илова намудани 1 вояи невирапин новобаста аз миқдори CD4 лимфоситҳо, агар схема бо истифодаи ИҶНТБ истифода нашавад	Буриши қайсарии фаврӣ, пас аз 2 соати қабули як вояи невирапин аз тарафи модар	Пешгирии ЗРВ сечузъа дар давоми 4 ҳафта
5.	Зан ҳангоми таваллудкунӣ ворид мешавад	Тести фаврӣ ба ВНМО. Ҳангоми натиҷаи мусбӣ (тести тасдиқкунанда бояд ҳарчи зудтар гузошта шавад), тести тасдиқиро интизор нашуда, тайин намудани табобат. Тайин намудани як вояи невирапини 200 мг ва маводи омехта: TDF+3ТС (ё FTC) ё AZT+3ТС ҳар 12 соат то анҷомёбии таваллуд. Пас аз таваллуд то ба охир расидани муоина гузаронидани ТЗРВ аз рӯи схемаи 2ИНТБ+ИҶНТБ (ИП). Агар натиҷаи тести тасдиқкунанда ба ВНМО манфӣ бошад, фавран қатъ намудани қабули маводҳои ЗРВ аз тарафи модар ва кӯдак	Агар марҳилаи оғозёбии таваллуд бошад, буриши қайсар тавсия дода мешавад (на барвақттар аз 2 соати пас аз қабули як вояи невирапин). Агар БҚ ғайриимкон бошад, ҳангоми таваллуди табиӣ аз амалиётҳои акушерии инвазивӣ худдорӣ намудан лозим аст, аз ҷумла мониторинг бо гузоштани электродҳо ба пӯсти сар ва эпизиотомия	Пешгирии ЗРВ сечузъа дар давоми 4 ҳафта

6.	Сирояти ВНМО дар модар пас аз таваллуд, вале на дертар аз 48 соат, муайян карда шудааст		Зан ба сирояти ВНМО аз рӯи протокол оид ба назорати тиббӣ ва таботати калонсолон муоина гузаронида мешавад	Пешгирии ЗРВ сеҷузъа дар давоми 4 ҳафта
----	---	--	--	---

3. Ҳолатҳои махсус

3.1. Бемории ҳамроҳикунандаи гепатити В

Интиҳоби беҳтарин

Муайянкунии миқдории нишондоди ибтидоии КДН ГВ В аз рӯи имкон. Истифодабарии маводи омехтаи тенофовир + эмтриситабин (ё ламивудин) бо воёи муайян дар таркиби таботати ЗРВ имкон медиҳад, ки репликасияи ГВ В боздошт ва хатари устуворшавӣ паст карда шавад. Ба схемаи ТЗРВ қатори якум бояд эфавиренс ё ИП қавиғашта дохил шавад. Пешбурди таваллуд ба мисли моносирояти ВНМО мебошад. Ба кӯдак пешгирии стандартии сирояти ВНМО ва эмгузаронӣ бар зидди гепатити В тайин карда мешавад. Ҳангоми нишондоди баланди КДН ГВ В дар модар, ба кӯдак гузаронидани иммуноглобулин бар зидди гепатити В лозим мебошад.

3.2. Бемории ҳамроҳикунандаи гепатити С

Интиҳоби беҳтарин

Муайянкунии миқдории нишондоди КРН ГВ С аз рӯи имкон; ба схемаи ибтидоии ТЗРВ бояд Тенофовир+Эмтриситабин (ё ламивудин) + эфавиренс (ё ИП қавиғашта) дохил шавад. Пешбурди таваллуд: сирояти ҳамроҳикунандаи ГВ С нишондоди ҳатмӣ барои БҚН нест, ба истиснои ҳолатҳои, ки инро вазъи акушерӣ талаб менамояд, ё вақте ки СВ ВНМО > 1000 копия/мл аст. Ба кӯдак пешгирии стандартии сирояти ВНМО тайин карда мешавад.

Ҷадвали 3.

Сенарияҳои клиникӣ ҳомилагӣ дар ҳолатҳои махсус: сироятҳои ҳамроҳикунандаи ВНМО/гепатит В ва ВНМО/гепатит С

№	Сенарияҳо	Пешбурди модар	Пешбурди таваллуд	Пешбурди кӯдак
3.1	Бемории ҳамроҳикунандаи гепатити В	Схемаи ТЗРВ: TDF+FTC(ё ЗТС) +EFV(ё LPV/r) Муайянкунии миқдори нишондодҳои ибтидоии КДН ГВ В аз рӯи имкон	Пешбурди таваллуд ба мисли моносирояти ВНМО	Ба кӯдак пешгирии стандартии сирояти ВНМО ва эмгузаронӣ бар зидди гепатити В тайин карда мешавад. Ҳангоми нишондодҳои баланди КДН ГВ В дар модар, ба кӯдак гузаронидани иммуноглобулин бар зидди гепатити В
3.2	Бемории ҳамроҳикунандаи гепатити С	Схема АРТ : TDF+FTC(ё ЗТС) +EFV(ё LPV/r) Муайянкунии миқдори нишондодҳои КРН ГВ С. Табобати махсусгардонидашудаи занон бо маводҳои барои табобати ГВ С тасдиқшуда, ё мавқуф гузоштан то давраи баъди таваллуд	Сирояти ҳамроҳикунандаи ГВ С нишондодҳои ҳатмӣ барои БҚН нест (ба истиснои ҳолатҳои, ки инро вазъи акушерӣ талаб менамояд, ё вақте ки СВ ВНМО > 1000 копия/мл аст)	Пешгирии стандартии сирояти ВНМО

3.3. Бемории сили хамроҳикунанда

Интихоби беҳтарин

1. Оғоз намудани табобати чорчӯзаи қатори якум барои беморони сили калонсол: рифампитсин, изониазид, пиразинамид ва этамбутол.
2. Табобати сил бо устувории зиёд ва васеъ ба доруворӣ аз тарафи мутахассис гузаронида мешавад.
3. Ба инобат гирифтани чанбаҳои беҳатарӣ ва тератогении табобат, ба мисли ҳомилаҳои ба ВНМО сироятнаёфта; махсусан худдорӣ намудан аз истифодаи стрептомитсин, этионамид ва протионамид.
4. Оғоз кардани ТЗРВ; ҳарчи барвақттар новобаста аз муҳлати ҳомилагӣ. Дар мавриди якбора оғоз намудани табобат, хуб мешуд ки байни оғози табобати сил ва оғози ТЗРВ на кам аз 1–2 ҳафта гузарад, то ин ки хатари захрокии баланди маводҳои зиддисилӣ ва зиддиретровирусӣ кам карда шавад, баҳусус пайдошавии бусурот ва пайдошавии гепатит аз доруворӣ.
5. Дар ҳолатҳои чудоғона, мисол пас аз 32-юм ҳафта ҳарду табобатро дар як вақт оғоз намудан мумкин аст.
6. Схемаи беҳтарини ТЗРВ аз 2 ИНТБ+ИҒНТБ (тибқи стандартҳои табобат схемаи беҳтарин: TDF+FTC(ё ЗТС) +EFV) иборат аст, дар ин маврид вояи эфавиренс ва рифампитсин стандартӣ мебошанд.
7. Дар схемаи алтернативӣ невирапиро (агар миқдори ибтидоии CD4 лимфоситҳо <250 ҳуҷайра/мкл ё нишондоди СВ дар заминаи табобат камтар аз 50 копия/мл бошад) бо вояи стандартӣ истифода бурдан мумкин аст.
8. Агар ИҒНТБ бо сабаби устувории вирус ё захрокии маводҳо истифода бурдан мумкин набошад, ИП қавиғаштаро тайин намуда, рифампитсинро ба рифабутин (150 мг 3 маротиба дар як ҳафта) иваз менамоянд. Аммо маълумот дар бораи истифодабарии рифабутин дар занони ҳомила нокифоя аст ва мавод дар ҳама ҷойҳо дастрас нест. Ҳамчунин комбинатсияи иборат аз се ИНТБ (2 ИНТБ + абакавир), ё ингибитори интегрази ралтегравирро, ки бо рифампитсин таъсири пасти байниҳамдигарӣ дорад, истифода бурдан мумкин аст.

9. Новобаста аз миқдори ибтидоии CD4 лимфоситҳо пешгирии пневмонияи пневмосистӣ бо котримоксазол тавсия дода мешавад.
10. Агар зани ба ВНМО сироятёфта, ки дар \bar{y} сили шушҳо бо натиҷаи мусбии балғам ба *Mycobacterium tuberculosis* муайян карда шудааст кӯдакро сина маконад, дар кӯдак хатари баланди пайдошавии сил ҷой дорад. Тавсия дода мешавад, ки ба кӯдак табобати превентивӣ бо изониазид дар давоми 6 моҳ бо эмгузаронии минбаъда бо БСЖ гузаронида шавад.
11. Табобати якҷояи сил ва сирояти ВНМО дар чадвали 4 ҷамъбаст шудааст.

Чадвали 4.

Табобати якҷояи сил ва сирояти ВНМО бо устувории номаълум ба доруворӣ, вобаста аз муҳлати ҳомилагӣ

Муҳлати ҳомилагӣ	Миқдори CD4 лимфоситҳо ҳуҷайраҳо/мкл, СВ копия/мл	Фосила байни табобати сил ва ТЗРВ	ТЗРВ якҷоя бо табобати зиддисилӣ тавсиядодашуда, аз ҷумла рифампитсин
Дилхоҳ муҳлати гестатсия	Новобаста аз миқдори CD4	1-2 ҳафта	Тавсия додани реҷаи 2 ИНТБ+ИҒНТБ. Ҳангоми истифодабарии эфавиренс дар схемаи ТЗРВ ва рифампитсин дар схемаи табобати сил, вояҳои эфавиренс ва рифампитсин ислоҳро талаб намекунанд
Агар зани ба ВНМО сироятёфта, ки дар \bar{y} сили шушҳо бо натиҷаи мусбии балғам ба <i>Mycobacterium tuberculosis</i> муайян карда шудааст кӯдакро сина маконад, дар кӯдак хатари баланди пайдошавии сил ҷой дорад. Тавсия дода мешавад, ки ба кӯдак табобати превентивӣ бо изониазид бо вояи 10 мг/кг дар давоми 6 моҳ, бо эмгузаронии минбаъда бо БСЖ, гузаронида шавад.			

III. Пешбурди занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки маводҳои мухаддири тазриқро истифода мебаранд

Дар ҳомилахое, ки маводи мухаддиرو истифода мебаранд, хатари оризаҳо баланд мебошад. Ҳангоми пешбурди чунин занон ба инобат гирифтани оқибатҳои ногувори эҳтимолии вобастагӣ аз маводи мухаддир барои ҳомилагӣ, чанин ва солимии онҳо зарур мебошад. Аз ин лиҳоз, вазифаи асосӣ ин муътадилгардонии истеъмоли маводҳои мухаддири иҷозатдоданашуда, ё кам кардани онҳо то сатҳи камтарини имконпазир мебошад.

1. Ташкил намудани кӯмакрасонӣ

Барои пешбурди самарабахши ҳомилахои ба ВНМО сироятёфта, ки ИММТ (истеъмолкунандагони маводи мухаддири тазриқӣ) мебошанд, ҷалб намудани онҳо ба ҳадамотҳои кӯмаки тиббӣ дар муҳлатҳои бармаҳали ҳомилагӣ ва таъмин намудани дастрасии онҳо ба ҳадамотҳои зарурӣ дар тамоми давраи ҳомилагӣ муҳим мебошад. Асоси дурнамо (стратегия) ин муносибати маҷмӯӣ мебошад, ки нақши асосиро дар он ҳадамоти кӯмаки тотаваллудӣ, кӯмаки таваллудӣ ва баъди таваллудӣ мебозад. Бо ин ҳадамотҳо ҳадамотҳои зерин бояд ҳамкориро ба роҳ монанд:

- ҳадамотҳои кам кардани зарари маводи мухаддир, ки ҳомилахои ИММТ (сомонаҳои ТҶО дар заминаи клиникаҳои наркологӣ) мефиристанд;
- мутахассисоне, ки вобастагӣ аз маводи мухаддиرو (дар давоми ҳомилагӣ) таъбабат менамоянд;
- ҳадамотҳое, ки ВНМО/БПНМ таъбабат мекунанд;
- ҳадамотҳои дастгирии руҳӣ ва иҷтимоӣ.

2. Арзёбии вобастагӣ аз маводи мухаддир ва аломатҳои абстиненсия дар занони ҳомила

Аксар вақт мизочон паноҳ медоранд, ки онҳо маводҳои мухаддири иҷозатдоданашударо истифода мебаранд. Дар заноне, ки ҳодисаи истифодаи маводи мухаддиرو эътироф мекунанд ва дар заноне, ки онро инкор мекунанд, аммо дар бадан пайи тазриқҳо ё аломатҳои шубҳанок доранд, муоинаи иловагӣ гузаронидан зарур мебошад.

Заноне, ки маводи мухаддирро истифода мебаранд, бисёр вақт аз якчанд намуд маводҳои рухфаълкунанда (никотин, машруботи спиртӣ, марихуана, опиоидҳо, кокаин, «экстази», дигар амфетаминҳо, бензодиазепинҳо) вобастагӣ доранд. Баъзан аломатҳои истифодабарии маводҳои рухфаълкунанда ва алоими абстинентиро муайян кардан душвор аст. Ҷамчунин муайян (чудо) намудани аломатҳои ҳомилагӣ ва оризаҳои давраи ҳомилагиро аз аломатҳои истифодабарии маводи мухаддир ва алоими абстинентӣ муҳим мебошад.

Ҷадвали 5.

Аломатҳои алоими абстинентӣ дар занони ҳомила вобаста ба маводи рухфаълкунандаи муайян

Мавод	Аломатҳо
Нӯшокиҳои спиртӣ	Ба ҳаяҷон омадан, ларзидан, вайроншавии хоб, тахикардия, фишорбаландӣ, дилбеҳузурӣ, мидриаз, ташаннучҳои рағкашӣ
Дельта-9-тетрагидроканнабинол (бангдона: марихуана, банг)	Бетоқатӣ, қаҳролудӣ, ошуфтагии начандон зиёд, беҳобӣ, дилбеҳузурӣ, ихтилоҷҳо
Тамоку (сигарет)	Қаҳролудӣ, бетоқатӣ, вайроншавии диққат, мушкилӣ ҳангоми иҷрои супоришҳо, тарс, ҳисси гуруснагӣ, зиёдшавии вазн, вайроншавии хоб, майл ба тамокукашӣ, хоболудӣ
Транквилизаторҳо ва хобоварҳо: алпразолам, барбитуратҳо, хлордиазепоксид, диазепам, флуразепам, глутетимид, мепробамат, метаквалон ва ғ.	Ларзидан, беҳобӣ, тез-тез миҷазанӣ, ошуфтагӣ, психози қаҳролудӣ, рағкашиҳо, тарс, бетоқатӣ, ихтилоҷи мушакҳо, вайроншавии хоб, фишорбаландӣ, табларза, гумшавии иштиҳо
Психостимуляторҳо: метамфетаминҳо, кокаин, метилфенидат, фенметразин, диметилтриптамин, фенциклидин	Дард дар мушакҳо, дарди шикам, эҳсоси гуруснагӣ, хоби дурудароз, фикри худкушӣ кардан, брадикардия, майл ба маводи мухаддир, афсурдаҳолӣ
Опиоидҳо: кодеин/оксикодон, героин, гидроморфон, трипеленамин	Алоими зукоммонанд, ошуфтагӣ, мидриаз, ихтилоҷҳо дар шикам, беҳобӣ, тарс, майл ба маводи мухаддир, тахикардия, фишорбаландӣ

Сарчашма: аз Rayburn & Bogenschutz мутобик карда шудааст, 2004.

3. Таъсири маводҳои руҳфаъолкунанда ва алоими абстинентӣ дар давраи ҳомилагӣ

На ҳамаи заноне, ки маводи муҳаддир истеъмол мекунанд, аз вобастагӣ азият мекашанд, чунки вобастагӣ аз маводи муҳаддир ба усули пешбурди зан таъсир мерасонад ва онро муайян ва арзёбӣ намудан бисёр муҳим мебошад. Кормандони кӯмаки тотаваллудӣ бо воситаи саволнома метавонанд арзёбии қаблии вобастагиро осон ва зуд гузаронанд, ки аз рӯи номгӯи аломатҳои парешониҳои руҳии ТББ-10 (ниг. ба замимаи 3-и Протоколи 5, «ВНМО/БПНМ дар истеъмолкунандагони маводҳои муҳаддири тазриқӣ») тартиб дода шудааст. Валекин арзёбии минбаъдаи дараҷаи вобастагӣ аз маводи муҳаддир ва тартиб додани нақшаи табобат бояд аз тарафи табиби нарколог ё дар ҳамкорӣ зич бо вай гузаронида шавад.

Ҷадвали 6.

Таъсири маводҳои руҳфаъолкунанда ба ҷанин, навзод ва натиҷаи ҳомилагӣ

Мавод	Таъсир
Нӯшокиҳои спиртӣ	Исқоти ҳамли беихтиёра, микросефалия, боздошти инкишоф, парешониҳо аз ҷониби СМА, аз ҷумла боздошти инкишофи руҳӣ ва парешониҳои рафтор, нуқсонҳои косахона ва рӯй (часпидани пилқҳои чашм ба кунҷҳои чашм, гипоплазияи лабҳои боло, гипоплазияи ҷоғи боло)
Тамоку (сигарет)	Нуқсонҳои инкишофро ба амал намеорад, боздошти инкишофи дохилибатнӣ (норасоии вазни бадан ҳангоми таваллуд камтар аз 2000 г), таваллудҳои пеш аз муҳлат, часпидани ҳамроҳак, пеш аз муҳлат ҷудошавии ҳамроҳак
Делта-9-тетрагидроканнабинол (бангдона: марихуана, банг)	Нуқсонҳои инкишофро ба амал намеорад, таваллуд 0,8 ҳафта пеш аз муҳлат, аз ин лиҳоз вазни кам ҳангоми таваллуд, парешониҳои рафтории начандон зиёд
Психостимуляторҳо: маводҳои барои табобати фарбеҳӣ,	Исқоти ҳамли беихтиёра, фаъолнокии аз ҳад зиёди ҷанин, нуқсонҳои инкишоф

метамфетамин, кокаин, метилфенидат, фенметразин	(нуқсонҳои дил, атрезияи роҳҳои талхабарор), парешониҳои рафторӣ, нуқсонҳои роҳҳои пешоб, шакли асимметрии боздошти инкишоф, пеш аз муҳлат ҷудошавии ҳамроҳак, сактаи дил ва дигар бемориҳои мағзи сар, фавти дохилибатнии ҷанин, энтероколити решӣ дар навзодон
Маводҳои муҳаддир: кодеин, героин, гидроморфон, меперидин, морфин, опий, пентазосин, трипеленамин	Боздошти инкишофи дохилибатнӣ бе нуқсонҳои инкишоф, алоими абстинентӣ дар ҷанин бо зиёдшавии фаъолнокии он, афсурдаҳолии нафаскашӣ, пеш аз муҳлат рафтани обҳои наздитифлӣ, таваллудҳои пеш аз муҳлат, омехтаи меконӣ дар обҳои наздитифлӣ, фавти перинаталӣ

4. Машваратдиҳӣ ва табобат ҳангоми вобастагӣ аз маводи муҳаддир

Машваратдиҳӣ — қисмати муҳими кӯмаки тиббӣ ба занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта мебошад, ки аз вобастагӣ аз маводи муҳаддир азият мекашанд.

Махсусан ҷанбаҳои зеринро қайд кардан лозим мебошад:

- зарари маводи муҳаддир ба ҷанин ва навзод;
- афзалиятҳои табobati ҷойивазкунанда бо опиоидҳо (ТҚО) барои солимии модар ва ҷанин;
- хатари ташаннучи руҳӣ ва дистресс дар ҷанин ҳангоми кӯшишҳои идоранашавандаи худдорӣ намудан аз маводи муҳаддир бе дастгирии тиббӣ ва руҳӣ;
- таъсири ҳомилагӣ ба вояҳои дастгирикунандаи опиоидҳо ҳангоми табobati ҷойивазкунанда ва зарурияти эҳтимоли дар зиёд намудани онҳо;
- таъсири байниҳамдигарӣ байни ҷойивазкунандаи опиоидҳо ва маводҳои ЗРВ барои БИМК;
- риоя намудани речаи ТҚО ва ТЗРВ.

Ба зан фаҳмонидан лозим аст, ки ҷанин низ аз абстинентсия азият мекашад. Барои он ки зан вояро рад нанамояд, ба ӯ фаҳмонидан лозим аст, ки айни ҳол аз ҳама муҳим муътадил гаштани ҳолати ӯ мебошад ва пас аз таваллуд

вобастагии ҷисмонии кӯдак самаранок тавассути оҳиста - оҳиста кам кардани воя табобат меёбад.

5. Табобати ҷойивазкунанда бо опиоидҳо дар давраи ҳомилагӣ

Агар зани ҳомила опиоидҳоро истеъмол намояд ва дар ӯ вобастагӣ муайян шуда бошад, оид ба масъалаҳои хатар ва фоидаи ТҶО машварат гузаронида, барои табобат ва риоя намудани тайинот розигии ӯро гирифтани лозим аст.

5.1. Табобати ҷойивазкунанда бо метадон

Метадон маводи таъсирраш дурудароз мебошад, ки ҳангоми бо вояи комилан мувофиқ тайин намудан барои инкишофи ҷанин шароити мусоидро таъмин менамояд. Дар занони ҳомила табобат бо метадонро харчи зудтар оғоз намудан лозим мебошад. Бармаҳал оғоз намудани табобат дар I триместри ҳомилагӣ чи барои модар ва чи барои кӯдак мувофиқ буда, бо вазни калони навзод мутобиқат менамояд.

Айни ҳол метадон ба занони ҳомила, ки вобастагии опиоидӣ доранд, ба сифати маводи асосии ТҶО тавсия дода мешавад. Табобати ҷойивазкунанда ретсидивҳои истифодаи маводҳои муҳаддирро пешгирӣ менамояд, аломатҳои абстинентсия ва майл ба маводи муҳаддирро бартараф карда, хатари оризаҳои давраи ҳомилагиро кам менамояд. Афзалият ва камбудии ин усули табобат дар чадвали 6 оварда шудааст. Табобати ҷойивазкунанда бояд дар баробари кӯмаки тотаваллудӣ ва машваратдиҳии иҷтимоӣ - руҳӣ (гурӯҳҳои ба якдигар кӯмакрасон, дастгирии иҷтимоӣ, идоракунии ҳолатҳои фавқулодда, омӯзонидани малакаҳои рафтор, табобати руҳии ҳавасмандкунанда ва муносибатҳои оилавӣ) гузаронида шавад.

Маълумотҳо нишон медиҳанд, ки худдорӣ намудан аз истеъмоли маводи муҳаддир дар занони ҳомилае, ки вобастагии опиоидӣ доранд (аз ҷумла он нафароне, ки метадон мегиранд), ҳатто ҳангоми мавҷуд будани шароитҳои дигари мусоид низ хатари фавти дохилибатнии ҷанинро баланд менамояд. Исбот карда шудааст, ки табобати ҷойивазкунанда бо метадон дар якҷоягӣ бо кӯмаки тотаваллудӣ инкишофи ҷанинро беҳтар менамояд, дар сурате ки истеъмоли героин дар давраи ҳомилагӣ метавонад ба пайдоиши бемориҳо дар тифл оварда расонад.

Ҷадвали 7.

Афзалият ва камбудихоии таботати ҷойивазкунанда бо метадон дар занони ҳомила

Афзалият	Камбудихо
Имконият медиҳад, ки таъсири зарарноки омехтаҳое, ки дар таркиби маводҳои муҳаддир ҳастанд, ба ҷанин кам карда шавад	Алоими абстинентӣ дар навзод баъзан вазнин ва дурудароз мегузарад, нисбат ба кӯдаконе, ки модари онҳо аз вобастагии опиоидӣ таботат нагирифтаанд
Аз рӯи маълумотҳои мавҷуда, метадон бо хатари баланди пайдошавии нуқсонҳои инкишоф дар ҷанин алоқамандӣ надорад Қабули доимии вояи муайян	Зиёдшавии рӯзҳои бистаришавӣ ва таботат Зиёдшавии талафёбии вазн дар навзод
Имкон медиҳад, ки ҳодисаҳои якбора даст кашидан аз маводҳои муҳаддири кӯчагӣ, ки метавонанд дар муҳлатҳои бармаҳал ба бачапартоӣ ва дар муҳлатҳои дер ба боздошти дохилибатнӣ ва мурдатаваллуд оварда расонанд, пешгирӣ карда шавад	Кам шудани талаботи кӯдак ба физо
Кам шудани хатари таваллудҳои пеш аз муҳлат	
Кам шудани хатари боздошти дохилибатнии инкишоф	
Афзудани назорати доимии тотаваллудӣ	

5.2. Вояҳо

Вояи метадонро ҳама вақт ба таври индивидуалӣ интихоб намудан лозим аст. Вай барои бартараф намудани аломатҳои субъективӣ ва объективии абстинентсия ва кам кардани майл ба маводи муҳаддир бояд кифоя бошад. Бояд вояи камтарини самарабахш истифода бурда шавад. Вояи камтар аз 60 мг дар шабонарӯз одатан самарабахш нест; тайин намудани вояҳои паст дар занони ҳомила бисёр вақт ба зиёдшавии истеъмоли маводҳои муҳаддири кӯчагӣ ва ҳамчунин ба даст кашидан аз ТҚО. Дар шумораи ками мизочон, ки метадон мегиранд, бо сабаби хусусиятҳои хоси мубодилаи моддаҳо ё қабули баъзе

маводҳо метабализми метадона дар чигар фаъол мешавад. Ин метавонад тайин намудани вояи бештар аз 120 мг дар шабонарӯзро талаб намояд.

5.3. Кам кардани воя (детоксикатсия)

Кам кардани воя ва детоксикатсия дар давраи ҳомилагӣ бо сабаби хавфи баланди ретсидив ва оқибатҳои ногувор барои чанин тавсия дода намешавад. Аммо ин дар ҳолатҳои истисноӣ имконпазир аст, вақте ки зани ҳомила бо пайравии хуб ба назорат ва иҷрои тавсияҳо, пурра рад намудани ТҶО талаб менамояд. Бо муътадил гаштани ҳолати мизоче, ки метадон қабул менамуд, бояд масъалаи оҳиста - оҳиста паст намудани воя ва қатъ намудани ТҶО пеш аз таваллуд, ё давом додани таботати дастгирикунанда муҳокима карда шавад. Паст намудани воя танҳо дар ҳолате мебошад, ки агар ҳомилагӣ беориза гузашта, то II триместр омада расад. Кам кардани воя то 2,5–5 мг бехатар ҳисоб карда мешавад. Ҳама корро кардан лозим аст, то ки аломатҳои абстинентсия пайдо нашаванд, чунки онҳо дар чанин дисстреси зоҳиргаштаро ба амал меоранд.

5.4. Баланд кардани воя

Дар муҳлатҳои дери ҳомилагӣ мумкин аст зиёд кардани вояи метадон ё ба ду ҳисса (вояи пагоҳӣ ва вояи бегоҳӣ) тақсим кардани он зарур шавад, то ки бо сабаби зиёдшавии ҳаҷми плазмаи дар гардишбуда, афзудани пайвастшавии метадон бо сафедаҳои плазма ва фаъол гардидани хунгардиш дар гурдаҳо, ба фоизи пасти метадон дар хун роҳ дода нашавад. Баъзан зиёдкунии вояи метадон то ба 5–10 мг зарур мешавад, то ки пайдошавии алоими абстинентӣ ва ретсидиви истеъмоли маводи мухаддир пешгирӣ карда шавад. Қайд кардан лозим аст, ки тайин намудани ТЗРВ барои пешгирии ИМК аз рӯи схемае, ки аз неврапин ё эфавиренз иборат аст, зиёдкунии вояи метадонро талаб менамояд.

5.5. Таъсири байниҳамдигарии метадон ва маводҳои ЗРВ

Дар занони ҳомила таъсири байниҳамдигарии метадон ва маводҳои ЗРВ ба мисли дигар беморон мебошад. Агар барои БИМК зани ҳомила ИҒНТБ (неврапин ё эфавиренз) қабул намояд, вояи метадонро баланд кардан лозим аст, чунки ИҒНТБ вояи метадонро бениҳоят паст

менамоянд, ки метавонад алоими қатъкуниро ба амал орад. Ҳангоми таҳқиқи намудани якчанд ҳодисаҳо маълум гашт, ки ҳангоми қабули дурударози метадон пас аз оғоз намудани ТЗРВ, ки аз неврапин иборат аст, барои бартараф кардани абстинентсия вояи ҳаррӯзаи метадонро то 50–100% зиёд кардан зарур мебошад. Алоими абстинентӣ одатан дар 4–8-ум шабонарӯзи пас аз оғози неврапин ба амал омад. Атазанавир (чи фаъолкардашуда ва чи фаъолкарданашуда) таъсири калон намерасонад. Лопинавир, ки бо ритонавир фаъол карда шудааст, бо хавфи ба амал омадани алоими қатъкунӣ, фоизи метадонро то ба 26–28% паст менамояд. Метадон фоизи зидовудинро хеле баланд менамояд (то 43%), ки хавфи таъсирҳои ногуворро зиёд менамояд. Ислоҳкунии вояро пас аз мониторинги дақиқи вояи мавод гузаронидан лозим аст.

Дигар ИНТБ ва ҳамчунин маравирок ва ралтегравир бо метадон таъсири назаррас надоранд.

6. Пешбурди занони ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки вобастагӣ аз маводи муҳаддир доранд ва дар лаҳзаи таваллуд ворид гашта, кӯмаки тотаваллудӣ нагирифтаанд

Бисёре аз занони ҳомилае, ки маводи муҳаддирро истеъмол менамоянд, барои кӯмаки тотаваллудӣ дер ё тамоман муроҷиат наменамоянд ва ба таваллудхона бевосита пеш аз таваллуд ё дар вақти таваллуд ворид мешаванд. Дар ин ҳолатҳо кормандони таваллудхонаро зарур аст, ки амалҳои зеринро иҷро намоянд:

- арзёбӣ намудани вобастагӣ аз маводи муҳаддир ва хабар додани натиҷаи арзёбӣ ба табиби навзодон;
- гузаронидани тести фаврӣ ба ВНМО, агар мақоми зани таваллудкунанда ба ВНМО номаълум ё дар давраи ҳомилагӣ манфӣ бошад;
- тайин намудани табобати алоими абстинентӣ;
- тайин намудани ТҚО, агар ин зарур бошад;
- машваратдиҳӣ дар бораи таъсири маводи муҳаддир ба натиҷаи ҳомилагӣ, навзод ва ҳамчунин ба интиҳоби табобат.

ПМК дар занони ба ВНМО сироятёфтаи вобастагӣ аз маводи

мухаддирдошта, бояд аз рӯи ҳамон қоидаҳое гузаронида шавад, ки дар дигарон гузаронида мешавад. Занҳое, ки бо вобастагӣ аз опиоидҳо азият мекашанд ва ба онҳо дар оғози таваллуд, ё ҳангоми бистарӣ ба таваллудхона ТЗРВ тайин мекунанд, барои пешгирӣ намудани абстинентсия вояҳои кофии метадон зарур мебошад.

7. Бедардкунӣ

Бедардкунӣ дар вақти таваллуд ва пас аз он диққати махсусро талаб менамояд, бахусус пас аз БҚ. Дар занони аз опиоидҳо вобастагидошта бедардкунӣ ба мисли дигар занҳои ҳомила ва таваллудкунанда гузаронида мешавад. Барои бедардкунӣ мумкин аст вояҳои баланди аналгетикҳо лозим шавад. Беҳисгардонии эпидуралиро дар давраи бармаҳали таваллуд гузаронидан лозим аст; онро дар давраи бармаҳали баъдитаваллудӣ, бахусус пас аз буриши қайсар такрор намудан мумкин аст.

IV. Пешбурди таваллуд

Пешбурди таваллуд бисёр вақт аз он вобаста аст, ки оё мизоҷ ТЗРВ қабул менамояд ва оё дар \bar{y} паст намудани СВ то сатҳи муайяннашаванда (<1000 копия/мл) ба даст омад; одатан нишондодхоро дар 36 ҳафтаи ҳомилагӣ муайян менамоянд.

1. Мизоҷон бо СВ муайяннашаванда ҳангоми гирифтани ТЗРВ

1.1. Ҳомилагии расида

Дар вақти таваллуд ва минбаъд давом додани ТЗРВ даҳонӣ зарур мебошад. Агар мизоҷ таваллуд бо роҳҳои табииро интихоб намояд, тарзи пешбурди таваллуд ба мисли занони ҳомилаи ба ВНМО сироятнаёфта мебошад, ба истиснои ҳолатҳое, ки мониторинги шиддатнокро талаб менамоянд. Пешбурд ҳангоми суст будани дардҳои таваллуд ё оризаҳои акушерӣ ба мисли амалияи стандартӣ мебошад, нишондод барои тезонидани таваллуд тавассути буриши қайсар нест, чунки хатари ИМК дар ин ҳолатҳо ба 0 наздик аст. Ин ҳамчунин ба рафтани обҳои наздитифлӣ то оғози таваллуд ҳангоми ҳомилагии расида дахл дорад.

1.2. Ҳомилагии норасид, муҳлат <34 ҳафта

Ҳангоми бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ, барои пешгирии сирояти болораванда антибиотикҳо ва барои тезонидани расиши шушҳои чанин стероидҳо истифода мебаранд. Пешбурди таваллуд ба мисли занҳои ҳомилаи ба ВНМО сироятнаёфта. Ҳангоми таваллудҳои ғайриихтиёрӣ ё хатардошта маводҳои токолитӣ ва барои тезонидани расиши шушҳои чанин стероидҳо истифода мебаранд. Пешбурди таваллуд ба мисли занҳои ба ВНМО сироятнаёфта мебошад.

2. Мизоҷон бо СВ муайяншаванда ҳангоми гирифтани ТЗРВ

2.1. Ҳомилагии расида

Агар ТЗРВ дар вақти ҳомилагӣ оғоз кардашуда, пастшавии СВ давом ёбад, вале таваллуд дар марҳилаи оғоз қарор дошта бошад, масъалаи ба таври иловагӣ тайин намудани як вояи неврапин ва гузаронидани буриши қайсар муҳокима карда мешавад; дар кӯдак пешгирии ЗРВ бо се мавод мегузаронанд. Агар ТЗРВ дар вақти ҳомилагӣ ё то он оғоз шуда бошад, вале СВ паст нашавад, масъалаи устуворӣ ба маводҳои ЗРВ баррасӣ карда мешавад. Қабул намудани як вояи неврапин бе ивазкунӣ ё қавигардонии схемаи бесамара, хатари интиқоли ВНМО паст намекунад, балки хатари устуворӣ ба неврапинро зиёд менамояд. Тайин намудани ингибитори интегрази ралтегравир, ки СВ самарабахш ва зуд дар хуни зани ҳомила паст намуда, аз монети пласентарӣ ба чанин хуб мегузарад, имконпазир аст. Агар таваллуд дар марҳилаи оғоз қарор дошта бошад, масъалаи гузаронидани буриши қайсар баррасӣ карда мешавад. Ҳамчунин дар кӯдак масъалаи гузаронидани пешгирии ЗРВ сечузъа бо маводҳои дигар дида баромада мешавад. Ҳангоми якбора рафтани обҳои наздитифлӣ то оғози таваллуд, ҳарчи зудтар гузаронидани буриши қайсар зарур мебошад.

2.2. Ҳомилагии норасид, муҳлат <34 ҳафта

Ҳангоми бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ, барои пешгирии сирояти болораванда антибиотикҳо ва барои тезонидани расиши шушҳои чанин стероидҳо истифода мебаранд. Буриши қайсар тавсия дода мешавад, вале хатари оризаҳо ва фавти навзод дар шароити маҳал ва хатари пасти интиқоли ВНМО-ро муқоиса намудан лозим мебошад. Қабули як вояи неврапин аз тарафи модар нишондоди химоявии маводро дар хуни навзод дар давоми як ҳафта таъмин менамояд, дар ҳоле ки ба таври дахонӣ қабул намудани навзод душвор аст, ё хавфи баланди пайдошавии энтероколити некротикӣ ҷой дорад. Ҳангоми таваллудҳои ғайриихтиёрӣ ё хатардошта маводҳои токолитӣ ва барои тезонидани расиши шушҳои чанин стероидҳо истифода мебаранд. Пешбурди таваллуд ба мисли бармаҳал рафтани обҳои наздитифлӣ мебошад.

3. Мизоҷон бо СВ муайяншаванда, ки ТЗРВ намегиранд

3.1. Ҳомилагии расида

Ҳангоми таваллудҳои ғайриихтиёрӣ ё рафтани обҳои наздитифлӣ як вояи невирапин хатари интиқоли ВНМО то 50% паст менамояд, бинобар ин онро феврал додан лозим аст. Самарабашии қабули зидовудин дар вақти таваллуд пасттар мебошад, ба таври дохиливаридӣ гузаронидани зидовудин метавонад хавфро дар ҳолате паст намояд (10%), ки дар кӯдак пешгирӣ дар 48 соати аввали ҳаёт оғоз карда шудааст (9,3%). Таваллуд таввассути буриши қайсар. Агар аз қабули невирапин то буриши қайсар камтар аз 2 соат гузашта бошад, пешгирии ЗРВ сечузъаро ҳарчи зудтар оғоз намудан лозим аст.

3.2. Ҳомилагии норасид, муҳлат <34 ҳафта

Ба модар ТЗРВ-ро бо илова намудани як вояи невирапин оғоз намудан лозим аст, пешбурди таваллуд ба мисли занони таваллудкунандае, ки ТЗРВ гирифта СВ муайяншаванда аст, аммо хатари устуворӣ дар ин ҳолатҳо паст аст (ба ғайр аз ҳолатҳои интиқоли вирусӣ устувори модар). Дар заноне, ки СВ ба таври устувор паст намешавад, буриши қайсар хатари интиқоли ВНМО то 80% паст менамояд.

Дар бораи самарабашии буриши қайсар, ки пас аз оғози таваллуд ё рафтани обҳои наздитифлӣ гузаронида шудааст, маълумот кам аст.

Бесамарагии буриши қайсари феврал ба сифати чораи пешгирии ИМК дар баъзе тадқиқотҳо мумкин аст бо дер ба анҷом расонидани ин амалиёт (пас аз якчанд соати дардҳои таваллуд ва давраи беобӣ) ва ҳамчунин дигар омилҳои хатари интиқоли ВНМО бошад, аз ҷумла омилҳои, ки ба ҳайси нишондод барои буриши қайсари феврал хизмат мекунанд.

V. Пешбурди навзоде, ки бо ВНМО тамос дорад

Маълумотҳое, ки самарабахшии усулҳои махсуси коркарди аввалияи навзодро тасдиқ менамоянд, вучуд надорад. Нигохубини навзод аз амалҳои зерин иборат аст:

- аз пӯсти бадани навзод бо оби гарми чушидагӣ шустани боқимондаҳои хун ва тарашшуҳоти модар;
- оҳиста хушк намудани пӯст бо ҳаракатҳои чабидашаванда (пок кардан мумкин нест!);
- захмча ва ҷойи хароши пӯстро бо хлоргексидин коркард намудан.

ТЗРВ дар навзод ҳарчи бармаҳал, ҳатман дар 4 соати аввали ҳаёт оғоз намудан лозим аст.

1. Табобати зиддиретровирусӣ ва хосиятҳои усулҳои пешниҳодшудаи БИМК

Схемаҳои пешгирии ЗРВ баъдитамосӣ ба навзод дар сценарияҳои БИМК пешниҳод шудааст.

Истифодабарии зидовудин дар навзодон дар доираи тадқиқоти дидбонии 076 (ACTG) омӯхта шудааст ва дар он якумин маротиба самарабахшии зидовудин ҳангоми БИМК нишон дода шудааст. Самарабахшии монотерапияи неонаталӣ бо зидовудин, ки дар 48 соати аввали ҳаёт оғоз шудааст, ҳамчунин бо як қатор тадқиқотҳои когортӣ тасдиқ карда шудааст.

Табобати омехта ба навзоде, ки бо ВНМО тамос дошт, дар ҳолатҳои зерин тавсия дода мешавад.

- дер муайян намудани мақоми зани ҳомила ба ВНМО ва табобати ЗРВ ба зани ҳомила ≤ 14 рӯз;
- самарабахш набудани табобати модар;
- пайравии паст ба ТЗРВ аз ҷониби модар;
- муайян намудани мақоми зан дар вақти таваллуд ё пас аз таваллуд.

Агар муайян шуда бошад, ё пешбинӣ мешавад, ки тамоси навзод бо намуди ёбоии ВНМО дар назар аст, тайин намудани омехтаи ин маводҳо тавсия дода мешавад:

- зидовудин (4 мг/кг ҳар 12 соат) + ламивудин (2 мг/кг ҳар 12 соат) дар давоми 4 ҳафта + неврапин (2 мг/кг дар як шабонарӯз, дар давоми як ҳафта, бо зиёдкунии воя то 4 мг/кг дар давоми ҳафтаи дуум ва пас аз он неврапинро манъ кардан мумкин аст).

Ин маводҳо бештар дар шакли шарбат самарабахштар мебошанд, ки бо тадқиқотҳои фармакокинетикӣ исбот карда шудаанд.

Агар табобат бо комбинатсияҳои зидовудин+ ламивудин+ неврапин самарабахш набошад (эҳтимол самарабахш набудан аз ҳисоби устувории ҷойдошта бошад), табобат бо схемаҳои алтернативии дар заминаи ИП гузаронида мешавад. Дар шакли шарбатмонанд лопинавир мавҷуд аст, ки бо ритонавир (300 мг/м² 2 маротиба дар як шабонарӯз, аммо истифодабарии ин мавод дар навзодони ду ҳафтаи аввали ҳаёт мумкин нест) қавӣ гардонида шудааст. Интихоби табобат бояд бо маълумотҳои маҳаллии эпидемиологӣ дар бораи паҳншавии устуворӣ ба ВНМО асоснок карда шавад.

Ба фоизи баланди пропиленгликол ва этанол дар баъзе маводҳои дорувории шарбатмонанд ва ҳамчунин ба маълумот дар бораи захрнокӣ ба дил (кардиотоксичност) ва дигар ҳолатҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда диққат додан лозим аст. Ҳамчунин дар бораи аломатҳои клиникӣ ва биохимиявии паст намудани функсияи ғадудҳои болоигурдавӣ дар навзодони расида, ки лопинавири бо ритонавир қавиғашта мегиранд, хабар дода шудааст. Аз болои ҳамаи кӯдаконе, ки лопинавири бо ритонавир қавиғашта мегиранд, барои эҳтимолияти паст гардидани функсияи ғадудҳои болоигурдавӣ назорат бурдан лозим аст.

Давомнокии табобати превентивии ЗРВ дар кӯдакон 28 рӯзро ташкил менамояд!

2. Табобати навзодони норасид

Ҳангоми норасидии вазнин мумкин аст ҷаббиши маводҳои даҳонӣ дар узвҳои ҳозима ҳалалдор (вайрон) шавад ва ҳамчунин хатари энтероколити некротикӣ баланд мебошад. Ҳангоми ТЗРВ комилан мувофиқ дар модар, интихоби ТЗРВ дар кӯдак монотерапия бо зидовудин мебошад. Дар мавриди

дастрасӣ надоштан ба зидовудини тазриқӣ ё ҳангоми дер мурочиат намудани модар, тайни намудани невирапин ба зан ҳангоми таваллуд хатари интиқоли ВНМО паст менамояд ва маводи бо воситаи ҳамроҳак гузашта дар хуни кӯдак дар давоми то 10 рӯз гардиш менамояд.

3. Физогирии тифл

Ба занони ба ВНМО сироятёфта барои интихоби дуруст, бо назардошти ҳолатҳои ҷойдошта, мувозинати хатарҳои интиқоли ВНМО ба кӯдак ва фаъти эҳтимолии кӯдак аз дарунравӣ кӯмак намудан зарур мебошад. Барои ин онҳо бояд машварат гиранд, ки дар рафти он онҳоро дар бораи хатар ва афзалиятҳои намудҳои гуногуни физодихӣ, бо назардошти имкониятҳои маҳал ва ҳамчунин дар интихоб намудани усули бештар мувофиқ барои ҳолати онҳо хабардор менамоянд.

Тадқиқотҳои зиёди қаблан гузаронидашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки ҳангоми физодихии омехта басомади интиқоли ВНМО нисбат ба физодихии табиӣ баланд мебошад, аммо қайд кардан лозим аст, ки модарон дар ин тадқиқотҳо бо ТЗРВ фаро гирифта нашудаанд. Пурра рад намудани синамакони хатари интиқоли баъдитаваллудиро (постнаталӣ) аз модар ба кӯдак комилан аз байн мебарад.

Новобаста аз он, ки кадом усули физодихӣ интихоб карда мешавад, занро барои беҳавф физодихии кӯдак дастгирӣ намудан лозим аст.

А) Физодихии сунӣ

Физодихии сунӣ танҳо ҳангоми риоя намудани меъёрҳои зерини ҚҚИМУБ тавсия дода мешавад:

- қобили қабул будан;
- иҷрошаванда будан;
- дастрасии молиявӣ доштан;
- устувор будан;
- беҳатар будан.

Интихоби муносиб

Агар захираҳо имкон диҳанд, ғизодиҳии сунъӣ беҳавф мебошад, чунки хатари интиқоли ВНМО-ро комилан аз байн мебарад.

Б) Ғизодиҳии табиӣ (синамаконӣ)

Агар ғизодиҳии сунъӣ ба меъёрҳои ҚҚИМУБ мувофиқат накунад, усули алтернативии ғизодиҳии тифл синмаконии холис мебошад, ба шарте ки модар ва кӯдак маводҳои ЗРВ қабул намоянд.

Натиҷаи тадқиқотҳои когорти нишон медиҳанд, ки ТЗРВ баъдитаваллудӣ дар модар хатари ИМК ҳангоми синамаконӣ бениҳоят паст менамояд. Дар ин замина ТУТ тавсияҳои навро оид ба синамаконии холис барои кӯдакони аз модарони ба ВНМО-сироятёфта таваллудшуда таҳия намуд.

Агар модар дар давраи ҳомилаги ТЗРВ оғоз карда бошад, вай онро дар тамоми давраи синамаконӣ ва пас аз катъ намудани синамаконӣ бояд риоя намояд.

Интихоби муносиб

Давом додани ТЗРВ дар модар хатари интиқоли баъдитаваллудиро аз модар ба кӯдак бениҳоят паст намуда, ба муътадилгардии солимии худи зан мусоидат менамояд, бинобар ин модар бояд қабули маводҳои ЗРВ-ро яқумр давом диҳад, вале дар кӯдак то пурра қатъ намудани синамаконӣ, афзалтараш то моҳи 6-уми ҳаёти кӯдак.

4. Табобати вобастагӣ аз маводи муҳаддир ва алоими абстинентӣ дар навзодон

4.1. Муоинаи клиникӣ

Дар 50–80% навзодоне, ки модаронашон дар давраи ҳомилаги опиоидҳоро қабул кардаанд, вобастагӣ аз маводи муҳаддир ё алоими абстинентии неонаталӣ (ААН) ба амал меояд - одатан дар 24 - 72 соати аввали пас аз таваллуд. Аломатҳои вазнин, ки табобат бо дорувориро талаб менамояд, танҳо дар 5 - 20% навзодон ба мушоҳида мерасад. Алоими абстинентӣ аз бупренорфин дар 3 - 4 шабонарӯз ба назар расида, 5 - 7 рӯз давом мекунад; алоими абстинентӣ бо метадон одатан

то 4 рӯз давом мекунад. Зухуроти клиникий алоими абстинентӣ дар навзодон аз руи вазнинӣ ва давомнокӣ тағйирпазир буда, аз ларзидан, тонуси баланди мушакҳо, бетоқатӣ ва вайроншавии хоб, гирия оромнакунанда, гиперрефлексия, регургитатсия, қайқунӣ ва дарунравӣ, тахипноэ ва аломатҳои «хурд», ба мисли табларза, маҳкамшавии бинӣ, араққунӣ, атсазанӣ ва хамёза кашидан иборат мебошад. Агар маълум ё эҳтимол аст, ки модар маводи мухаддир истеъмол менамояд, ҳолати навзод бо алоими абстинентӣ ҳар 4 соат арзёбӣ карда мешавад. Арзёбиро аз рӯи ҳамон як схема гузаронидан лозим аст.

4.2. Табобати алоими абстинентии неонаталӣ

Мақсади табобати ААН - таъмин намудани оромӣ, хоби кофӣ ва ғизо ба кӯдак. Ҳамаи аломатҳоро табобат нест намекунад. Пешбурди табобат дар поён оварда шудааст.

Марҳилаи аввал - табобати дастгирикунанда. Таъмин намудани кӯдак бо шароити роҳатнок (ҳучраи ором, каме ториккардашуда, алвонҷ додан дар рӯи дастон ё дар катча), ғизодиҳии зуд - зуд бо вояи кам (аз рӯи талабот), набудани тағйиротҳои фаврӣ. Агар аломатҳо авҷ гиранд, ба марҳилаи дуюм мегузаранд.

Марҳилаи дуюм - табобат бо доруворӣ. Мутобиқи шарҳи Кокрановӣ маводҳои қатори яқум барои ААН, ки бо истеъмоли опиоидҳо аз тарафи модар алоқамандӣ доранд, опиоидҳо мебошанд. Агар табобати иловагии седативӣ лозим шавад, фенобарбитал аз диазепам авлотар аст. Вояҳои табобатии морфин ҳангоми ААН вобаста ба вазнинии алоим тағйирпазир мебошад.

Дар баъзе мавридҳо ҳангоми қайқунии вазнин маводро муваққатан ба хлорпромазин (2 - 3 мг/кг дар як шабонарӯз, д/м дар 3 – 4 қабул) иваз мекунанд.

Барои табобати ААН ҳамчунин бупренорфинро зери забон бо вояи 15,9 мкг/кг/шабонарӯз дар 3 қабул истифода менамоянд, дар ин маврид давомнокии табобат нисбат ба табобат бо морфин кутоҳтар мебошад. Аммо барои ин омехта (ҳал) намудани маводи бупренорфин барои тазриқ дар маҳлули 30% этанол ва маҳлули сахароза зарур мебошад.

Ҷадвали 8.

Вояи маводҳо барои табобати ААН

Дарачаи вазнинии ААН, балҳо	Маҳлул	
	Морфин 1 мг/мл	Фенобарбитал 10 мг/мл
8–10	0,32 мг/кг/ш/рӯз дар 4 қабул	6 мг/кг/ш/рӯз дар 3 қабул
11–13	0,48 мг/кг/ш/рӯз дар 4 қабул	8 мг/кг/ш/рӯз дар 3 қабул
14–16	0,64 мг/0,80 мг/кг/ш/рӯз дар 4 қабул кг/ш/рӯз дар 4 қабул	10 мг/кг/ш/рӯз дар 3 қабул
17+		12 мг/кг/ш/рӯз дар 3 қабул

Таъсири байниҳамдигарии маводҳои ЗРВ, ки навзод барои ПИМК мегирад ва маводҳо барои табобати ААН нокифоя омӯхта шудаанд. Ритонавири бо лопинавир қавикардашуда ба метаболизми бупренорфин таъсир намерасонад. Аммо хатари захрокии эҳтимолӣ вучуд дорад, чунки шакли шарбатмонанди мавод дар таркиби худ этанол ва пропиленгликол дорад.

Индуксияи ферментҳои чигар дар навзодон, ки модаронашон дар давраи ҳомилагӣ неврапин гирифтаанд аз эҳтимол дур нест. Таъсири байниҳамдигарии неврапин бо морфин баён нашудааст (аз ҷумла дар калонсолон низ). Ритонавир (бо вояҳое, ки барои фаъолгардонии ИП истифода бурда мешаванд) метавонад концентратсияи морфинро бо сабаби индуксияи глюкуронизатсия паст намояд.

5. Эмгузаронӣ

Ваксинаи БСЖ:

Дар мавриде, ки агар модар дар давраи ҳомилагӣ ва таваллуд пешгирии ЗРВ гирифта бошад ва СВ дар 36 ҳафта камтар аз 1000 копияро ташкил намояд, хатари интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак камтар аз 1% ташкил менамояд - ба ин кӯдакон дар рӯзҳои аввали ҳаёт БСЖ гузаронидан мумкин аст, ба мисли кӯдаконе, ки аз модарони бе сирояти ВНМО таваллудшуда.

Дар ҳолате ки агар модар дар давраи ҳомилагӣ маводҳои ЗРВ нагирифтааст, ё ба қабули маводҳои ЗРВ пайравии паст дошт, ё ин ки СВ дар 36 ҳафтаи ҳомилагӣ бештар аз 1000 копия буд ва хатари баланди интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак ҷой дорад, эмгузаронӣ бо ваксинаи БСЖ-ро то муайян намудани мақоми кӯдак ба ВНМО мавқуф гузоштан лозим аст. Мутобиқи протоколи ташҳиси бармаҳали тифлон бо усули ҚХХ (қатраи хушки хун) РПЗ-и (реаксияи полимеразии занҷирӣ), муоинаи кӯдаконро дар 48 соати аввали пас аз таваллуд ва дар 4-6 ҳафтагии навзодон мегузаронанд. Агар натиҷаи ин 2 муоинаи гузаронидашуда манфӣ бошад, бо назардошти он ки кӯдак дар ғизогирии сунъӣ қарор дорад, ваксинатсияи БСЖ-ро гузаронидан мумкин аст.

Ҳамаи кӯдакони аз модарони ба ВНМО мусбӣ таваллудшударо аз рӯи тамос бо бемории сил дар оила назорат намудан ва саривакт пешгирӣ бо изониазидро гузаронидан лозим аст, вале ба калонсолони дар тамосбуда таботати фаъоли зиддисиро (бо назардошти ҳассоснокии микобактерияҳои сил) гузаронидан хатмӣ мебошад.

Ваксина бар зидди гепатити В:

Ба кӯдаконе, ки аз модарони ба ВНМО сироятёфта таваллуд шудаанд, бар зидди гепатити В эм гузаронида мешавад, ба мисли ҳамаи дигар кӯдакон дар рӯзҳои аввали ҳаёт.

Эмгузаронӣ бо дигар ваксинаҳо, тибқи барномаи миллии эмгузаронӣ анҷом дода мешавад.

6. Муайян намудани мақоми навзод нисбат ба ВНМО

Ташҳиси бармаҳали сирояти ВНМО дар навзод барои гузаронидани таботати саривактӣ, аз ҷумла ТЗРВ дар мавриди сироятёбии кӯдак, зарур мебошад (ниг. ба «Дастур оид ба ташҳиси бармаҳали тифлон бо усули ҚХХ» фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ №14 аз 14.01.2014 с.).

Тести якумро барои муайян намудани КДН ВНМО бо воситаи РПЗ-и (реаксияи полимеразии занҷирӣ) дар давоми 48 соати пас аз таваллуд гузаронидан лозим аст. *Хуни ноф барои тестгузаронӣ дуруст намеояд, чунки мумкин аст бо хуни модар омехта (контаминатсия) шавад!*

Натиҷаи мусбии тест эҳтимолияти сироятёбии навзодро ифода намуда, фавран таҳқиқ намудани мақоми масуният, муайян намудани КРН ВНМО ва гузариши ҳарчи зудтар аз монотерапия бо зидовудин ё пешгирии ЗРВ-ии омехтаро ба вояҳои табобати ЗРВ-ии омехта талаб менамояд.

Ҳангоми таҳлили якуми манфӣ ба КДН ВНМО дар 48 соати пас аз таваллуд, таҳлилро пас аз 4 - 6 ҳафтаи баъди таваллуд (дар мавриди хатари баланди интиқоли ВНМО, тести КДН ВНМО-ро дар 14-ум рӯзи ҳаёт такрор кардан зарар мебошад) такрор кардан лозим аст. Дар мавриди 2 натиҷаи манфии РПЗ-и КДН-и ВНМО, ба шарте ки кӯдак таҳти ғизогирии сунъӣ қарор дошта бошад, кӯдак ҳамчун қаблан солим арзёбӣ шуда то 18 моҳагӣ назорат карда мешавад ва баъдан тибқи алгоритми тасдиқшудаи муоинаи кӯдакон бо тамоси перинаталӣ муоина кардашуда, аз назорати минбаъда бароварда мешавад.

Натиҷаи тести сеюм мумкин аст муҳимтар бошад, агар хатари интиқол баланд ҳисобида шавад ва ТЗРВ ба навзод дар давоми 4 ҳафта тайин карда мешавад.

Ҳангоми дилхоҳ натиҷаи мусбӣ муоинаи минбаъда гузаронидан лозим аст, то ин ки саривақт мақоми мусбии кӯдак ба ВНМО тасдиқ карда шавад.

Агар таҳқиқи ба КДН ВНМО дастрас набошад, таҳлили КРН ВНМО-ро мегузаронанд, аммо дар хотир бояд дошт, ки ҳангоми паст будани нишондоди КРН вирусӣ дар вақти гирифтани ТЗРВ ё зуд пас аз гирифтани ТЗРВ аз ҷониби навзод барои БИМК, мумкин аст натиҷаҳои манфӣ ё мусбии қалбакӣ ба назар расад, бинобар ин онҳоро бо эҳтиёт шарҳ додан лозим аст.

Ҳангоми натиҷаи манфии таҳлилҳо дар навзоди бо ВНМО тамосдошта, назорати кӯдак ва гузаронидани таҳқиқ ба антителаҳои ВНМО дар синни 15 - 18 моҳагӣ бо мақсади муайян намудани сероконверсия тавсия дода мешавад.

Ҳиссиётнокии тестҳои қатори чорум чунин аст, ки титрҳои пасти антителаҳои модарӣ мумкин аст дар кӯдаки сироятнаёфта ҳатто пас аз 15 моҳ муайян карда шавад, бинобар ин натиҷаи таҳлилро бо эҳтиёт шарҳ додан лозим аст ё то 18 моҳа шудани кӯдак тестгузарониро мавқуф гузоштан лозим аст.

Ба инобат гирифтани лозим аст, ки то 40% кӯдакони ба ВНМО сироятёфта, ки ба онҳо ТЗРВ дар моҳи якуми ҳаёт дар асоси тести мусбии РПЗ КДН ВНМО оғоз карда шуда буд, натиҷаи манфии таҳқиқи антителаҳо ба ВНМО дар синни 18 моҳагӣ қой хоҳад дошт. Ин бо он маънидод карда мешавад, ки

хангоми супрессияи пурраи ВНМО, дар организми кӯдак миқдори нокифояи антигенҳо барои стимулятсияи ҳосилкунии антителаҳо гардиш менамояд. Ба чунин кӯдакҳо, мутобиқи тавсияҳо оид ба табобати кӯдакон бо сирояти ВНМО, давом додани қабули ТЗРВ зарур мебошад.

Муоинаи навзодонро ба ВНМО бояд машваратдиҳии шахсони онҳоро нигоҳубинкунанда ҳамроҳӣ намояд, ки дар рафти он ба онҳо натиҷаи тестгузаронӣ ва зарурияти таҳқиқи иловагӣ барои пурра муайян намудани мақоми кӯдакро ба ВНМО фаҳмонидан лозим аст.

7. Пешгирии пневмонияи пневмосистӣ (ангезанда – *Pneumocystis jirovecii*)

Пешгирӣ аз 6-ум ҳафтаи ҳаёт то гирифтани натиҷаи 2 РПЗ тестҳо ба ВНМО бо котримоксазол гузаронида мешавад.

Нишондод:

- кӯдакон бо тамоси перинаталӣ аз рӯи ВНМО то аниқ кардани мақом ба ВНМО (2 тести РПЗ);
- ба ҳамаи кӯдакони ба ВНМО сироятёфтаи то 1 сола;
- ба кӯдакони ба ВНМО сироятёфтаи аз 1 сола калон бо иммуносупрессияи зохирёфта.

Мавод бо вояи 5-6 мг/кг вазни бадан аз рӯи триметоприм 3 маротиба дар як ҳафта тайин карда мешавад. Бо мақсади мониторинги кристалурия ва оризаҳо аз тарафи гурда ва роҳҳои пешоббарор санҷидани таҳлили пешоби кӯдак дар 1 моҳ 1 маротиба, дар тамоми давраи истифодабарии вояҳои профилактикии котримоксазол, тавсия дода мешавад.

Зарурияти гузаронидани пешгирии пневмонияи пневмосистиро ба кӯдакони синнусоли калонтари ба ВНМО сироятёфта, аз тарафи мутахассиси соҳаи педиатрии сирояти ВНМО муайян карда мешавад.

VI. Оғоз, анҷом ва мониторинги таботати зиддиретровирусӣ

1. Вақти оғоз намудани таботати зиддиретровирусӣ ҳангоми ҳомилагӣ

Ба занони ҳомила ва занони ширмакони ВНМО-дошта ТЗРВ-ро асосан барои нигоҳдории солимии модар ва барои пешгирии сироятёбии кӯдак тайин менамоянд. Фоидаи иловагии чунин таботат, ин пастшавии хатари интиқоли ВНМО бо воситаи алоқаи чинсӣ дар ҷуфтҳои дискордантӣ ва ҳамчунин паст намудани хатари сили фаъол дар модар мебошад.

«Варианти В+» усули гузаронидани ТЗРВ якумраро дар ҳамаи занони ҳомила ва занони ширмакони ВНМО-дошта, новобаста аз шумораи ибтидоии ҳуҷайраҳои CD4 ё марҳилаи клиникии ВНМО, пешбинӣ менамояд.

Оғози қабули схемаи омехтаи маводҳои ЗРВ дар занони ҳомила, ки қаблан ТЗРВ нагирифтаанд, ҳарчи зудтар пас аз муайян кардани таҳлили ВНМО дар давраи ҳомилагӣ тавсия дода мешавад. Бармаҳал бартараф кардани сарбории вирусӣ бо камшавии хатари интиқол ба кӯдак алоқамандӣ дорад. Нишондоди СВ, миқдори CD4, ҳолати модар (мисол, қайқунӣ, дилбеҳузурӣ) метавонанд ба қабули қарори ҷамъбасти дар бораи оғоз намудани ТЗРВ кӯмак намоянд.

Дар яке аз тадқиқотҳои ретроспективӣ муҳимияти СВ-и аввалия ҳангоми арзёбии эҳтимолияти супрессияи ВНМО (пастшавии СВ то сатҳи муайяннашаванда) ба вақти таваллуд нишон дода шудааст. Дар байни занон бо СВ аввалияи >100000 копия/мл, танҳо дар 10%-ашон, ки таботатро пас аз 21-ум ҳафта оғоз намуданд, то вақти таваллуд ба СВ муайяннашаванда (<50 копия/мл) ноил гашта шуд. Яке аз тадқиқотҳо нишон дод, ки ҳангоми СВ >32000 копия/мл басомади виремияи муайяннашаванда то лаҳзаи таваллуд хеле баланд буд.

Мувозина байни афзалияти бармаҳал оғоз намудани ТЗРВ ва хатари эҳтимолии таъсири тератогеннии ТЗРВ ба ҷанин дар давраи органогенезро ба инобат гирифтани лозим аст. Тайин намудани схемаи ТЗРВ, ки эфаверенз дорад, ба муҳлати гестационии зиёда аз 8 ҳафта мавқуф мегузоранд.

Бо назардошти гуфтаҳои дар боло овардашуда хулоса кардан мумкин аст, ки

ба зани ҳомила ТЗРВ яқумраро новобаста аз нишондоди CD₄ ва марҳилаи беморӣ, дар муҳлати на дертар аз 14-24 ҳафтаи гестатсияи чанин, бо назардошти органогенез дар 1 триместри ҳомилагӣ тайин кардан зарур мебошад.

Афзалияти схемаи стандартикардашудаи табобати ЗРВ ба ҳамаи занони ҳомила ва занони ширмакони ВНМО-дошта

Ташкил намудани табобат аз рӯи схемаи мутобиқкардашудаи ТЗРВ-ии қатори яқум бо дохил намудани маводҳои вояи муайяндоштаи тенофовир + ламивудин (ё эмтриситабин) + эфавиренз барои ҳамаи занони ҳомила ва ширмакони ВНМО-дошта бо афзалиятҳои муҳими барномавӣ ва клиникӣ яқҷояшуда, аз инҳо иборат аст.

Анҷомдиҳиш осон. Схемаи яқхелаи соддакардашудаи ТЗРВ ба ҳамаи занони ҳомила (новобаста ба он, ки онҳо ба меъёрҳои тайин намудани табобат мувофиқат мекунанд, ё не) тайин карда мешавад ва дар давраи ҳомилагӣ, таваллуд ва пас аз он давом дода мешавад.

Схемаҳои ҳамоҳангкардашуда. Схемаи мутобиқкардашудаи қатори яқум бо дохил намудани маводҳо бо вояҳои муайяншуда, мумкин аст тибқи муқаррароти дастур оид ба ТЗРВ дар занони ғайриҳомила тайин карда шавад.

Фарогирии зиёдишудаи ТЗРВ. Бо шарофати ин муносибат занони масунияти сустдошта, ки ба тестгузаронӣ барои муайян намудани миқдори ҳуҷайраҳои CD₄ дастрасӣ надоранд, метавонанд бетаъхир схемаи дахлдори ТЗРВ гиранд.

Манфиат барои пешгирии интиқоли амудии ВНМО. Фарогирии боз ҳам васеътари ТЗРВ бо мақсади пешгирии максималии сироят дар кӯдакони ширмак таъмин карда мешавад.

Манфиат барои ҳифзи солимии модар. Дар чараёни табобат авҷгирии беморӣ суст мегардад.

Қобили қабул будан. Шарҳҳои аз рӯи ин дастур гузаронидашуда, дар умум аз афзалтар донистани чомеаи ОВЗ (одамони бо ВНМО зиндагикунанда) ва қобили қабул будани ин усул шаҳодат медиҳанд.

Манфиат барои пешгирии интиқоли ВНМО бо воситаи алоқои чинсӣ. ТЗРВ камшавии басомади интиқоли сирояти ВНМО-ро ба шарикони чинсӣ бо воситаи алоқои чинсӣ таъмин менамояд.

2. Мониторинги натиҷаи табобат

Новобаста аз он, ки «Варианти В+» муносибат ба гузаронидани ТЗРВ якумраро ба ҳамаи занони ҳомила ва ширмакони ВНМО-дошта пешбинӣ менамояд ва новобаста аз миқдори аввалияи ҳучайраҳои CD4 ё марҳилаи клиникий ВНМО, мониторинги самарабахшии ТЗРВ тибқи протоколи клиникий табобати сирояти ВНМО дар калонсолон гузаронида мешавад. Яъне муайян намудани нишондоди CD4 пеш аз оғози ТЗРВ мегузаронанд ва минбаъд 1 маротиба дар 6 моҳ. Ба таври иловагӣ муайян намудани миқдори CD4 лимфоситҳо дар давраи ҳомилагӣ аҳамияти маҳдуд дорад. Ҳодисаҳои истисно мебошанд, ки агар миқдори аввалияи CD4 лимфоситҳо камтар аз ҳучайра 200 ҳучайра/мкл бошанд. Дар ин ҳолатҳо санҷиши минбаъдаи он пас аз оғози ТЗРВ имкон медиҳад, ҷавоби бармаҳал ба табобат арзёбӣ карда шавад. Ин махсусан дар ҳомилахое муҳим аст, ки дар онҳо давомнокии вақт то нобудсозии вирус аҳамияти муҳим дорад. Такроран санҷидани СВ пас аз 8 ҳафта кӯмак менамояд, ки ҷавоб ба табобат арзёбӣ ва мушкilotҳои эҳтимоли муайян карда шавад. Ҳамчунин муайян намудани СВ дар 36 ҳафта зарур мебошад, то ин ки ба ҷой надоштани КРН муайяншавандаи ВНМО дар зардобаи хун ҳангоми наздикшавии таваллуд боварӣ ҳосил намоем.

Нокомӣ дар ноилшавии ҷавоби мунтазира ба табобат, мутобиқи сенарияи 4 арзёбии минбаъдаро талаб менамояд.

Агар имкон бошад, пеш аз оғози табобат муайян намудани таъсирнопазирӣ ба маводро (секвенирование) барои ВНМО мегузаронанд, то ки маводҳои бештар самарабахш интихоб карда шавад.

VII. Номгӯи минималии маълумотҳо, ки барои ҷамъоварӣ дар муассисаҳои тиббӣ тавсия шудааст

Замимаи 1

Маводҳое, ки барои табобати вобастагӣ аз моддаҳои рухфаълкунанда дар занони ҳомила истифода бурда мешаванд

Мавод	Вояҳо	Таъсирҳои иловагӣ	Эзоҳ
Вобастагии опиоидӣ			
Бупренорфин	<p>Аз 2–4 мг/ш/рӯз оғоз кардан лозим аст. Дар шабонарӯзҳои аввал вояи баландтарини шабонарӯзӣ – 8 мг;</p> <p>дар шабонарӯзи дуюм вобаста аз аломатҳо вояро то 16 мг/ш/рӯз зиёд кардан мумкин аст;</p> <p>баъдан воя одатан 8 мг-ро як рӯз баъд ташкил менамояд.</p>	Алоими сабуки қатъкунӣ, қабзият, хоболудӣ	<p>Табобати алоими абстинентӣ ва табобати дастгирикунанда; танҳо дар шароити клиникӣ истифода бурда мешавад;</p> <p>на барвақттар аз 24 соат пештар пас аз қабули охирон истифодаи опиоидҳо тайин карда мешавад</p>
Метадон	Вояи >60 мг одатан самарабахштар аст	Хоюолудӣ, қабзият, пастшавии шаҳват, варами пойҳо	<p>Табобати ҷойивазкунандаи вобастагии опиоидӣ;</p> <p>танҳо дар барномаҳои қабулшудаи табобати наркологӣ истифода бурда мешавад</p>

Вобастагии никотинӣ

Марҳам (пластир) бо никотин	4 ҳафта 21 мг/ш/рӯз, баъд 2 ҳафта 14 мг/ш/рӯз, баъд 2 ҳафта 7 мг/ш/рӯз (Никодерм CQ); ё 15 мг/16 ч (Никотрол) дар давоми 8 ҳафта	Сурхшавии пӯст, беҳобӣ	Дар нафароне, ки <10 сигарет дар ш/рӯз мекашанд, воя пасттар аст; ҷойи часпонидани марҳамро ҳаррӯз иваз мекунанд
Сақичи никотиндор	2 мг барои <25 сигарет дар як рӯз, 4 мг барои нафароне, ки ≥25 сигарет дар як рӯз мекашанд	Боль во рту, боль при жевании, икота, диспепсия	Хоидани сақич «аз рӯи соат» (ҳар 1–2 соат), вале на аз рӯи зарурат; 15 дақиқа пеш аз сақич хоидан ва дар вақти сақич хоидан нахӯрдан ва нанӯшидан
Бупропиони чудошавиаш сусттшуда	Оғоз намудан аз 150 мг пагоҳӣ, дар давоми 3 ш/рӯз, 1 ҳафта қабл аз рад кардани тамокукашӣ; баъд 150 мг 2 маротиба дар як ш/рӯз, дар давоми 7–12 ҳафта; табобатро то 6 моҳ давом додан мумкин аст.	Беҳобӣ ва хушкии даҳон; ҳангоми хуруҷи рагкашӣ, ихтилоли ғизо ва осеби косахона ва мағзи сар дар анамнез мумкин нест; маводро ба бемороне, ки дар давоми 14 рӯз ингибиторҳои моноаминоксидаза мегиранд, тайин кардан мумкин нест; аз рӯи таснифи беҳатарии маводҳо барои занони ҳомила - синфи В*	Аз рӯи дорухат; вариант барои он мизоҷоне, ки аз табобати ҷойивазкунанда бо никотин даст мекашанд

Алоими абстинентии машруботи спиртдор

Хлордиазепоксид	Вояи яққарата 25–100 мг	Хоболудӣ, сарчархзанӣ, атаксия, вайроншавии ҳуш	Давраи калони нимхориҷ; барои кам намудани аломатҳо вояи калонро додан мумкин аст ва баъд манъ
-----------------	-------------------------	---	---

			намудани мавод
Диазепам	Вояи яккарата 15–60 мг	Ба мисли хлордiazепоксид	Давраи хурди нимхориҷ, вобаста ба функцияи ҷигар метаболитҳои фаъол мавҷуд нест; одатан қабули мавод ҳар 4–6 соат зарур мебошад

* Тибқи таснифоти Раёсати назорати сифати маводҳои ғизоӣ ва дорувории ИМА (FDA) (48), мансуб будани мавод ба синфи В ифода менамояд, ки тадқиқоти дар ҳайвонҳо гузаронидашуда таъсири зарарнокро ба чанин муайян накард, аммо тадқиқоти комилан мувофиқ ва назоратшаванда дар заводи ҳомила гузаронида нашудааст, ё ин ки дар ҳайвонот таъсири зарарнок ба чанин муайян карда шудааст, вале тадқиқоти комилан мувофиқ ва назоратшаванда дар заводи ҳомила хатарро барои чанин дар ягон триместри ҳомилаи муайян накардааст.

Сарчашма: аз Rayburn & Bogenschutz мутобиқ карда шудааст, 2004.

Замимаи 2

Муайян намудани қобили қабул, амалишаванда, аз лиҳози молиявӣ дастрас будан, устуворӣ ва беҳатарии ғизодиҳии навзодон

Ин мафҳумҳоро ҳамчун асос истифода бурдан лозим аст. Онҳо вобаста ба шароитҳои маҳал ва тадқиқотҳои гузаронидашаванда ба мутобиқсозӣ ниёз доранд.

Қобили қабул будан. Модар ягон намуд мамониат барои ғизодиҳии сунъӣ надорад, ки бо анъанаҳои фарҳангӣ ё шароитҳои иҷтимоӣ алоқаманд бошанд, ё бо тарси таҳрим ва таъбиз ба амал омадаанд. Қобили қабул будан онро ифода менамояд, ки ё зан фишори иҷтимоӣ ё фарҳангиро эҳсос наменамояд, ки бар зидди ғизогирии сунъӣ равона карда шудаанд ва қарори андешидаи ӯ дар бораи ғизогирии сунъӣ аз тарафи оила ва атрофиён дастгирӣ мешавад, ё ин ки ӯ метавонад ба фишори оила ва дӯстон, ки синамаконино маҷбур менамоянд истодагарӣ намояд ва таҳримро бо сабаби ғизогирии сунъӣ паси сар намояд.

Амалишаванда будан. Модар (ва оилаи ӯ) барои тайёр намудани омехтаи ширӣ ва ғизодиҳии кӯдак то 12 маротиба дар як шабонарӯз вақти кофӣ, дониш, малака ва шароитҳои дигар дорад. Модар қобилияти фаҳмидани дастур оид ба тайёр намудани омехтаи ширӣ ва иҷро намудани онро дорад; ӯро наздикон дастгирӣ менамоянд, ки ба ӯ имкон медиҳад омехтаро дуруст тайёр намояд ва кӯдакро шабона ва рӯзона бо назардошти он, ки аз тайёр намудани хӯрок барои оила ва дигар корҳои хона дур мешавад, ғизо диҳад.

Дастрасии молиявӣ доштан. Модар (ва оилаи ӯ) ба солимӣ ва ғизогирии оила зарар нарасонида, бо дастгирии ташкилотҳои ҷамъиятӣ ё системаи тандурустӣ (агар зарур бошад) қобилияти пардохт намудани хароҷотҳои вобаста ба харид, тайёр ва истифодабарии ивазкунандагони шири модар ва ҳамчунин дигар хароҷотҳои вобаста ба ғизогирии сунъиро (сӯзишворӣ, оби тоза, собун, дигар лавозимотҳо) доранд. Мафҳуми дастрасии молиявӣ ҳамчунин ба дастрасии (дар мавриди зарурӣ) кӯмаки тиббӣ ҳангоми дарунравӣ дар кӯдак ва хароҷот ба чунин таъбибат паҳн мешавад.

Устувор будан. Доиман ва мунтазам таъмин намудан ва системаи эътимодбахши тақсимооти ҳамаи ингридиент ва маҳсулотҳо, ки барои ғизодиҳии сунъӣ зарур мебошанд; онҳо бояд ҳама вақт дастрас

бошанд, то вақте ки кӯдак ба он ниёз дорад ғ то синни 1 солагӣ ва калонтар. Ин номумкин будани дарёфт намудани омехта ё аз чиҳати молиявӣ дастраснорас буданро рад менамояд. Ба ғайр аз ин, мунтазамӣ онро ифода менамояд, ки дигар шахс низ ҳама вақт метавонад дар набудани модар омехтаро тайёр кунад ва ба кӯдак хӯронад.

Бехатарӣ. Омехта барои ғизогирии сунъӣ бо риояи меъёрҳои гигиенӣ дуруст тайёр ва нигоҳ дошта мешавад; кӯдак бо риояи талаботҳои гигиенӣ (шустани дастон ва шишаи тоза, ё кадом бехтар аст, косача) онро дар ҳаҷми зарурӣ мегирад.

Бехатарӣ онро ифода менамояд, ки модар ё шахси дигари кӯдакро нигоҳубинкунанда:

- ба манбаи эътимодбахши оби бехатар дастрасӣ дорад (аз шабакаи об (водопровод) ё дигар манбаи эътимодбахш);
- омехтаи аз рӯи таркиб хушсифатро, ки ангезандаи сироятхоро надорад, тайёр менамояд;
- имконият дорад дастон ва косаву табақхоро бо собун боэҳтиёт шуста, мунтазам лавозимотхоро, ки барои ғизодиҳии кӯдак истифода бурда мешавад, барои таъмин намудани тамизнокии оонҳо чӯшонад;
- имконият дорад обро барои тайёр намудани омехта ҳангоми ҳар як ғизодиҳии кӯдак чӯшонад;
- имконият дорад омехтаи хушкро дар қуттии тоза, маҳкам, аз ҳашарот, хояндаҳо ва дигар ҳайвонот ҳимояшуда нигоҳ дорад.

Замимаи 3

Арзёбии дараҷаи вазнинии алоими абстинентӣ дар навзодон, бо балҳо

Аломат ё симптом	Балҳо
Парешониҳо аз тарафи СМА	
Гиряи бошиддати давомнок	2
Хоб <1 соат пас аз ғизогирӣ	3
Хоб <2 соат пас аз ғизогирӣ	3
Хоб <3 соат пас аз ғизогирӣ	2
Рефлекси баландшудаи Моро	1
Рефлекси якбора баландшудаи Моро	2
Ларзиши сабук ҳангоми ошuftагӣ	3
Ларзиши муътадил ва сахт дар вақти ошuftагӣ	1
Ларзиши сабук дар ҳолати оромӣ	2
Ларзиши муътадил ва сахт дар ҳолати оромӣ	3
Гипертонуси мушакҳо	4
Экскориатсияҳо (мавзеҳои махсус)	2
Миоклонияҳо	1
Рағкашиҷои бардавом	3
Гиряи бошиддати давомнок	5
Парешониҳои метаболикӣ, вазомоторӣ ва нафасӣ	
Араққунӣ	1
Табларза 37,2—38,2°C	1
Табларза 38,4°C ва бештар	2
Тез-тез хамёзакашӣ (>3—4 маротиба)	1
Расми мармариӣ пӯст	1
Маҳкамшавии бинӣ	1
Атсазанӣ >3—4 маротиба	1
Дамидани қанотҳои бинӣ	2
Басомади нафас >60 дар як дақиқа	1

Басомади нафас >60 дар як дақиқа бо фурӯрави мавзеҳои ёзанда	2
<i>Парешониҳои меъдаву рӯда</i>	
Аз ҳад зиёд ҳарисона макидан	1
Макидани суст, тез сер шудан	2
Тез-тез қай кардан	2
Қайкунии фавворамонанд	3
Наҷосати суст	2
Наҷосати обакӣ	3

Сарчашма: Finnegan et al., 1975.

Замимаи 4

Маводҳои зиддиретровирусие, ки дар занони ҳомила истифода мебаранд

1. Ингибиторҳои нуклеозидӣ ва ғайринуклеотидии транскриптазаи баргарданда

Дар давраи ҳомилагӣ вояҳои ба нуклеозид ва нуклеотидии монанд талаб карда намешавад.

Зидовудин барои пешгирии ИМК аз давраҳои тадқиқоти АСТГ 076 в 1994 с. васеъ паҳн шудааст, аввал дар шакли монотерапия ва баъд дар таркиби ТЗРВ. Дар ин тадқиқот монотерапия бо зидовудин басомади ИМК то 67% кам намуд; модар ба таври даҳонӣ аз охири триместри якуми ҳомилагӣ ва дохиливаридӣ дар вақти таваллуд зидовудин қабул кардааст, вале кӯдак дар давоми 6 ҳафта монотерапияро бо зидовудин гирифт. Аҳамияти ҳар яке аз ҷузъҳои монотерапия бо зидовудинро арзёбӣ накардаанд.

Дар тадқиқоти дар Таиланд гузаронидашудаи монотерапия бо зидовудин бо қабули даҳонӣ дар давоми ба ҳисоби миёна 25 рӯз ва қабули якқаратаи зидовудин ба таври даҳонӣ дар вақти таваллуд басомади ИМК то 50%, ҳатто бе гузаронидани пешгирии ЗРВ дар навзодон, паст намуд. Пешгирии ИМК бо зидовудин дар навзод дар давоми 6 ҳафта аз пешгирӣ дар давоми се рӯз самарабахштар буд, агар модар аз 28 ҳафтаи ҳомилагӣ зидовудин гирифта бошад.

Ҳисоботҳои проспективӣ барои Регистри истифодабарии маводҳои зиддиретровирусӣ дар занони ҳомила (РИЗХ) хатари баланди нуксонҳои модарзодии инкишофро ҳангоми қабули маводҳои ЗРВ дар якум триместри ҳомилагӣ муайян накард, ки дар ин ҳолатҳо барои истисно намудани хатари баланд зиёда аз 1,5 маротиба кифоя мебошад. Дар коғортаи фаронсавӣ ва дигар хабарҳои ҷудогона ба ҳодисаҳои дараҷаи вазнини захрнокии митохондриялӣ дар кӯдакони ба ВНМО сироятнаёфта, ки дар ҳафтаҳои аввали ҳаёт зидовудин гирифтаанд ва модаронашон дар давраи ҳомилагӣ бо комбинатсияи зидовудин ва ламивудин табобат гирифтаанд, ишора карда мешавад. Чунин ҳодисаҳо ниҳоят кам ба назар мерасанд, бахусус дар заминаи ТЗРВ, ки репликатсияи ВНМО-ро суст менамоянд. Дар навзодоне, ки модаронашон дар вақти ҳомилагӣ зидовудин гирифтаанд, ҳодисаҳои на он қадар вазнин, вале баъзан камхунии давомнок ва нейтропения,

ки дар бисёр ҳолатҳо табобатро талаб намекунанд, ба қайл гирифта шудааст.

Зидовудин дар давраи ҳомилагӣ одатан хуб қабул карда мешавад. Дар оғози табобат таъсирҳои иловагии аз ҳама бештар ин дарди гузарандаи сар, дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ буданд. Зидовудин пигментатсияи пӯст ва нохунҳоро ба амал меорад. Қариб ҳама вақт макроситоз ба амал меояд, ки манъ намудани табобатро талаб наменамояд; аммо ба мизочони камхунидошта тайин намудани зидовудин мумкин нест. Дар занони ҳомила табобат бо зидовудин ба липодистрофия намеорад, аммо дар охир бисёр вақт ба амал меояд. Дар бисёр давлатҳо зидовудин дар калонсолон ба сифати маводи стандартӣ қатори яқум истифода бурда намешавад, бинобар ин дар аксари занони ба ВНМО сироятёфта ҳомилашавӣ дар вақти табобат аз рӯи схемае, ки ин маводро дар таркибаш надошт, ба амал меояд. Ба самарабахшии исботшудаи зидовудин барои БИМК нигоҳ накарда, дар бораи зарурияти иваз намудани ТЗРВ-и муваффақ ба табобат, аз рӯи схема бо зидовудин, маълумот вуҷуд надорад.

Натиҷаҳои ECS ва тадқиқоти милли оид ба сирояти ВНМО дар занони ҳомила ва кӯдакон (National Study of HIV in Pregnancy and Childhood) дар бехатарӣ ва самарабахшии схемаҳои ТЗРВ бо зидовудин ва мбе зидовудин фарқиятро муайян накарданд. Бо ҳамин сабаб, ҳарчанд зидовудин чузъи асосии ТЗРВ дар занони ҳомила боқӣ мемонад, вай дигар қисми ҳатмии пешгирии ИМК ҳисоб карда намешавад. Дар вақти БҚН дар заноне, ки монотерапияро бо зидовудин гирифтаанд ва ҳангоми таваллудҳои беихтиёро на дар занони СВ муайяншаванда, ба таври дохиливаридӣ гузаронидани зидовудин нишон дода шудааст. Ба навзодон зидовудинро 2 маротиба дар як шабонарӯз, ба муҳлати на зиёдтар аз 4 ҳафта тайин мекунанд. Зидовудин аз ҳамроҳак нағз мегузарад, ки ин бисёртар бо самарабахшии пешгирикунанда нисбат ба ИМК ифода меёбад.

Ламивудинро (ЗТС) занони ҳомила хуб қабул мекунанд. Ҳисоботҳои проспективии РИЗХ хатари баланди нуқсонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули ламивудин дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатари баланд ба зиёда аз 1,5 маротиба кифоя мебошад. Илова намудани ламивудин ба зидовудин хатари ИМК паст менамояд, аммо ҳангоми чунин табобти дучузъа устуворӣ ба амал меояд, бинобар ин оонро истифода намебаранд. Ламивудин аз ҳамроҳак нағз мегузарад.

Абакавирро занони ҳомила хуб қабул мекунад. Гузаронидани генотипкунонии HLA барои муайян намудани HLA-B57*01 ва пешгирӣ намудани реаксияи ҳассоснокиаш баланд ба абакавир тавсия дода мешавад. Ҳисоботҳои проспективии РИЗХ хатари баланди нуқсонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули абакавир дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатари баланд ба зиёда аз 2 маротиба кифоя мебошад. Абакавир аз ҳамроҳак хуб гузашта, фоизи баробари он дар хуни модарӣ ва хуни ноф ба даст меояд. Таносуби фоизи он дар хуни модарӣ ва хуни ноф ба 1:0,3 баробар мебошад.

Эмтриситабин дар масъалаи беҳатарӣ, тобоварӣ ва самарабахшӣ дар занони ҳомила нокифоя омӯхта шудааст, новобаста аз истифодаи васеи он дар якҷоягӣ бо тенофовир. Ҳисоботҳои проспективии РИЗХ хатари баланди нуқсонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули эмтриситабин дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатари баланд ба зиёда аз 2 маротиба кифоя мебошад.

Тенофовирро занони ҳомила хуб қабул мекунад. Ҳисоботҳои проспективии РИЗХ ягон намуд хатари баланди нуқсонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули тенофовир дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатари баланд ба зиёда аз 2 маротиба кифоя мебошад. Маълумотҳои шарҳи системакунонидашуда оид ба масъалаи захрнокии тенофовир (веб замиаи www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/annexes) ба он ишора менамоянд, ки дар ояндаи наздик ва миёнамуҳлат тенофовир сатҳи пасти захрнокӣ ба гурдаҳо дорад, бахусус дар одамони бемории гурда ё омилҳои хатардошта оид ба пайдошавии ин беморӣ. Маълумотҳои проспективии когортӣ аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки қабули тенофовир бо пастшавии на он қадар калони функсияи гурдаҳо (аз рӯи натиҷаи санчиши пастшавии суръати ҳисобии хунполоиши печаки) ва камшавии зичии минералии бофтаи устухонӣ ҳамроҳӣ меёбад, аммо аҳамияти клиникӣ ва паҳншавии ин таъсири иловагӣ, махсусан ҳангоми табобати дурудароз омӯзиши амиқро талаб менамояд. Ба ғайр аз ин, тадқиқотҳои илмии минбаъда лозим мешавад, то ки муайян карда шавад, ки оё скрининги озмоишгоҳӣ ва мониторинги захрнокии тенофовир бо тартиби муқаррарӣ гузаронида мешавад ё танҳо дар гуруҳҳои хатари баланддошта (шахсони фишорбаландӣ ва диабетдошта, ки ИП қавиғашта ва ғ. мегиранд). Азбаски захрнокии нефрогении тенофовир одатан бо дисфунксияи каналҳои гурда зохир

мешавад, таҳлили ҳолати функцияи печакҳо (клубочка) арзёбии бевоситаи миқдориро намедиханд ва ягон дигар тест қобилияти муайян кардани парешониҳои захрогении каналҳои гурдари надорад. Дар боби 7.4 ин масъала муффассалтар дида баромада шудааст. Маълумотҳои воқеӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки беҳтаршавии умумии функцияи гурдаҳо бо воситаи ТЗРВ метавонад хатари зоҳирёбии захрнокии тенофовирро дар шахсони ВНМО-дошта, ки гирифтори бемории дуумдараҷаи гурда мебошанд, ҷуброн менамояд.

2. Ингибиторҳои ғайринуклеозидии транскриптазаи баргарданда

Невирапин дар вақти ҳомилагӣ, ислоҳи вояҳоро талаб накарда, ба таври васеъ истифода бурда мешавад.

Невирапин. Бехатарӣ, тобоварӣ ва самарабахшии невирапин дар занони ҳомила муффассал омӯхта шудааст. Ҳисоботҳои проспективии РИЗҶ ягон намуд хатари баланди нуксонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули невирапин дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатари баланд ба зиёда аз 2 маротиба кифоя мебошад.

Невирапин дар давраи ҳомилагӣ хуб қабул карда мешавад. Маълумотҳои аз занони ғайриҳомила бадастомада, аз хатари баланди таъсирҳои ногувори вазнин шаҳодат медиҳад, бахусус захрогени ба чигар ва алоими Стивенс - Джонсон дар занон бо миқдори лимфоситҳои CD4 250–400 ҳуҷайра/мкл ё зиёдтар. Дар занони ҳомила ҳамчунин ҳодисаҳои ногувор ба қайд гирифта шудааст, аммо дар якҷанд тадқиқотҳо дар бораи азхудкунии мавод, ҳатто дар занони ҳомила бо шумораи лимфоситҳои CD4 > 250 ҳуҷайра/мкл маълумот дода шудааст. Дигар омилҳои хатари зоҳирёбии захрогении ниверапин ба чигар - гепатитҳои вирусии ҳамроҳикунанда ва зиёдшавии ферментҳои чигарӣ аз вайроншавии функцияи чигар шаҳодат медиҳанд. Ин омилҳо танҳо дар занони дақиқ интиҳобшудаи ба ВНМО сироятёфта, ки қаблан ТЗРВ нагирифтаанд, истифодаи ниверапинро маҳдуд менамоянд. Аммо гузариш ба невирапин дар занон бо репликатсияи пурра фурунишонидашудаи ВНМО (чи ҳомилаҳо ва чи ғайриҳомилаҳо) айни ҳол бехатар ҳисоб карда мешавад.

Самарабахшии невирапин дар паст намудани хатари ИМК бо натиҷаи

як қатор ТКР (тадқиқотҳои кластерии рондомизатсияшуда) тасдиқ шудааст. Дар тадқиқоти HIVNET 012 қабули якқаратаи неврапин аз тарафи модар дар вақти таваллуд дар якҷоягӣ бо қабули якқаратаи кӯдак дар 48–72 соати аввали пас аз таваллуд хатари ИМК то 47% (аз рӯи натиҷаи арзёбӣ дар синни 3 моҳагӣ) паст намуд, дар муқоиса бо қабули даҳонии зидовудин дар вақти таваллуд. Чи тавре ки дар боло оварда шудааст, илова намудани як вояи ниверапин ба монотерапия бо зидовудин хатари ИМК аз 6,3% то 1,9% паст менамояд. Бо вучуди ин, аниқ муайян карда шудааст, ки қабули як вояи ниверапин зуд ба пайдошавии устуворӣ ба неврапин (ва эфавиренз) меорад ва фурунишони репликатсияи ВНМО-ро ҳангоми табобати минбаъда аз рӯи схемаи асосаш неврапин паст менамояд. Барои паст намудани хатари пайдошавии устуворӣ, ба таври иловагӣ маводҳои дигари ЗРВ барои «пӯшонидани» фоизи боқимондаи неврапин - зидовудин+ламивудин ё тенофовир+эмтриситабин - ё як вояи неврапинро танҳо ба навзодон тайин мекунад. Қабули як вояи неврапин на кам аз 2 соат пештар аз таваллуд фоизи кофии маводро дар хуни навзодон таъмин менамояд. Истифодаи муфассали неврапин ҳангоми таваллудҳои пеш аз муҳлат дар қисми таваллудҳои пеш аз муҳлат ва дар поён дар қисми ингибиторҳои протеаза оварда шудааст.

Эфавиренз. Қабули эфавиренз аз тарафи занони ҳомила пас аз пайдошавии маълумотҳо дар бораи нуқсонҳои модарзодии инкишоф дар 3 насли аз 20 макак, ки дар давраи ҳомилагӣ ин маводро гирифтаанд, хеле маҳдуд карда шуд. Ба ин нуқсонҳо анэнсефалия, анофтальм ва тарқиши ком дохил мешаванд. Маълумотҳои ретроспективи минбаъда дар бораи менингомиелоселе ва алоими Денди-Уокер ба он оварданд, ки Раёсат оид ба назорати маҳсулотҳои хӯрокворӣ ва маводҳои доруворӣ ИМА (FDA) категорияи хатари нуқсонҳои модарзодии инкишофро дар эфавиренз аз С ба D тағйир дод. Ба категорияи D маводҳо бо хатари исботшудаи нуқсонҳои модарзодии инкишоф дохил мешавад. Бо вучуди ин, дар ҳисоботҳои проспективи РИЗХ ягон намуд хатари баланди нуқсонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули эфавиренз дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатари баланд ба зиёда аз 2 маротиба кифоя мебошад.

Ин маълумотҳо ҳарчанд эътимодбахшанд, вале барои истисно намудани хатарҳои баланди нуқсонҳои рушди инкишофи найчаи асаб ҳангоми қабули эфавиренз дар I триместри ҳомилагӣ нокифоя мебошад.

Басомади нуқсонҳои рушди найчаи асаб дар байни аҳоли аз 4,6 ҳодисаи миеломенингоселе ба 10 ҳазор зиндатоваллуд дар ИМА то 10 нуқсони найчаи асаб (аз ҷумла миеломенингоселе, анэнсефалия ва энсефалоселе) ба 10 ҳазор зиндатоваллуд дар Аврупо тағйирпазир мебошад, ҳарчанд дар ин ҷо тағйирёбии нишондодҳо дар солҳои гуногун ба қайд гирифта шуда буд. Дар ҳисоботҳои проспективии РИЗХ танҳо 2 ҳодисаи миеломенингоселе дар байни 12652 нафар навзодон ба қайд гирифта шудааст. Дар яке аз онҳо модар дар I триместр (1 аз 604 ҳисобот оид ба тамос бо эфавиренз дар I триместр) эфавиренз гирифтааст. Ду ҳодисаи алоими Денди - Уокер ва ҳодисаи дуҷуми миеломенингоселе бо қабули ИҶНТБ дар давраи ҳомилагӣ алоқамандӣ надоштаанд. Дар метаанализи Ford ва ҳаммуаллифон, ҳодисаҳои таъсири эфавиренз, басомади миеломенингоселе 1 ҳодиса ба 1132 зани ҳомиларо ташкил намуд, ки дар I триместр эфавиренз гирифтаанд. Муаллифон ба хулоса омаданд, ки эфавиренз хатари нуқсони найҳои асабро дар муқоиса бо хатар дар популятсияи умумӣ баланд намекунад. Бо назардошти басомади баланди қатъ кардани ҳамл дар баъзе коғортаи занҳои африқой, ки ТЗРВ-ии асосаш эфавирензро мегиранд, ин маълумотҳо аҳамияти калон доранд. Ба ғайр аз ин, онҳо имкон медиҳанд, ки пешбурди занҳои ҳомилаи ба ВНМО сироятёфта, ки дар онҳо ҳомилашавӣ ҳангоми табобат бо эфавиренз ба амал омад, муайян карда шавад. Ин маълумотҳо ба манфиати давом додани табобати самарабахш гувоҳӣ медиҳанд, ки репликатсияи ВНМО-ро бе зарурияти ивази маводҳои ЗРВ дар яқум триместр фуру менишонанд.

Этравирин. Маълумот дар бораи истифодабарии этравирин дар вақти ҳомилагӣ асосан бо хабарҳои ҷудогона маҳдуд шудааст. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар ҳомилаҳо фармакокинетикаи этравирин тахминан ба мисли занони ғайриҳомила мебошад.

3. Ингибиторҳои протеаза

Индинавир, ритонавир бо воҷи пурра ва **нелфинавир** барои табобати сирояти ВНМО дар калонсолон дигар истифода бурда намешавад ва бинобар ин, муҳокима карда намешаванд. Маълумоти аз ҳама бештар дар бораи истифодаи ИП дар занони ҳомила нисбат ба саквинавир, лопинавир ва атазанавири бо ритонавир фаъолкардашуда ҷамъоварӣ карда шудааст. Ин маводҳо ИП қатори яқум ҳангоми ҳомилагӣ ҳисобида мешаванд ва дар поён муфассал баррасӣ шудаанд. Агар ноқомҳои пешинаи табобат ё

тахаммулнопазирӣ ба истифодаи ин маводҳо мамониат кунанд, дар оянда истифода бурдани маводҳои дигарро (дарунавир, ампренавир, фосампренавир, типранавир) дар модар ва кӯдак бо хатарҳои номаълум муқоиса намудан лозим аст. Маълумот дар бораи бехатарӣ, тератогенӣ, азхудкунӣ ва самарабахшии ин ИП маҳдуд мебошад, таҳқиқи фармакокинетикӣ айна ҳол аз тарафи шабакаи PANNA гузаронида мешавад. Бузургиҳои фармакокинетикӣ дигар ИП бениҳоят фарқ мекунад. Таъсирҳои нуговори эҳтимолӣ ҳангоми табобати занони ҳомила бо маводҳои ин синф дар модарон аз диabetи қанд ва таваллудҳои пеш аз муҳлат ва дар навзодон аз норасоии ғадудҳои болоигурдавӣ иборат аст.

Норасоии ғадудҳои болоигурдавӣ дар навзодон

Моҳи июли соли 2011 маълумот дар бораи нишонаҳои биохимиявӣ ва клиникий норасоии ғадудҳои болоигурдавӣ дар навзодон, ки лопинавири бо ритонавир фаъолкардашуда гирифтаанд ё аз занҳое таваллуд шудаанд, ки дар давраи ҳомилагӣ ин маводҳоро қабул кардаанд, пайдо шуд. Нишонаҳои норасоии биохимиявӣ ғадудҳои болоигурдавӣ дар 14% навзодон ба қайд гирифта шудааст, ки ҳудашон ё модарони онҳо лопинавири бо ритонавир фаъолкардашударо гирифтаанд; дар се навзодони норасид нишонаҳои клиникий норасоии ғадудҳои болоигурдавӣ ҷой дошт. Пас аз манъ кардани қабули мавод худ аз худ муътадилшавии ҳолат ба қайд гирифта шудааст. Аз маълумотҳои бадастомада номаълум аст, ки оё норасоии ғадудҳои болоигурдавӣ бо лопинавир, ритонавир ё ҳарду мавод вобастагӣ дорад. Муаллифон тавсия медиҳанд, ки ба навзодони норасид лопинавири бо ритонавир фаъолкардашуда тайин карда нашавад ва ҳангоми тайин намудан ба кӯдакони расида мониторинги дақиқи электролитҳоро мегузаронанд. То вақте ки маълумотҳои иловагӣ ба даст наояд, тавсияи охирон ба ҳамаи ИП дахл дорад, бахусус онҳо дар якҷоягӣ бо ритонавир тайин карда мешаванд.

Диabetи қанд дар занони ҳомила

Дар баъзе тадқиқотҳои когортивӣ басомади баланди диabetи қанд ба қайд гирифта шудааст, аммо дар дигар тадқиқотҳо ҳангоми омӯзиши таҳаммулнопазирӣ ба глюкоза дар занҳои ҳомила, ки ИП қабул намудаанд, таъсирҳои нуговор муайян карда нашуд.

Таваллудҳои пеш аз муҳлат

Сирояти табобатнашудаи ВНМО худ аз худ хатари таваллудҳои пеш аз муҳлатро зиёд менамояд, ки дар навбати худ омили хатар барои ИМК мебошад. Ба баландшавии хатари таваллудҳои пеш аз муҳлат ҳангоми

гузаронидани ТЗРВ якумин маротиба натиҷаи тадқиқоти когортии шведӣ нишон дод: 33% таваллудҳои пеш аз муҳлат ҳангоми ТЗРВ ду ва сечузъа дар муқоиса бо 14% дар занони бе ТЗРВ ва 17% ҳангоми монотерапия бо зидовудин.

Натиҷаи ин тадқиқоти начандон калони когорти бо маълумотҳои ECS тақвият дода шуд, ки дар он таҳлили бисёрромила нишон дод, ки БУ (басомади умумӣ) таваллудҳои пеш аз муҳлат ҳангоми табобат бо ИП 2,6-ро ташкил намуд дар муқоиса бо нагузаронидани табобат ва 1,8 дар муқоиса бо табобат бе ИП. Таҳлили минбаъдаи ECS баландшавии хатарии таваллудҳои пеш аз муҳлатро нишон дод, ки аз рӯи вақт бо васеъшавии қабули ТЗРВ мувофиқат мекунад: басомади умумии таваллудҳои пеш аз муҳлат 24,9%-ро дар солҳои 2000–2004 бо нишондоди фавт дар байни навзодони бениҳоят норасид (<34 ҳафта) 7,4%-ро ташкил намуд. Басомади баландтари таваллудҳои пеш аз муҳлат ҳангоми табобат бо ИП дар муқоиса бо монотерапия бо зидовудин ҳамчунин дар Австрия, Германия ва Шохигарии Муттаҳида (Англия) ба қайд гирифта шудааст. Дар ҳолати охири басомади таваллудҳои пеш аз муҳлат дар занҳое, ки монотерапияро бо зидовудин гирифтаанд 5,8%-ро ташкил намуд, вале дар занҳое, ки ТЗРВ дар давраи ҳомилагӣ оғоз намудаанд 20%-ро ташкил дод. Фарқиат дар нишондодҳо мумкин аст бо нишондодҳои гуногуни табобат алоқаманд бошад, аммо таҳлили навкардашудаи ин когорта нишон дод, ки оғоз намудани ТЗРВ барои ПИМК дар вақти ҳомилагӣ дар занҳое, ки дар онҳо монотерапияро бо зидовудин оғоз намудан мумкин аст, ҳамчунин бо хатарии баланди таваллудӣ кӯдаки норасид (28,1% дар муқоиса бо 6,2% ҳангоми монотерапия бо зидовудин) анҷом ёфт; дар ин маврид хатар бо ТЗРВ дар асоси ИП аниқ мувофиқат намуд (39% дар муқоиса бо 0% ҳангоми гузаронидани ТЗРВ бе ИП).

Лопинавир (бо ритонавир фаъолкардашуда) (калетра, алувия) дар давраи ҳомилагӣ хуб қабул карда мешавад. Ҳисоботҳои проспективии РИЗХ ягон намуд хатарии баланди нуқсонҳои модарзодии рушдро ҳангоми қабули лопинавир дар I триместри ҳомилагӣ муайян накарданд ва шумораи умумии ҳодисаҳо барои истисно намудани хатарии баланд ба зиёда аз 2 маротиба кифоя мебошад. Тадқиқотҳои фармакокинетикӣ дар ҳамон як занҳо нишон доданд, ки дар III триместр муоинаи колпоскопӣ нисбат ба II триместр ё пас аз таваллуд камтар мебошад. Дар мизочоне, ки калетраро бо вояи 133мг/33мг 3 ғилофаки 2 маротиба дар як ш/рӯз мегиранд, муоинаи колпоскопӣ дар III триместр 32% камтар буд, нисбат ба пас аз таваллуд. Ҳодисаҳои ноқоми табобат ё бесамарагии пешгирии ИМК ба қайд гирифта нашудааст; камтарин муоинаи колпоскопӣ одатан аз нишондоди мақсаднок барои

калонсолон боло меистад. Тағйирпазирии калони индивидуалӣ ба қайд гирифта шудааст; дар II триместр камтарин муоинаи колпоскопӣ мумкин аст паст бошад, нисбат ба пас аз таваллуд. Дар III триместр фоизи лопинавир ба фоизи давраи баъдитаваллудӣ баробар аст ва онро бо воситаи муваққатан баланд кардани вояи лопинавири бо ритонавир фаъолкардашуда то 533мг/133мг ба даст овардан мумкин аст.

Дар ҳабҳои калетра, нисбат ба ғилофакҳо, дастрасии биологӣ баландтар аст: муайян карда шудааст, ки ҳангоми қабули ҳабҳо фоизи лопинавир дар хуни занҳои ҳомила то 18% баландтар аст, нисбат ба қабули ғилофакҳо. Дар баробари баландшавии фоизи маводи озод дар зардбаи хун то 18%, бо сабаби пастшавии пайвастшавии доруворӣ бо сафедаҳо, ин пастшавии физиологии фоизи маводро дар III триместри ҳомилагӣ пурра ҷуброн менамояд. Бинобар ин дар III триместр аксари табибон табобатро бо вояи стандартӣ давом медиҳанд, ҳарчанд баъзеҳо онро баланд менамоянд. Вояро бо илова намудани ҳаби вояш кӯдакона (100 мг/25мг) зиёд кардан мумкин аст. Агар имконият бошад, барои муътадилгардонии табобат мониторинги нишондоди мавод дар хунро гузаронидан мувофиқи мақсад аст.

4. Ингибиторҳои интеграза

Ралтегравир. Айни замон маълумотҳои кифоя чамъ нагардидаанд, ки дар бораи бехатарӣ, тератогенӣ, тобоварӣ ва самарабахшии ралтегравир дар занони ҳомила хулосабардорӣ намоем. Фоидаи тайин намудани ин мавод барои солимии зани ҳомила ва кӯдаки ӯро ба хатари номаълум мансуб доништан лозим аст. Барои истифодаи ин мавод дар муҳлатҳои бармаҳали ҳомилагӣ (мисол, ҳангоми нишондод барои амниосентез) ва ҳамчунин ҳангоми дер мурочиат намудан барои кӯмаки тотаваллудӣ манфиати муайян вучуд дорад. Зуд паст намудани СВ, ки дар колонсолони ғайриҳомила ба назар мерасад, баъзан дар ҳомилаҳо низ қайд намудаанд. Натиҷаҳои қаблии омӯзиши фармакокинетикӣ ба фоизи кофии ралтегравир дар III триместр ва ба дохилшавии самарабахши он бо воситаи ҳамроҳак ишора менамояд (таносуби фоизи хуни ноф ва модар ба 1,0 баробар аст).

5. Ингибиторҳои якҷояшаванда

Ба Энфувиртид соли 2004 литсензия дода шудааст, ҳолатҳои истифодаи ин мавод дар вақти ҳомилагӣ нисбатан кам аст, бинобар ин маълумот дар

бораи бехатарӣ, тератогенӣ, тобоварӣ ва самарабахшӣ нокифоя аст. Бо ҳамин сабаб манфиатҳои имконпазирро аз тайин намудани энфувиртид дар вақти ҳомилагӣ ба хатарҳои номаълум мансуб доништан лозим аст. Маълумоти ҷудоғона дар бораи истифодаи бомуваффақияти энфувиртид дар занони ҳомила ҳамчун ҷузъи таботати захиравӣ ва барои пешгирии интиқоли ВНМО, ки ба якҷанд синфи маводҳо устувор аст, вучуд дорад.

Маравирок. Маълумот дар бораи бехатарӣ, тератогенӣ, тобоварӣ ва самарабахшӣ нокифоя аст, бинобар ин манфиати тайин намудани маравирокро дар вақти ҳомилагӣ ба хатарҳои номаълум мансуб доништан лозим аст. Пеш аз тайин намудани мавод, тропизми эксклюзивии вируси гардишкунандаро ба ретсепторҳои CCR-5 тасдиқ намудан зарур мебошад.

VIII. Библиография

1. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. What's New. November 2015, WHO.
2. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants. Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral_2010/en/index.html, по состоянию на 16 января 2012 г.).
2. Regional consultation on revision of clinical protocols HIV/AIDS treatment and care for the WHO European Region. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/131132/e94674.pdf, по состоянию на 16 января 2012 г.).
3. Wing C. Effects of written informed consent requirements on hiv testing rates: evidence from a natural experiment. American Journal of Public Health, 2009, 99(6):1087–1092.
4. Расширение тестирования и консультирования на ВИЧ как обязательный компонент мероприятий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Основы политики. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_testing_counseling/ru/index.html, по состоянию на 16 января 2012 г.).
5. United Kingdom National Guidelines for HIV Testing, 2008. London, British HIV Association, 2008.
6. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/ru/index.html>, по состоянию на 16 января 2012 г.).
7. Tariq S et al. Use of Zidovudine-sparing HAART in pregnant HIV-infected women in Europe, 2000–2009. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2011, 57(4) 326–333.
8. Read P et al. When should HAART be initiated in pregnancy to achieve an undetectable viral load 17th Conference on Retroviruses and

Opportunistic Infections, San Francisco, Ca, USA, 16–19 February 2010. Abstract no. #896.

9. Lallemand M et al. A trial of shortened ZDV regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type I. *New England Journal of Medicine*, 2000, 343:982–991..
14. Natarajan U et al. The safety of nevirapine in pregnancy. *HIV Medicine*, 2007, 8:64–69.
15. Ouyang DW et al. Lack of increased hepatotoxicity in HIV-infected pregnant women receiving NVP compared with other antiretrovirals. *AIDS*, 2010, 24(1):109–114.
16. Timmermans S et al. Nelfinavir and nevirapine side effects during pregnancy. *AIDS*, 2005, 19:795–799.
17. Townsend CL et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000–2006. *AIDS*, 2008, 22(8):973–981.
18. Warszawski J et al. Is intrapartum intravenous ZDV still beneficial to prevent mother-to-child HIV-1 transmission? 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 22–25 February 2005. Abstract no. 781.
19. Taylor GP et al. Pharmacological implications of prolonged in utero exposure to NVP. *Lancet*, 2000, 355:2134–2135.
20. The International Perinatal HIV Group. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS*, 2001, 15(3):357–368.
21. Nielsen-Saines K et al. phase III randomized trial of the safety and efficacy of 3 neonatal ARV regimens for prevention of intrapartum HIV-1 transmission: NICHD HPTN 040/PACTG 1043. 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 27 February–2 March 2011, Abstract no. 124LB.
22. Mandelbrot L et al. Amniocentesis and mother-to-child human immunodeficiency virus transmission in the Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hepatites Virales French Perinatal Cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009, 200(2):160–169.

23. Chasnoff IJ, Neuman K, Thornton C, Callaghan MA. Screening for substance use in pregnancy: a practical approach for the primary care physician. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184(4):752–758.
24. Контрольный перечень диагностических критериев МКБ-10. Модуль по синдромам, связанным потреблением психоактивных веществ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004г. http://www.who.int/substance_abusresearch_tools/en/russian_icd10.pdf, по состоянию на 16 января 2012 г.).
25. Rayburn WF, Bogenschutz MP. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191(6):1885–1897.
26. Department of Health and the Devolved Administrations. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London, Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2011.
27. Brown HL et al. Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179(2):459–463.
28. Chasnoff IJ et al. Screening for substance use in pregnancy: a practical approach for the primary care physician. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184(4):752–758.
29. Jones HE et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363(24):2320–2331.
30. Kakko J, Heilig M, Sarman I. Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: comparison of foetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008, 96(1–2):69–78.
31. Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 2002, 288(2):189–198.
32. Guay LA et al. Intrapartum and neonatal single-dose NVP compared with ZDV for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet*, 1999, 354:795–802.

33. Wade NA et al. Abbreviated regimens of ZDV prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339(20):1409—1414.
34. Mirochnick M et al. Predose infant NVP concentration with the two-dose intrapartum neonatal NVP regimen: association with timing of maternal intrapartum NVP dose. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 33(2):153–156.
35. The European mode of delivery collaboration. Elective caesarian-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. *Lancet*, 1999, 353:1035–1039.
36. Boer K et al. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe. *HIV Medicine*, 2010, 11(6):368–378.
37. Connor EM et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with ZDV treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331(18):1173–1180.
38. Mirochnick M et al. Nelfinavir and lamivudine pharmacokinetics during the first two weeks of life. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 2011, 30(9):769–772.
39. Kaletra (lopinavir/ritonavir) label change: serious health problems in premature babies. Washington, United States Food and Drug Administration, 2011 (<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/Safety-Information/SafetyAlertsforHuman>).
40. Chi BH et al. Intrapartum tenofovir and emtricitabine reduces low-concentration drug resistance selected by single-dose NVP for perinatal HIV prevention. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 2009, 25(11):1099–1106.
41. Hirt D et al. Population pharmacokinetics of tenofovir in HIV-1-infected pregnant women and their neonates (ANRS 12109). *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2009, 85(2):182–189.
42. Doerholt K et al. Use of neonatal enfuviride (T20) as part of prevention of mother-to-child transmission (PMTCT): a case series. 29th Annual Meeting European Society for Paediatric Infectious Diseases, The Hague, 7–11 June 2011, p.400.

43. Read JS et al. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(12):2154–2166.
44. Dunn DT et al. Estimates of the risk of HIV-1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 1992, 340:585–588.
45. Nduati R et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomized trial. *Lancet*, 2001, 357:1651–1655.
46. Coutsooudis A et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001, 15(3):379–387.
47. Fawzy A et al. Early weaning increases diarrhea morbidity and mortality among uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 203(9):1222–1230.
48. Homsy J et al. Breastfeeding, mother-to-child HIV transmission and mortality among infants born to HIV-infected women on highly active antiretroviral therapy in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 53(1):28–35.
49. Nduati R et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA*, 2000, 283(9):1167–1174.
50. Kafulafala G et al. Frequency of gastroenteritis and gastroenteritis-associated mortality with early weaning in HIV-1-uninfected children born to HIV-infected women in Malawi. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 53(1):6–13.
51. Marazzi MC et al. Increased infant human immunodeficiency virus-type one free survival at one year of age in sub-saharan Africa with maternal use of highly active antiretroviral therapy during breastfeeding. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 2009, 28(6):483–487.
52. Kilewo C et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breastfeeding by treating mothers with triple antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania: The Mitra Plus Study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52(3):406–416.
53. Peltier CA et al. Breastfeeding with maternal antiretroviral therapy or formula feeding to prevent HIV postnatal mother-to-child transmission in Rwanda. *AIDS*, 2009, 23(18):2415–2423.

54. Chasela CS et al. Maternal or infant antiretroviral drugs to reduce HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine* 2010, 362(24):2271–2281.
55. Shapiro RL, Hughes MD, Ogwu A et al. Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362(24):2282–2294.
56. Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. Taylor GP et al. British HIV Association and Children’s HIV Association position statement on infant feeding in the UK 2011. *HIV Medicine*, 2011, 12:389–393.
58. Nair P. Pharmacological management of neonatal opioid abstinence syndrome. *CNS Drugs*, 1997,8(6):448–456.
59. Johnson RE, Jones HE, Fischer G. Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate. *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 70(2 Suppl):S87–S101.
60. Finnegan LP et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addictive Diseases*, 1975, 2(1–2):141–158.
61. Osborn DA, Jeffrey H, Cole M. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2005, (3):CD002059.
62. Kraft WK et al. Revised dose schema of sublingual buprenorphine in the treatment of the neonatal opioid abstinence syndrome. *Addiction*, 2011, 106(3):574–580.
63. Kraft WK, Gibson E, Dysart K et al. Sublingual buprenorphine for treatment of neonatal abstinence syndrome: a randomized trial. *Pediatrics*, 2008, 122(3):e601–e607.
64. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendations for a public health approach (2010 version). Geneva, World Health organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html>, по состоянию на 16 января 2012 г.).

65. Martin F et al. Pregnant women with HIV infection can expect healthy survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 43(2):186–192.
66. Melekhin VV et al. Postpartum discontinuation of antiretroviral therapy and risk of maternal AIDS-defining events, non-AIDS-defining events and mortality among a cohort of HIV-1-infected women in the United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 2010, 24(5):279–286.
67. Ekouevi K et al. Maternal HIV disease progression after the interruption of triple ARV or short-course ARV prophylaxis to prevent MTCT: MTCT-Plus. 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 27 February — 2 March 2011.
68. Blanche S et al. Persistent mitochondrial dysfunction and perinatal exposure to antiretroviral nucleoside analogues. *Lancet*, 1999, 354:1084–1089.
69. Shaffer N et al. Short-course ZDV for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:773–780.
70. Cooper ER et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002, 29(5):484–494.
71. Warszawski J et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*, 2008, 22:289–299.
72. Lallemand M et al. Single-dose perinatal NVP plus standard ZDV to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351(3):217–228.
73. Clarke JR et al. Rapid development of genotypic resistance to lamivudine when combined with ZDV in pregnancy. *Journal of Medical Virology*, 1999, 59:364–368.
74. Mandelbrot L et al. Lamivudine-zidovudine combination for prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA*, 2001, 285(16):2083–2093.
75. Chappuy H et al. Maternal-foetal transfer and amniotic fluid accumulation of nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors in HIV-infected

pregnant women. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2004, 48(11):4332–4336.

76. Bershoff-Matcha SJ, Mundy LM, Henry JV. Adverse events to nevirapine therapy during pregnancy. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 8–11 February 2004, San Francisco. Abstract no. 939.
78. De Lazzari E et al. Hepatotoxicity of NVP in virologically suppressed patients according to gender and CD4 cell counts. *HIV Medicine*, 2008, 9(4):221–226.
79. Lockman S et al. Response to antiretroviral therapy after a single, peripartum dose of NVP. *New England Journal of Medicine*, 2007, 356(2):135–147.
80. McIntyre JA et al. Efficacy of short-course AZT plus 3TC to reduce NVP resistance in the prevention of mother-to-child HIV transmission: a randomized clinical trial. *PLoS Medicine*, 2009, 6(10):e1000172.
81. Chi BH et al. Single-dose tenofovir and emtricitabine for reduction of viral resistance to non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor drugs in women given intrapartum NVP for perinatal HIV prevention: an open-label randomized trial. *Lancet*, 2007, 370(9600):1698–1705.
82. Mirochnick M et al. Pharmacokinetics of nevirapine in human immunodeficiency virus type-1 infected pregnant women and their neonates. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:368–374.
83. Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. Antiretroviral Pregnancy Register International Interim Report for 1 January 1989 through 31 July 2010. 21 (2). 2011. Wilmington, NC, USA, Registry Coordinating Center.
84. Busby A et al. Preventing neural tube defects in Europe: population based study. *BMJ*, 2005, 330(7491):574–575.
85. Ford N et al. Safety of EFV in first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis of outcomes from observational cohorts. *AIDS*, 2010, 24(10):1461–1470.
86. Kakuda TN, Feys C, Witek J. Safety and pharmacokinetics of etravirine in pregnant HIV-1-infected women. *HIV Medicine*, 2011, 12(4):257–258.

87. Simon A et al. Association of prenatal and postnatal exposure to lopinavir-ritonavir and adrenal dysfunction among uninfected infants of HIV-infected mothers. *JAMA*, 2011, 306(1):70–78.
88. Tuomala RE et al. Improved obstetric outcomes and few maternal toxicities are associated with antiretroviral therapy, including highly active antiretroviral therapy during pregnancy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 38(4):449–473.
89. Watts DH et al. Maternal toxicity and pregnancy complications in human immunodeficiency virus-infected women receiving antiretroviral therapy: PACTG 316. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190(2):506–516.
90. Hitti J et al. Protease inhibitor-based antiretroviral therapy and glucose tolerance in pregnancy: AIDS Clinical Trials Group A5084. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 196(4):331.
91. Dinsmoor MJ, Forrest ST. Lack of an effect of protease inhibitor use on glucose tolerance during pregnancy. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2002, 10:187–191.
92. Tang JH et al. Effect of protease inhibitor therapy on glucose intolerance in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2006, 107(5):1115–1119.
93. Lorenzi P et al. Antiretroviral therapies in pregnancy: maternal, foetal and neonatal effects. *AIDS*, F247.
94. Grosch-Woerner I et al. Increased rate of prematurity associated with antenatal antiretroviral therapy in a German/Austrian cohort of HIV-1-infected women. *HIV Medicine*, 2008, 9(1):6–13.
95. Taylor GP, Douglas M, Smith JH. High preterm delivery rates associated with initiation of HAART during pregnancy. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2010, 7–11 November 2010, Glasgow. Abstract #158.
96. Hanlon M et al. Maternal hepatotoxicity with boosted saquinavir as part of combination ART in pregnancy. 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, 25–28 Feb 2007. Abstract no. #753.
97. Acosta EP et al. Pharmacokinetics of saquinavir plus low-dose ritonavir in human immunodeficiency virus-infected pregnant women. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2004, 48(2):430–436.

98. Van der Lugt J et al. The pharmacokinetics, safety and efficacy of boosted saquinavir tablets in HIV type-1-infected pregnant women. *Antiviral Therapy*, 2009, 14(3):443–450.
99. Wan Y. Update on potential risk of arrhythmia with saquinavir. *Drug Safety Update*, 2010, 4(5):A1.
100. Stek A et al. Reduced lopinavir exposure during pregnancy. *AIDS*, 2006, 20:1931–1939.
101. Lambert J et al. Therapeutic drug monitoring of lopinavir/ritonavir in pregnancy. *HIV Medicine*, 2011, 12(3):166–173.
102. Taylor GP et al. Comparison of total and unbound lopinavir (LPV) pharmacokinetics (PK) in HIV-infected pregnant women receiving lopinavir/ritonavir (LPV/r) soft gel capsules or tablets. 18th International AIDS Conference, Vienna, 18–23 July 2010.
103. Aweeka F et al. Lopinavir protein binding in HIV-1 infected pregnant women. *HIV Medicine*, 2010, 11:232–238.
104. Samuel M Atazanavir in pregnancy: a report of 155 cases. *HIV Medicine*, 2011, 12[Suppl 1].
105. Cance-Katz EF et al. Interactions between buprenorphine and antiretrovirals. II. The protease inhibitors nelfinavir, lopinavir/ritonavir, and ritonavir. *Clinical Infectious Diseases*, 2006, 43 Suppl 4:S235–S246.
106. Stevens RC Lack of methadone dose alterations or withdrawal symptoms during therapy with lopinavir/ritonavir. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 33(5):650–651.
107. Pinnetti C et al. Rapid HIV-RNA decline following addition of raltegravir and tenofovir to ongoing highly active antiretroviral therapy in a woman presenting with high-level HIV viraemia at week 38 of pregnancy. *Journal of Antimicrobials and Chemotherapy*, 2010, 65(9):2050–2052.
108. Colbers A et al. A comparison of the pharmacokinetics of raltegravir during pregnancy and postpartum. 12th International Workshop on Clinical Pharmacology of HIV Therapy, 13–15 April 2001, Miami.
109. HIV and Infant Feeding: A guide for health care managers and supervisors. Geneva, World Health Organization, 2003.

110. Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and pharmacotherapy. In: Nelson N, editor. Current therapy in neonatal-perinatal medicine, 2nd ed. Hamilton, Ontario, BC Decker, 1990.