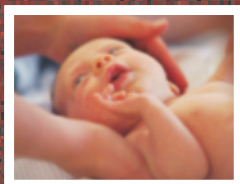


Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**İİV-in ANADAN UŞAĞA
ÖTÜRÜLMƏSİNİN
PROFİLAKTİKASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2010

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Kollegiyasının 20 dekabr 2010-cu il tarixli
31 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**İİV-in ANADAN UŞAĞA ÖTÜRÜLMƏSİNİN
PROFİLAKTİKASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2010

55.81+57.3

H 70

H 70 İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası üzrə klinik protokol. – 40 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər Proqramı əsasında tərtib edilmişdir.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

E.Alməmmədova – Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin direktor müavini

L.Məmmədova – Səhiyyə Nazirliyi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun elmi katibi

G.Hüseynova – Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Reproduktiv sağlamlıq şöbəsinin rəhbəri

G.Məmməd-zadə – Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Neonatologiya şöbəsinin rəhbəri

S.Vəliyeva – Səhiyyə Nazirliyinin Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzi, pediatr

D.Kuliyeva – Səhiyyə Nazirliyinin Respublika Gigiyena və Epidemiologiya Mərkəzi, Xüsusi təhlükəli infeksiyalar şöbəsinin həkim-epidemioloqu

Ş.İsmayılova – Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçilər:

H.Qədirova – Səhiyyə Nazirliyi Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinin direktoru, professor, t.e.d.

N.Quliyev – Səhiyyə Nazirliyi K.Y.Fərəcov adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun direktoru, professor, t.e.d.

Klinik protokol Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının Avropa Regional Bürosunun tövsiyələrinə uyğun işlənib hazırlanmışdır.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmal və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmal, yaxud • Sistemik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarnın siyahısı:

ART	– antiretrovirus terapiya
ARV	– antiretrovirus
ASI (AAİ)	– asılılığın ağırlığı indeksi
AUÖ	– İİV-in anadan uşağa ötürülməsi
AUÖP	– İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası
CYYİ	– cinsi yolla yayılan infeksiyalar
DNT	– dezoksiribonuklein turşusu
EuropASI6	– asılılığın ağırlığı indeksi, Avropa variantı 6
ƏTQNI	– əks transkriptazanın qeyri-nukleozid inhibitorları
ƏTNİ	– əks transkriptazanın nukleozid və ya nukleotid inhibitorları
XBT-10	– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
İFA	– immunoferment analizi
İİV	– insan immunçatışmazlığı virusu
İNİ	– inyeksion narkotik istifadəçiləri
KƏ	– keysəriyyə əməliyyatı
QİÇS	– qazanılmış immunoçatışmazlığı sindromu
QHT	– qeyri-hökumət təşkilatı
MSS	– mərkəzi sinir sistemi
OƏT	– opioidlə əvəzedici terapiya
Pİ	– proteaza inhibitorları
PKƏ	– planlı keysəriyyə əməliyyatı
PZR	– polimeraza zəncirvari reaksiyası
RKT	– randomizasiya olunmuş klinik tədqiqat
ÜST	– Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
v/d	– vena daxili
VY	– virus yükü
YAART	– yüksək aktiv antiretrovirus terapiya

Protokol İİV infeksiyalı hamilə qadın və yenidoğulmuş uşaqlarla iş aparan mama-ginekoloqlar, pediatrlar, neonatoloqlar, və digər tibb işçiləri üçün tərtib edilmişdir.

Pasiyent qrupu: risk qrupuna aid olan qadınlar, hamilə qadınlar, İİV-müsbət hamilə qadınlar, İİV-müsbət qadınlar, İİV-müsbət anadan doğulmuş uşaqlar.

Protokolun məqsədi:

Tibb işçilərinin insan immun çatışmazlığı virusunun anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası sahəsində bilik və bacarıqlarını dünya standartları səviyyəsinə çatdırmaqla respublikada İİV- müsbət uşaqların sayının artmasının qarşısını almaqdır.

I. ƏSAS KONSEPSİYA

- ▶ İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası (AUÖP) İİV infeksiyalı qadınlara və onların uşaqlarına fasiləsiz kompleks yardımın bir hissəsi olmalıdır. İİV-in AUÖP kompleks xidmətləri reproduktiv sağlamlığın qorunması, pediatriya, İİV-lə mübarizə xidməti, narkoloji yardım, psixoloji və sosial yardım üzrə hökumət və qeyri hökumət təşkilatları ilə əlaqədə işləməlidir.
- ▶ İnyeksion narkotiklərdən istifadə (İNİ) edən hamilə qadınlar üçün tibbi yardım, o cümlədən antiretrovirus terapiya (ART), reproduktiv sağlamlığın qorunması ilə bağlı xidmətlər, AUÖP və mama yardımını narkotikdən istifadə etməyən hamilə qadınlar üçün olduğu kimi əlçatan olmalıdır.
- ▶ Bütün tibbi sənədlər, qadının İİV statusu haqqında məlumat onun daşıyıcısı olub-olmamasından asılı olmayaraq həkim sirri prinsipinə riayət edilərək saxlanılmalıdır. Tibbi sənəd yalnız pasiyentə birbaşa yardım göstərən tibb işçisi üçün əlçatan olmalıdır. Tibb işçisinin tibbi sənədlə işi yalnız öz xidmət dairəsinə aid olan məlumatlarla məhdudlaşmalıdır.

II. ÜMUMİ MÜDDƏALAR

İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası (AUÖP) – hamiləlik dövründə, doğuş və yenidoğulmuşun qidalandırılması zamanı İİV infeksiyasının anadan uşağa keçməsinin qarşısının alınmasına yönəldilmiş profilaktik tədbirlər kompleksidir.

Hazırda AUÖP-ın effektiv üsulları mövcuddur. Bu üsulları düzgün istifadə etməklə AUÖ-ın tezliyini azaldaraq 1 – 2%-ə çatdırmaq olar (A).

- ▶ Qadının hamiləliyi və doğuşu zamanı, yenidoğulmuşun həyatının ilk həftəsində aparılan antiretrovirus profilaktika (ARV-profilaktika) (A)
- ▶ Planlı KƏ-nın aparılması (PKƏ) (A)
- ▶ Ana südü ilə qidalandırmadan imtina (A)

Hamilə qadınların antenatal xidmətlə tam əhatə edilməsi, yüksək inkişaf etmiş səhiyyə infrastrukturu, əhalinin yüksək savad səviyyəsi, infeksiyaların yayılmasının nisbətən aşağı səviyyəsi və AUÖP üzrə effektiv tədbirlərin həyata keçirilməsi körpələr arasında İİV infeksiyasının yayılmasının azalmasına imkan yaradır.

Qlobal məqsəd – BMT-nin Baş Assambleyasının İİV üzrə Xüsusi sessiyası tərəfindən 2001-ci ildə irəli sürülmüş İİV infeksiyalı körpələrin sayının 2010-cu ilə 50% endirilməsi məqsədinə uyğundur.

Avropa məqsədi – 2010-cu ilə körpələrdə İİV infeksiyasının tezliyinin azaldılmasına nail olunması (hər 100 000 diri doğulana 1 İİV infeksiyalı körpə) və İİV infeksiyalı analardan doğulmuş körpələrdə İİV infeksiyasının tezliyinin aşağı salınaraq 2%-ə çatdırılmasıdır (2004-cü ildə qəbul olunmuş Dublin Deklarasiyası).

Epidemiologiya

İnsanın immun çatışmazlığı virusunun törətdiyi İİV-infeksiyası və onun inkişafı nəticəsində insan orqanizmində yaranan qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu (QİÇS) bütün dünyada olduğu kimi, Azərbaycanda da qlobal problemlərdən biridir.

Azərbaycan İİV-ə yoluxma hallarının səviyyəsinə görə dünya üzrə sonuncu yerlərdən birini tutur. Lakin son illər ölkəmizdə İİV-ə yoluxmuş insanların sayının artması böyük narahatçılıq doğurur. Azərbaycanda ilk dəfə İİV infeksiyası 1987-ci ildə aşkar edilmişdir.

1987-ci ildən 2009-cu ilin dekabr ayınadək Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzində İİV infeksiyası təsdiq olunmuş 2224 nəfər rəsmi qeydiyyatda götürülmüşdür. Onlardan 2138 nəfəri (96,1%) Azərbaycan vətəndaşıdır. İİV-ə yoluxmuş Azərbaycan vətəndaşlarından 1799-u (84,1%) kişi, 339-u (15,9%) qadındır. 2138 nəfər Azərbaycan vətəndaşından 1376-da (64,4%) İİV-ə yoluxma inyeksion narkotik istifadəsi nəticəsində, 495-də (23,2%) heteroseksual, 16-da (0,7%) isə homoseksual kontakt nəticəsində, 20-də (0,9%) anadan uşağa keçməklə, 1-də (0,05%) donor qanının köçürülməsi nəticəsində baş vermişdir, 230 nəfərdə (10,8%) yoluxma yolu naməlumdur.

1992-ildən 2009-cu ilin 1 dekabr tarixinədək Azərbaycanda 780 ailədə İİV-ə yoluxma faktı qeydə alınmışdır. Onlardan 18 ailədə ata – ana - uşaq, 1 ailədə ana - uşaq, 166 ailədə ər - arvad, 547 ailədə yalnız kişi, 48 ailədə isə yalnız qadın yoluxmuşdur

Risk faktorları

- ▶ Seks-biznes işçiləri
- ▶ İnyeksion narkotik istifadəçiləri
- ▶ Steril olmayan tibbi avadanlıqdan və alətlərdən istifadə edilməsi (stomatoloji, mama-ginekoloji, cərrahi, endoskopik praktikada, kosmetoloji kabinetlərdə və s.)
- ▶ Müntəzəm qanköçürmə, hemodializ əməliyyatına məruz qalan pasiyentlər
- ▶ Yoxlanılmamış qanın köçürülməsi
- ▶ İİV – müsbət anadan uşağa ötürülmə

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

Z20.6 – Xəstə ilə kontakt və İİV ilə yoluxma imkanı

III. İLKİN MÜAYİNƏ

1. Hamilələrin antenatal xidmət səviyyəsində ilkin müayinəsi

Hamiləlik dövründə İİV-ə məsləhətvermə və müayinə – AUÖ-nin tezliyini aşağı salmağa imkan yaradan effektiv tibbi xidmətdir **(A)**. Səhiyyə Nazirliyinin göstərişinə görə bütün hamilə qadınlar hamiləliyin I və III-cü trimestrində bu müayinədən keçirlər.

Hamilələrin ilkin səhiyyə xidməti səviyyəsində ilk müraciəti zamanı İİV-ə müayinə aparılmalıdır **(A)**.

Yüksək risk qrupuna daxil olan hamilə qadında İİV testi mənfəi olduqda hamiləliyin ikinci və üçüncü trimestrlərində təkrar İİV-ə müayinə aparılmalıdır.

İİV-ə müayinənin keçirilməsi - İİV infeksiyasını hamilə qadınlarda hamiləliyin erkən dövründə aşkar etməyə və onlara AUÖ-nin profilaktikası üzrə tam xidmətlər kompleksini aparmağa imkan verərək İİV-in hamiləlik, doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı müddətdə anadan uşağa ötürülməsi riskini minimuma endirir **(A)**. İİV üzrə müayinə könüllü olmalıdır **(B)**. Lakin, tibb işçiləri pasiyentlərin müayinəyə cəlb edilməsinə təşəbbüs göstərməlidirlər. Qadın müayinə üçün yazılı razılıq verməlidir. Müayinədən əvvəl məsləhətvermənin aparılması və hamilənin qərarı barədə məlumat hamilənin müşahidə vərəqəsində qeyd olunmalıdır **(B)**. Qadın müayinədən imtina etmək hüququna malikdir **(B)**. Məsləhətvermə aparılmadan İİV-ə müayinə aparmaq yolverilməzdir **(B)**. İİV-ə müayinədən imtina edən hamilələr də tam antenatal qulluqla əhatə olunmalıdır **(C)**.

İİV müsbət hamilə qadınlarda CYYİ-in, C və B viruslu hepatitlərin skriningi aparılmalıdır. Skrining hamiləliyin mümkün qədər erkən dövründə aparılmalı və hamiləliyin 28 həftəsində təkrar olunmalıdır **(C)**.

İİV statusunu aşkar etmək üçün ilkin qiymətləndirməyə aşağıdakılar daxil edilməlidir:

- ▶ Müayinədən əvvəl məsləhətvermə
- ▶ İFA üsulu ilə və / və ya ekspress testlər vasitəsi ilə İİV-ə müayinə (doğuşda olan və İİV statusu barədə məlumatı olmayan qadınların müayinəsi üçün doğum evlərində ekspress testlər

mövcud olmalıdır). Müsbət nəticənin immunoblotting üsulu ilə təsdiqlənməsi;

- ▶ Müayinədən sonra məsləhətvermə, həmçinin müayinənin nəticəsindən asılı olmayaraq riskli davranışın azaldılması üzrə məsləhətlər.

Əgər qadında İİV-ə ilkin testlər müsbətdirsə, növbəti mərhələdə təsdiqedicisi müayinə Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzində aparılır. Xəstəliyin kliniki mərhələsinin müəyyən olunması və AUÖP planının tutulması İİV üzrə mütəxəssis tərəfindən həyata keçirilir.

Müayinədən əvvəl məsləhətvermənin əsas məqsədlərindən biri – qadının inyeksiyon narkotik istifadə edən cinsi partnyorundan yoluxması riskini qiymətləndirmək, və həmçinin qadının özünün hər hansı bir narkotikdən (inyeksiyon narkotiklər daxil olmaqla) istifadəsini aşkar etməkdir. Narkotiklərdən istifadə və xüsusilə onlardan asılılıq hamiləliyin gedişatına və dölün inkişafına mənfi təsir edir və hamiləlik, doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı müddətdə anaya olduğu kimi dölə/yenidoğulana da ixtisaslaşmış yardımın göstərilməsini tələb edir.

2. Məsləhətvermə

İlkin müayinə aparıldıqdan sonra, İİV infeksiyalı hamilə qadınla konkret vəziyyətlə əlaqədar aşağıda qeyd edilmiş məsələlər barədə söhbət aparmaq lazımdır:

- ▶ cinsi əlaqə zamanı İİV infeksiyası və digər CYYİ-lərin ötürülməsinin profilaktikası məqsədilə prezervativlərdən (kondomlardan) istifadə;
- ▶ İİV-in dölə/yenidoğulana ötürülməsi riski və profilaktika yolları;
- ▶ AUÖP strategiyasının bir hissəsi olan ARV profilaktikasının faydası və riski;
- ▶ B və C hepatit viruslarının perinatal ötürülməsi riski və onun azaldılması yolları (C);
- ▶ sifilisin perinatal ötürülməsi riski, İİV-in ötürülməsi riskinin azaldılması üçün sifilis, qonoreya və xlamidiozun müalicəsinin zəruriliyi (C);
- ▶ narkotiklərin dölün inkişafına təsiri, həmçinin abstinent sindrom və dərmanların təsiri (bax bölmə IV.4.2);

- ▶ narkotiklərdən asılılıq halları olarsa, narkologiya və zərərini azaldılması xidmətlərinə, həmçinin lazım olduqda əvəzedici terapiyaya istiqamətləndirmək;
- ▶ doğuş üsulunun İİV-in anadan uşağa ötürülmə riskinə təsiri, həmçinin KƏ-nin faydası və riski (A);
- ▶ uşağın qidalanması ilə bağlı tövsiyələr (bax bölmə IV.3.1) (A).

İİV infeksiyalı qadına təklif olunan tibbi yardımın mümkün olan risk və imkanları barədə tam və dəqiq məlumat çatdırıldıqdan sonra, o, hamiləliyin saxlanması və yaxud pozulması haqqında dərk edilmiş qərar verməlidir. Heç bir halda qadını hamiləliyi pozmağa təhrik etmək olmaz.

IV. AUÖP-IN ANTENATAL XİDMƏT SƏVİYYƏSİNDƏ VƏ DOĞUM EVİNDƏ APARILMASI

1. AUÖP-in üsulları

- ▶ İİV infeksiyalı qadına hamiləliyin erkən dövründə, doğuş zamanı və doğuşdan sonra ana və yenidoğulmuş uşağa zidovudinun təyin olunması süni qidalanmada olan körpələr arasında İİV-in vertikal ötürülməsinin tezliyini 25,5-dən 8,3%-ə azaldır (A).
- ▶ Ana və uşağın müalicəsində üç dərman vasitəsindən ibarət, proteazanın inhibitoru (Pİ) daxil olunan sxemdən istifadə etməklə AUÖ-nin tezliyini 0,9-1,3%-ə qədər azaltmaq mümkündür (A).
- ▶ Əgər İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası məqsədi ilə hamiləliyi KƏ yolu ilə başa çatdırmaq qərara gəlinibsə, əməliyyat hamiləliyin 38 həftəliyində aparılmalıdır və amniosentezdən uzaq durmaq lazımdır (C). Hamiləliyi KƏ yolu ilə başa çatan İİV (+) qadınlara antibiotikoprofilaktika aparılmalıdır (B).
- ▶ Antiretrovirus vasitələrlə AUÖ-nin profilaktikası aparılmayan İİV müsbət hamilə qadınlarda hamiləliyin PKƏ yolu ilə başa çatdırılması İİV-in AUÖ riskini azaldır (A).

AUÖP üçün ARV profilaktikasının təyin olunması barədə qərar antenatal xidmət göstərən tibb personalı və İİV infeksiyası üzrə mütəxəssislərin sıx əməkdaşlığı şəraitində qəbul edilməlidir (C).

Bütün İİV müsbət hamilə qadınlara hamiləlik və doğuş zamanı antiretrovirus vasitələrinin qəbul olunması tövsiyə olunur (A).

Hamilə qadın üçün profilaktik müdaxilələr aşağıda qeyd olunanlar nəzərə alınmaqla seçilir:

- ▶ ART-yə göstərişlər;
- ▶ müraciət anında hamiləliyin müddəti;
- ▶ tibb müəssisəsinin səviyyəsi (ilkin tibbi yardım müəssisəsi, ixtisaslaşmış müəssisə);
- ▶ anamnezdə ARV vasitələrindən istifadə;
- ▶ yanaşı gedən xəstəliklərin və yaxud vəziyyətlərin mövcudluğu;
- ▶ ARV vasitələrinin əldə edilməsinin mümkünlüyü.

AUÖP-in İİV infeksiyalı hamilə qadınlara təklif olunması onların narkotik istifadə edib etmədiklərindən asılı olmamalıdır.

Bir çox hallarda İİV infeksiyalı hamilə qadınları aşağıda göstərilmiş kateqoriyalardan birinə aid etmək olar:

1. Sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-yə ehtiyacı olmayan şəxslər (cədvəl 1)
2. Sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-yə ehtiyacı olan və yaxud ola biləcək şəxslər (cədvəl 2)
3. ART-ni hamiləliyə qədər başlayanlar (cədvəl 3)
4. Doğuş anınadək müvafiq xidmətlərə müraciət etməyənlər (cədvəl 4)

1.1 Sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-yə ehtiyacı olmayan İİV infeksiyalı hamilə qadınlar

Cədvəl 1. Sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-yə ehtiyacı olmayan İİV infeksiyalı hamilə qadınlar

Hamiləlik müddəti və CD4-ün sayı	Hamiləlik zamanı ARV profilaktikasının aparılması	Doğuş zamanı ARV profilaktika	Doğuşdan sonra ARV profilaktika	Doğuş üsulu
24—28 həftə CD4 sayı > 350/mkl	<i>Əgər virus yükünü müəyyən etmək mümkündürsə (VY) və $\leq 10\,000$ nüsxə/ml təşkil edir və pasiyent əvvəl zidovudin qəbul etməyibsə</i>			
	Zidovudin 300 mq daxilə gündə 2 dəfə. Hemoqlobinin səviyyəsinə nəzarət edin (A).	Planlı KƏ zamanı (PKƏ): yalnız zidovudinin qəbuluna davam etmək ¹ . Əgər təbii doğuş PKƏ planlaşdırıldığı vaxtdan əvvəl başlanarsa: Zidovudin 300 mq ¹ uşaq doğulana qədər hər 3 saatdan bir + lamivudin 150 mq daxilə gündə 2 dəfə + nevirapin 200 mq doğuşun əvvəlində bir dəfə	Doğuş zamanı nevirapinlə* (ən məsləhətli seçim)	Ana: Zidovudin 300 mq + lamivu-din 150 mq doğuşdan sonra 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxilə ² Uşaq: Zidovudin (sirop) 4 mq/kq + lamivudin 2 mq/kq 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxilə ³ + nevirapin 2 mq /kq doğuşdan sonra bir dəfə
			Doğuş zamanı nevirapin-siz	Ana: Zidovudinin qəbulunu dayandırmaq, Uşaq: Zidovudin (sirop) 4 mq/kq 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxilə ³ . Həyatının ilk 8 saati ərzində başlamaq

Əgər VY müəyyən etmək mümkün deyilsə və yaxud VY >10 000 nüsxə/ml təşkil edir və yaxud qadın əvvəllər zidovudin qəbul edibsə			
Zidovudin 300 mq +lamivudin 150 mq +lopinavir/ritonavir 400/100 mq gündə 2 dəfə daxil ⁵	Eyni sxemi uşaq doğulana qədər davam etmək	Ana: Doğuşdan sonra bütün preparatların qəbulunu dayandırmaq Uşaq: Zidovudin (sirop) 4 mq/kq 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxil. (A) Doğuşdan sonra ilk 8 saat ərzində başlamaq	Əgər 36 – 38-ci həftədə VY <1000 nüsxə/ml, təbii doğuşu gözləmə taktikası ⁶ Əgər 36 – 38-ci həftədə VY >1000 nüsxə/ml, 38-ci həftədə PKƏ aparmaq. Əgər VY müəyyən etmək imkanı yoxdursa və YAART-ya riayət olunması 95% aşağıdırsa, 38-ci həftədə PKƏ aparmaq. Əgər VY-ni müəyyən etmək imkanı yoxdursa və YAART rejiminə əməl etmək 95% yuxarıdırsa təbii doğuşu gözləmək ⁶

Qeydlər:

¹Əgər zidovudin v/d yeridilməsi mümkündürsə, zidovudinin infuziyasını PKƏ-dən 4 saat əvvəl başlamaq lazımdır (2 mq/kq ilk saat ərzində, sonra 1 mq/kq/saat göbək ciyəsi kəsilənədək.

²Zidovudin + lamivudin doğuş zamanı və doğuşdan sonra 7 gün ərzində ana və uşaqda nevirapinə davamlılığın (rezistentlik) inkişafı riskini azaltmaq üçün təyin edilir. Əgər ana nevirapin qəbul etməyibsə, PKƏ-dən dərhal sonra ART-ni dayandırmaq lazımdır.

³Əgər ana hamiləlik zamanı ARV profilaktikasını 4 həftədən az alıbsa, uşaq zidovudini 4 həftə qəbul etməlidir. Vaxtından əvvəl yenidoğulanlara zidovudin 1,5 mq/kq dozada v/d və ya 2,0 mq/kq dozada daxil təyin edilir.

⁴Doğuşun üsulu barədə son qərarı qadın KƏ-nin risk və üstünlükləri, təbii yolla doğuş barədə məlumat aldıqdan sonra qəbul etməlidir. Təbii doğuş zamanı invaziv mama müdaxilələrindən, xüsusilə də dölün başına elektrodun qoyulmasından və epiziotomiyadan çəkinmək lazımdır.

⁵Hamiləliklə əlaqədar ağırlaşmalar səbəbindən müalicə rejiminə əməl etməklə bağlı problemlər meydana çıxa bilər.

⁶İnvaziv mama müdaxilələri, xüsusilə də dölün başına elektrodun qoyulmasından və epiziotomiyadan çəkinmək lazımdır. Epiziotomiyayı yalnız ciddi mamalıq göstərişləri olduqda həyata keçirmək olar.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

1.2. Sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-yə ehtiyacı olan və yaxud ola biləcək İİV infeksiyalı qadınlar

Əgər hamilə qadında öz sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-nin keçirilməsi üçün göstəriş varsa, lakin o hələ də terapiya almayıbsa, birinci sıra yüksək aktiv antiretrovirus terapiyanı (YAART) təyin etmək lazımdır. Birinci sıra terapiya kimi və AUÖ profilaktikası üçün zidovudin, lamivudin və nevirapin kombinasiyasını istifadə etmək tövsiyə edilir. Sağlamlığın saxlanması üçün bu qadınlarda ART-ni hamiləlikdən sonra da davam etmək lazımdır.

Cədvəl 2. Sağlamlıq vəziyyəti ilə əlaqədar ART-yə ehtiyacı olan və yaxud ola biləcək İİV infeksiyalı qadınlar

Hamiləliyin müddəti və CD4-ün sayı	Hamiləlik və doğuş zamanı ARV profilaktikası	Doğuşdan sonra ARV profilaktikası	Doğuş üsulu
Hamiləliyin istənilən dövründə CD4-ün sayı <200/mkl	Zidovudin 300 mq ¹ + lamivudin 150 mq + nevirapin 200 mq ² gündə 2 dəfə daxilə Qeydlər: Başlanğıc doza nevirapin 200 mq gündə bir dəfə, 2 həftədən sonra gündə 2 dəfə 200 mq. Qara ciyər fermentlərinin aktivliyini müalicəyə başlamazdan əvvəl, müalicə başladıqdan 2 və 4 həftə sonra və daha sonra 4 həftədə bir dəfə müəyyən etmək.	Ana: Həmin sxem ilə müalicəni davam etdirmək. Uşaq: Zidovudin (sirop) 4 mq/kq 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxilə ³ . Doğuşdan sonra ilk 8 saat ərzində başlamaq.	Əgər 36 – 38-ci həftədə VY <1000 nüsxə/ml, təbii doğuşu gözləmə taktikası məqsədəuyğundur. ⁴ Əgər 36—38-ci həftədə VY >1000 nüsxə/ml, 38-ci həftədə PKƏ aparmaq. Əgər VY-ni müəyyən etmək imkanı yoxdursa və ART rejiminə riayət 95%-dən aşağıdırsa PKƏ-ni 38-ci həftədə aparmaq. Əgər VY-ni müəyyən etmək imkanı yoxdursa, və YAART rejiminə riayət 95%-dən yuxarıdırsa, təbii
Hamiləliyin istənilən dövründə CD4-ün sayı 200 - 350/mkl	Zidovudin 300 mq + lamivudin 150 mq + lopinavir/ritonavir 400/100 mq gündə 2 dəfə daxilə Və/ ya Anemiya zamanı və ya zidovudinin	Ana: ART-nin doğuşdan sonra davam edilməsi haqda qərar kliniki və immunoloji göstəricilərə əsaslanmalıdır, çünki hamiləlik zamanı fizioloji dəyişikliklərə	

	mənimsənilməməsi (keçirilməməsi) halda zidovudini tenofovirlə əvəz etmək lazımdır: tenofovir + lamivudin + lopinavir/ritonavir	görə (dövrən edən plazmanın həcmnin artması-hemodilusiya) CD4 limfositlərin səviyyəsi müvəqqəti olaraq aşağı düşə bilər, doğuşdan sonra isə bərpa olunur. Uşaq: Zidovudin (sirop) 4 mq/kq 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxil ³ . Doğuşdan sonra ilk 8 saat ərzində başlamaq.	yolla doğuşu gözləmə taktikası
--	--	--	--------------------------------

Qeydlər:

¹Hemoqlobinin səviyyəsini diqqətlə izləmək lazımdır. Anemiya zamanı və ya zidovudinin qəbulu fəsadlarla müşayiət olunduqda zidovudini tenofovir ilə əvəz etmək olar.

²CD4 sayı >250/mkl olduğu zaman nevirapinin hepatotoksik riski əhəmiyyətli dərəcədə artır, bununla əlaqədar olaraq, onu Pİ ilə əvəz etmək məsləhətdir.

³Əgər ana hamiləlik zamanı ARV profilaktikasını 4 həftədən az alıbsa, uşaq zidovudini 4 həftə qəbul etməlidir.

Vaxtından tez yenidoğulanlara zidovudin 1,5 mq/kq v/d və yaxud 2,0 mq/kq dozalarında daxilə təyin edilir.

⁴Doğuşun üsulu barədə son qərarı qadın KƏ-nin risk və üstünlükləri və təbii yolla doğuş barədə məsləhətvermədən sonra qəbul etməlidir. Təbii doğuş zamanı invaziv mama müdaxilələri, xüsusilə də dölnün başına elektrodun qoyulmasından və epiziotomiyadan çəkinmək lazımdır. Epiziotomiyayı yalnız ciddi mama göstərişləri olduqda həyata keçirmək lazımdır

1.3. ART-ni hamiləliyə qədər başlamış İİV infeksiyalı hamilə qadınlar

Cədvəl 3. ART-ni hamiləliyə qədər başlamış İİV infeksiyalı hamilə qadınlar

Hamiləliyin müddəti	Hamiləlik və doğuş zamanı ARV profilaktikası	Doğuşdan sonra ARV profilaktikası	Doğuş üsulu
Hamiləliyin istənilən dövründə	Tərkibində efavirenz olmayan cari ART sxeminin qəbulunu davam etdirmək. Əgər sxemə efavirenz ¹ daxildirsə, və qadın hamiləliyinin ilk üç ayında dırsa, efavirenzli lopinavir /ritonavir 400/100 mq əvəz etmək olar; CD4 <250/mkl olduğu halda, nevirapin təyin etmək olar ² İkinci sıra sxemlərin üstünlüyü onlarla əlaqədar riskdən yüksəkdir. Bu sxem üzrə müalicəni hamiləlik, doğuş vaxtı və doğuşdan sonra davam etdirmək lazımdır.	Ana: Müalicəni doğuşdan sonra eyni sxemlə davam etdirmək. Uşaq: Zidovudin (sirop) 4 mq/kq 7 gün ərzində gündə 2 dəfə daxilə Doğulandan sonra ilk 8 saat ərzində başlamaq. Vaxtından tez doğulanlar üçün zidovudin dozası 1,5 mq/kq v/d və ya 2,0 mq/kq daxilə.	Əgər 36—38-ci həftədə VY <1000 nüsxə/ml, təbii yolla doğuşu gözləmə taktikası məqsədəuyğundur. ³ Əgər 36—38-ci həftədə VY >1000 nüsxə/ml, PKƏ-ni 38-ci həftədə keçirin. Əgər VY-ni müəyyən etmək imkanı yoxdursa və ART rejiminə riayət 95%-dən aşağıdırsa PKƏ-ni 38-ci həftədə aparmaq. Əgər VY-ni müəyyən etmək imkanı yoxdursa, və YAART rejiminə riayət 95%-dən yuxarıdırsa, təbii yolla doğuşu gözləmə taktikası

Qeydlər:

¹Efavirenzin hamiləliyin ilk üç ayında qəbulu zamanı dölnün sinir borusunun defekti halları təsvir edilmişdir. Efavirenzin qəbulunu mayalanmadan əvvəl dayandırmaq lazım olmasına baxmayaraq, onun digər ARV vasitəsilə əvəz edilməsi qərarı haqda ətraflı düşünülməlidir. Döldə sinir borusunun formalaşması hamiləliyin altıncı həftəsində başa çatır və dərman vasitələrinin əvəz edilməsi VY-nin artması ilə nəticələnə bilər.

²CD4 >250/mkl olduğu halda nevirapinin hepatoksikliyi əhəmiyyətli dərəcədə artır; dozalara yuxarıda cədvəl 2-də bax.

³Doğuşun üsulu barədə son qərarı qadın KƏ-nin risk və üstünlükləri və təbii yolla doğuş barədə məsləhətvermədən sonra qəbul etməlidir. Təbii doğuş zamanı invaziv mama müdaxilələri, xüsusilə də dölnün başına elektrodun qoyulmasından və epiziotomiyadan çəkinmək lazımdır. Epiziotomiyayı yalnız ciddi mama göstərişləri olduqda həyata keçirmək lazımdır.

1.4. İlk dəfə doğuş zamanı yardım üçün müraciət edən İİV infeksiyalı hamilələr qadınlar

Doğuşdan əvvəl yardım almamış hamilələr, çox vaxt əhalinin həssas qrupuna aiddirlər. Yüksək İİV infeksiyası riski olması ilə əlaqədar bu kimi hamilələrdə onların İİV statusunu qiymətləndirmək vacibdir (**B**). Bu hallarda qadınlara ekspress-müayinədən keçmək təklif olunur. İİV-ə ekspress-müayinədən keçirilməsindən əvvəl, qadına müayinədən əvvəl məsləhət və ekspress-müayinənin nəticələri alındıqdan sonra isə müayinədən sonrakı məsləhət keçirilməlidir.

Pasiyent testin keçirilməsinə məlumatlandırılmış razılıq verdikdən sonra ekspress-müayinə keçirilir.

Müayinə nəticələrinin açıqlanması:

- ▶ Ekspress müayinənin mənfi nəticəsi İİV infeksiyasının olmamağı kimi qiymətləndirilir. Əgər hamiləliyin son 3 ayı ərzində infeksiya riski mövcuddursa, qadına İİV-ə təkrar müayinədən keçmək məsləhət görülür.
- ▶ Müsbət nəticə İİV infeksiyasının mövcudluğunu təsdiq edən ilkin nəticə hesab edilir.

İİV-ə ekspress müayinənin müsbət nəticəsi olduğu halda, məsləhətçi qadına başa salmalıdır ki, İİV-ə aparılan ekspress müayinənin nəticəsi ilkin olmasına baxmayaraq, ona və onun uşağına virusun ötürülməsi riskinin azalması üçün virusa qarşı dərman vasitələri qəbul etmək lazımdır. Müayinədən sonra məsləhətvermə aparılır.

Məsləhətvermə və müayinə məxfilik prinsiplərinə uyğun olaraq keçirilir.

- ▶ Qadınla onun İİV statusu barədə partnyoru, qohum və ya yaxın tanışlarını məlumatlandırmaq imkanı müzakirə edilir.
- ▶ Qadın ona və uşağına ARV profilaktikasının keçirilməsinə razılıq verdiyi təqdirdə, o məlumatlandırılmış razılığı imzalayır.
- ▶ Ekspress müayinə ilə eyni zamanda qanın İİV-ə İFA üsulu ilə standart yoxlanması həyata keçirilməlidir.
- ▶ Müayinədən sonrakı məsləhətvermə İİV-ə testin İFA və immunoblotting üsulu ilə aparılmış müayinənin nəticəsini aldıqdan sonra aparılmalıdır.

- Təsdiqedicə müayinələrin nəticələrinin ana və uşağın xəstəxanadan evə yazılmasından əvvəl məlum olmasına çalışmaq lazımdır.

Cədvəl 4. Doğuş anında yardım üçün ilk dəfə müraciət edən İİV infeksiyalı hamilə qadınlar (hamiləlik zamanı ART qəbul etməmişlər)

Klinikaya daxil olma zamanı	Doğuş zamanı ARV profilaktika	Doğuşdan sonra ARV profilaktika	Doğuş üsulları
Doğuş zamanı	Zidovudin 300 mq uşağın doğumundan əvvəl hər 3 saatda + lamivudin 150 mq doğuş başlayanda və sonra uşaq doğulana qədər hər 12 saat + nevirapin 200 mq doğuş prosesi zamanı 1 dəfə	Ana ¹ : zidovudin 300 mq + lamivudin 150 mq doğuşdan sonra 7 gün ərzində gündə 2 dəfə. Uşaq ² : zidovudin (sirop) ³ 4 mq/kq 4 həftə ərzində gündə 2 dəfə + lamivudin 2 mq/kq 4 həftə ərzində gündə 2 dəfə + nevirapin 2 mq/kq bir dəfə; Doğulduqdan sonra 48 – 72 saat ərzində başlamaq ⁴	Təbii doğuş ⁵ . İnvaziv mama müdaxilələri, xüsusilə də dölün başına elektrodun qoyulmasından və epiziotomiyadan çəkinmək lazımdır.

Qeydlər:

¹ART-nin sonrakı taktikası və doğuş zamanı İİV infeksiyası aşkar olunmuş qadınların aparılması, CD4-ün sayı, VY və kliniki müayinənin nəticələrindən asılı olacaqdır (müayinələr doğuşdan dərhal sonra aparılmalıdır).

²Əgər ana doğuş zamanı zidovudin və lamivudinlə profilaktika alıbsa, uşağa zidovudin və lamivudini doğulduqdan sonra 8–12 saat arasında vermək lazımdır, və əgər ana doğuş zamanı ARV profilaktikası almayıbsa, o zaman qeyd olunan dərman vasitələrinin qəbuluna doğulandan sonra mümkün qədər tez başlamaq lazımdır.

³Vaxtından tez yenidoğulanlar üçün zidovudin dozası 1,5 mq/kq v/d və yaxud 2,0 mq/kq daxilə təşkil etməlidir.

⁴Əgər ana nevirapin qəbul etməyib və yaxud nevirapinin qəbulundan uşağın doğulmasına gədər iki saatdan az vaxt keçibsə, nevirapinin bir dozasını uşağa doğulduqdan dərhal sonra, ikinci dozani isə həyatının 72-ci saatında vermək lazımdır.

⁵Əgər aktiv doğuş fəaliyyəti qeyd olunmursa və döl qışaları tamdırsa, KƏ-ni təklif etmək olar.

İİV(+) hamilələrdən olan yenidoğulmuşlar doğulan gündən ART almalıdırlar (A).

1.5. Aktiv vərəmi olan İİV infeksiyalı hamilə qadınlarda AUÖP

Aktiv vərəmi olan İİV infeksiyalı hamilə qadınlarda ilk növbədə vərəmin müalicəsini aparmaq lazımdır.

- ▶ Vərəmə qarşı birinci sıra dərman vasitələrinin əksəriyyəti hamiləlik zamanı istifadə edilərkən təhlükəsizdir. Döl üçün ototoksik olan streptomisin istisna təşkil edir. Bu dərman vasitəsini hamiləlik (meninqitli pasiyentlər istisna olmaqla) və ana südü ilə qidalandırma zamanı (uşaqlarda ciddi əks təsirlər mümkündür) istifadə etmək olmaz. Bundan başqa, rifampisin və etambutol kimi dərman vasitələrindən hamiləliyin birinci trimestrində istifadə etmək məsləhət görülmür.
- ▶ Əgər vərəmin müalicəsi uzun müddətlidirsə, AUÖ-nin ARV profilaktikası vərəmə qarşı aparılan müalicə fonunda keçirilir.
- ▶ Tərkibində nevirapin olan ART sxemləri dərmanların qarşılıqlı təsiri səbəbindən rifampisinlə birgə təyin olunmamalıdır.
- ▶ AUÖP üçün ART sxemi daxilində Pİ (lopinavir/ritonavir) qəbul edən İİV infeksiyalı hamilə qadına, vərəmin müalicəsi zamanı rifampisinə təhlükəsiz alternativ kimi rifabutini günəşırı 150 mq dozada (və yaxud həftədə 3 dəfə) təyin etmək olar, belə ki, rifabutini YAART sxemində Pİ-nin istifadəsinə imkan yaradır.
- ▶ Əgər rifampisin əvəzinə rifabutini istifadə olunursa, AUÖP üçün ART sxemləri yuxarıda təsvir edildiyi kimi eyni olaraq qalır. Rifabutinin səviyyəsi lopinavir/ritonavirin fonunda yüksələ bilər, ona görə bəzən rifabutinin dozasını azaltmaq tələb olunur.
- ▶ Qaraciyər fermentlərinin aktivliyinə diqqətlə nəzarət etmək lazımdır.

2. İnyeksion narkotik qəbul edən İİV infeksiyalı hamilələrin aparılması

Narkotik qəbul edən hamilələrdə ağırlaşma riski yüksəkdir. Belə qadınların aparılması zamanı, narkotik asılılığın hamiləliyə, dölə və onların fərdi sağlamlığına mümkün mənfi təsirlərini nəzərə almaq lazımdır (cədvəl 6).

Narkotik qəbul edən hamilələr narkoloqla birgə aparılmalıdır.

2.1. Yardımın təşkili

İV infeksiyalı İNİ hamilə qadınların effektiv aparılması üçün onları hamiləliyin ən ilk mərhələsindən tibbi yardım xidmətlərinə cəlb etmək və hamiləliyin bütün müddəti ərzində onlara lazım olan xidmətləri göstərən müəssisələrin əlçatarlığını təmin etmək lazımdır. Strategiyanın əsasını antenatal, doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı yardım xidmətlərinin əsas rol oynadığı kompleks yanaşma təşkil edir.

Aşağıda göstərilən xidmətlərlə əməkdaşlıq etmək lazımdır:

- ▶ İNİ hamilə qadınları antenatal xidmət müəssisələrinə yönləndirən narkotiklərin zərərinin azaldılması xidmətləri göstərən QHT-lər;
- ▶ Respublika narkoloji dispanseri – narkotik asılılığın müalicəsi üzrə mütəxəssislər (bütün hamiləlik zamanı)
- ▶ Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzi;
- ▶ Psixoloji və sosial dəstək xidmətləri.

2.2. Hamilə qadınlarda narkotik asılılığın və abstinensiya simptomlarının qiymətləndirilməsi

Çox vaxt pasiyentlər qeyri-qanuni narkotiklərdən istifadə etdiklərini gizlədirlər. Narkotik qəbul etdikləri faktını qəbul edən qadınlarda və bunu inkar edən, lakin inyeksiya izləri və yaxud şübhəli simptomları olan qadınlarda əlavə müayinə keçirmək lazımdır.

Narkotikdən istifadə edən qadınlar, çox vaxt eyni zamanda bir neçə psixoaktiv maddədən (nikotindən, alkoqoldan, marixuanadan, opioiddən, kokaindən, “ekstazi”, digər amfetaminlərdən, benzodiazepinlərdən) asılılıqdan əziyyət çəkirlər. Bəzən psixoaktiv maddələrin istifadəsinin əlamətlərini/simptomlarını və abstinent sindromunu aşkar etmək çətin olur. Hamiləliyin kliniki əlamətlərini və hamiləliyin ağırlaşma simptomlarını narkotiklərin istifadə və abstinent sindromu səbəbindən olan simptomlardan ayırmaq vacibdir.

Cədvəl 5. Konkret psixoaktiv maddədən asılı olaraq hamilə qadınlarda abstinent sindromunun əlamətləri/simptomları

Maddə	Əlamətləri/Simptomları
Alkoqol	Qıcıqlanma, tremor, yuxu pozğunluğu, taxikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi, ürəkbulanma, midriaz, qıcolma
Delta 9 – tetrahidrokannabinol (çətənə: marixuana, həşiş)	Narahatçılıq, qıcıqlanma, lənglik, əsəbilik, yuxusuzluq, ürəkbulanma, spazmlar
Tütün (məs., siqaretlərdə)	Qıcıqlanma, narahatçılıq, diqqətin konsentrasiyasının pozulması, tapşırıqların əməl olunmasında çətinliklər, həyacan, aclıq hissi, çəkinin artması, yuxunun pozulması, siqaret çəkməyə meyllilik, yuxululuq
Trankvilizator və yuxu dərmanı: Alprazolam, barbituratlar, xlordiazepoksid, diazepam, flurazepam, qlutetimid, meprobat, metakvalon və digərləri	Tremor, yuxusuzluq, tez-tez kirpik vurma, intoksikasion psixoz, qıcolmalar, həyacan, narahatçılıq, əzələ spazmları, yuxunun pozulması, arterial təzyiqin yüksəlməsi, qızdırma, iştahın pozulması
Psixostimulyatorlar: metamfetaminlər, kokain, metilfenidat, fenmetrazin, dimetiltriptamin, fensiklidin	Əzələlərdə ağrı, qarında ağrı, aclıq hissi, uzunmüddətli yuxu, sui-qəsd fikirləri, bradikardiya, preparatlara meyllilik, depressiya
Opioidlər: kodein/oksikodon, heroin hidromorfon, tripelenamin	Qripəbənzər sindrom, qıcıqlanma, midriaz, qarında spazmlar, yuxusuzluq, həyacan, preparata meyllilik, taxikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi

Narkotik istifadə edən qadınların müəyyən qismi narkotik asılılıqdan əziyyət çəkmir. Belə ki, narkotikdən asılılıq, pasiyentin aparılma strategiyasına təsir edir, və onu aşkar edib qiymətləndirmək çox vacibdir.

2.3 Hamiləlik zamanı psixoaktiv maddələrin təsiri və abstinent sindromu

Abstinensiyanın simptomları cədvəl 5-də göstərilmişdir, hamiləliyin gedişatına, dölə və yenidoğulana psixoaktiv maddələrin təsiri isə cədvəl 6-da təsvir edilmişdir.

Cədvəl 6. Psixoaktiv maddələrin dölə, yenidoğulana və hamiləliyin gedişatına təsiri

Maddə	Təsir
Alkoqol	Öz-özünə törənən abort, mikrocefaliya, boy artmasının gecikməsi, MSS tərəfindən pozulma, psixi inkişafın gecikməsi və davranış pozğunluğu daxil olmaqla, beyin-üz anomaliyaları (gözün uclarında göz qapaqların bitişməsi, üst dodağın hipoplaziyası, üst çənənin hipoplaziyası).
Tütün (məsələn siqaretlərdə)	İnkişaf qüsurları yaratmır, inkişafın ana bətnində gecikməsi (doğuş zamanı bədən çəkisinin defisiti 200 qr. az), vaxtından əvvəl doğuş, ciftin görünməsi, ciftin vaxtından əvvəl laylanması.
Delta-9-tetrahidrokannabinol (çətənə: mariyuana, həşiş)	İnkişaf qüsurları yaratmır, doğuş müddətdən 0,8 həftə öncə, müvafiq olaraq doğuş zamanı bədən çəkisinin aşağı olması, kiçik davranış pozuntuları.
Psixostimulyatorlar: piylənmənin müalicəsi üçün vasitələr, metamfetamin, kokain, metilfenidat, fenmetrazin	Öz-özlüyünə abort, dölün hiperaktivliliyi, inkişaf qüsurları (ürək qüsuru, öd yollarının atreziyası), davranış pozğunluğu, sidik yollarının anomaliyası, inkişafın gecikməsinin assimetrik forması, ciftin vaxtından əvvəl laylanması, infarkt və digər kəllə beyinin zədələri, dölün ana bətnində ölməsi, yenidoğulanda nekrotik enterokolit.
Narkotiklər: kodein, heroin, hidromorfon, meperidin, morfin, opioid, pentazosin, tripelenamin	İnkişaf qüsursuz ana bətnində inkişafın gecikməsi, dölün aktivliyinin artması ilə abstinent sindromu, nəfəs alma çətinliyi, döl ətrafı suların vaxtından əvvəl axması, vaxtından əvvəl doğuş, döl ətrafı sularda mekon qarışımı, perinatal ölüm.

2.4. Narkotik asılılıq zamanı məsləhət və müalicə

Məsləhətvermə — narkotik asılılıqdan əziyyət çəkən, İİV infeksiyalı hamilə qadınlara göstərilən tibbi yardımın mütləq hissəsidir. Xüsusi olaraq aşağıdakıları qeyd etmək lazımdır:

- ▶ narkotiklərin dölə və yenidoğulana ziyanı;
- ▶ opioidlə əvəzedici terapiyanın (OƏT) ana və dölün sağlamlığına faydası;

- ▶ tibbi və psixoloji dəstək olmadan, nəzarət olunmayan narkotiklərdən çəkilmə cəhdləri zamanı döldə stress riski¹;
- ▶ əvəzedici terapiya zamanı hamiləliyin opioidin dəstəkləyici dozasına təsiri və onun artırılmasına ehtimal²;
- ▶ opioid əvəzedicisi və AUÖP üçün ARV-vasitələri arasında qarşılıqlı təsir;
- ▶ OƏT və ART rejiminə əməl etmək.

2.5. Hamiləlik zamanı opioidlə əvəzedici terapiya (OƏT)

Əgər hamilə qadın opioidlərdən istifadə edirsə və onda asılılıq meyarları müəyyən olursa, risk məsələləri və OƏT-in faydası barədə məsləhətvermə aparmaq lazımdır, və həmçinin müalicə və təyinatların əməl olunmasına razılıq almaq lazımdır. OƏT narkoloji xidmət tərəfindən təyin olunur. Müalicənin aparılma yeri Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən müəyyən edilir.

2.5.1. Metadonla əvəzedici terapiya

Hal hazırda metadon, opioid asılılığı olan hamilələrdə OƏT üçün əsas dərman vasitəsi kimi məsləhət görülür.

Metadonla ARV dərman vasitələrinin arasında qarşılıqlı təsir

Hamilə qadınlarda metadonla ARV dərman vasitələrinin qarşılıqlı təsiri digər pasiyentlərdə olduğu kimidir. Əgər AUÖP sxeminin tərkibində hamilə ƏTQNİ alırsa (nevirapin və yaxud efavirenz), metadonun dozasını artırmaq lazımdır, çünki ƏTQNİ metadonun konsentrasiyasını əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır və bu da abstinensiya simptomları yarada bilər.

Abstinent sindromu adətən nevirapinin qəbuluna başladıqdan 4 – 8 gün sonra inkişaf edir.

Metadon əhəmiyyətli dərəcədə zidovudinun (43% qədər) konsentrasiyasını artırır ki, bu da əks təsirlərin riskini yüksəldir. Bununla əlaqədar, pasiyentlərə əsaslı surətdə nəzarət etmək lazımdır.

¹Qadına dölün də abstinensiyadan əziyyət çəkəcəyini başa salmaq vacibdir.

²Pasiyentin dozanın artırılmasına etiraz etməməsi üçün, ona dozanın artmasının uşağa asılılıq yaratmayacağını başa salmaq lazımdır.

2.6. Doğuş zamanı gəlmiş və antenatal qulluq almamış narkotik asılılığı olan İİV infeksiyalı qadınların aparılması

Narkotik istifadə edən hamilələrin çoxu, antenatal xidmət üçün müraciət etmirlər və doğum evinə birbaşa doğuşdan əvvəl və yaxud doğuş zamanı daxil olurlar. Bu hallarda, doğum evi personalı aşağıdakı tədbirləri görməyə hazır olmalıdır:

- ▶ narkotik asılılığı qiymətləndirmək və qiymətləndirmənin nəticələrini neonatoloqa bildirmək;
- ▶ əgər hamilənin İİV statusu məlum deyilsə və yaxud hamiləlik zamanı mənfi olubsa (son müayinədən 3 aydan çox vaxt keçibsə) İİV üzrə ekspress müayinə keçirmək;
- ▶ abstinent sindromunun müalicəsini təyin etmək;
- ▶ məsləhət görülür ki, əgər ehtiyac olarsa və imkan varsa OƏT-i başlamaq;
- ▶ narkotiklərin hamiləliyin gedişatına və yenidogoğulana təsiri haqqında və həmçinin müalicənin seçiminə dair məsləhət vermə aparmaq.

Narkotik asılılığı olan İİV infeksiyalı qadınlarda AUÖP digər qadınlarda olduğu kimi eyni qaydalarla keçirilməlidir (hamiləlik zamanı ARV profilaktikası almayan İİV infeksiyalı qadınlar üçün sxemlər yuxarıda cədvəl 4-də verilib). Doğuşun əvvəlində və yaxud doğum evinə gələn zaman ARV dərman vasitələri təyin olunmuş opioid asılılığından əziyyət çəkən qadınlara abstinensiyanın qabağını almaq üçün metadonun yetəri qədər dozaları lazımdır.

2.6.1. Ağrısızlaşdırma

Ağrısızlaşdırma doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı müddətdə, əsasən də KƏ-dən sonra xüsusi diqqət tələb edir. Opioid asılılığı olan qadınlarda onu digər hamilə və təzəcə doğmuş qadınlardakı kimi edirlər. Ağrını aradan qaldırmaq üçün ağrıkəsicilərin daha yuxarı dozaları tələb oluna bilər.

Əgər mümkündürsə, epidural anesteziyanı doğuşun ən erkən mərhələsində keçirmək lazımdır; onu erkən doğuşdan sonrakı mərhələdə, xüsusilə də KƏ-dən sonra təkrar etmək olar.

3. Zahılıq dövrünün aparılması

Doğuşdan sonrakı müddətdə medikamentoz AUÖP sxemləri yuxarıda 1 – 4 cədvəllərində təsvir edilmişdir. Bütün İİV infeksiyalı qadınlara evə yazılmazdan əvvəl uşağın qidalanması və kontrasepsiya haqqında məsləhət vermək lazımdır.

3.1. Qidalanma üzrə məsləhət

Hətta perinatal ARV profilaktikası keçirildiyi halda belə uşaqda ana südü ilə qidalanma zamanı İİV-infeksiyası ilə yoluxmağa böyük risk qalır. Araşdırmalara əsasən, İİV-in ana südü ilə qidalanma zamanı ötürülməsi risk qrupuna daxil olan uşaqlarda 14% təşkil edir. Süni qidalanma aşağıdakı şərtlərə uyğun olarsa ÜST İİV infeksiyalı qadınlara ana südü ilə qidalanmadan tamamilə imtina etməyi məsləhət görür: mümkünlük, maliyyə əlverişliyi, sabitlik və təhlükəsizlik (bax əlavə 1). Digər hallarda, həyatının ilk aylarında uşağı yalnız ana südü ilə qidalanma və sonra yuxarıda sadalanan şərtlərə əməl etmək imkanı yaranan kimi süni qidalanmaya keçmək məsləhət görülür. Məlumatlara görə, doğuşdan sonra ilk üç ayda yalnız ana südü ilə qidalanma zamanı İİV-in ötürülmə riski qarışıq qidalanmada olduğundan azdır, bu səbəbdən sonuncunu (qarışıq qidalanmanı) istifadə etmək məsləhət görülmür.

Qidalanma ilə əlaqədar məsləhət zamanı, xüsusi diqqəti İİV-in döş ilə qidalanma zamanı ötürülməsi riskinə və süni qidalanmaya keçmək üçün məsləhətlərə ayırmaq lazımdır. Həmçinin qeyd etmək lazımdır ki, uşaq süni yolla qidalandığı zaman ona döş vermək lazım deyil və uşaq üçün süd qarışımının necə düzgün hazırlayıb verməyi başa salmaq lazımdır. Doğuşdan sonra iki həftə ərzində qadın uşaq poliklinikasına uşağın düzgün qidalandırılmasını yoxlamaq və mümkün problemləri kənarlaşdırmaqda kömək üçün qəbula gəlməlidir.

3.2. Doğuşdan sonra kontrasepsiya üzrə məsləhət

Prezervativlərdən (kondomlardan) istifadə arzuolunmaz hamiləliyin olmamağı üçün və İİV-in ötürülməsinin profilaktikası üçün məsləhət görülən üsul kimi qalır. Laktasion amenoreya üsulunu ana südü ilə qidalanma məsləhət görülmədiyi üçün kontrasepsiya üsulu kimi məsləhət görmək olmaz.

4. Yenidoğulanlara doğum evində baxılması

4.1. Yenidoğulanların İİV infeksiyası üzrə laboratoriya diaqnostikası

İlk dəfə İİV-in DNT-si üçün PZR-i doğuşdan sonra 48 saat ərzində keçirmək lazımdır. Göbək qanı onun tərkibində ananın qanının olması mümkünlüyündən müayinə üçün yararlı deyil. Müsbət nəticə uşağın böyük ehtimalla yoluxmuş olduğunu bildirir. İİV-in DNT-si üzrə ikinci araşdırma uşağın həyatının 6 – 8-ci həftəsində birinci araşdırmanın nəticələrindən asılı olmayaraq keçirilməlidir. Əgər PZR-in aparılması əlçatar deyilsə, 15 – 18 ay yaşında İİV-ə qarşı anticisimlərin aşkar edilmə müayinəsi keçirmək və ardınca nəticəni immunoblottingdə təsdiqləmək tövsiyə edilir.

Uşağın İİV-ə yoxlanması ilə paralel olaraq, ona baxanlarla da məsləhət keçirmək, testin nəticələrini müzakirə etmək və uşağın İİV statusunu birdəfəlik aydınlaşdırmaq üçün əlavə araşdırmaya ehtiyac olduğunu başa salmaq lazımdır.

4.2. Narkotik asılılıq və abstinent sindromlu yenidoğulanların aparılması

4.2.1. Kliniki müayinə

Ana bətnində opioidin təsirinə məruz qalan yenidoğulanların 50-80%-də abstinent sindromu müşahidə olunur (adətən həyatının ilk 24-72 saatında). Lakin, medikamentoz müalicə tələb edən ağır simptomlar bu uşaqların yalnız 5-20%-də müşahidə olunur. Metadonun abstinent sindromu adətən 4 gündən artıq çəkmir.

Yenidoğulanlarda abstinent sindromunun simptomlarının ağırlılığı və davamlılığı ilə fərqlənir və aşağıdakıları daxil edir:

- ▶ tremor, əzələ hipertonusu, narahatçılıq, yuxunun pozulması, davamlı ağlama, hiperrefleksiya;
- ▶ tez tez qusma, öyümə, diareya;
- ▶ taxipnoe;
- ▶ kiçik simptomlar: qızdırma, asqırma, tərləmə, burnun tutulması, əsnəmə.

Abstinent simptomlu, anası narkotikdən istifadə etmiş və yaxud etməsi şübhəli olan yenidoğulanda abstinent sindromunun ağırlılığını hər 4 saatdan bir qiymətləndirmək lazımdır. Ağırlılığın qiymətləndirilməsini eyni sistem ilə keçirmək lazımdır (bax əlavə 2).

Bu qiymətləndirmənin əsasında abstinent sindromunun müalicəsi üçün dərman vasitələrinin dozaları seçilir (bax cədvəl 7).

4.2.2. Yenidoğulmuşlarda abstinent sindromunun müalicəsi

Yenidoğulanlarda asbtinent sindromunun müalicəsinin əsas məqsədi – ona rahatlıq, təmizləyici yuxu və qida təmin etməkdir; müalicə bütün simptomların kənarlaşdırılması ilə nəticələnir. Müalicə mərhələlərlə, neonatoloq, sahə pediatri və ya ailə həkimi tərəfindən narkoloqla birlikdə aparılır.

► Birinci mərhələ - dəstəkləyici terapiya: sakit mühit (sakit yer, tutqun işıqlandırma, bərk bələmə, qolda və yaxud çarpayıda yırğalamaq), uşağın tez-tez porsiyalarla yedizdirilməsi (tələb olunduqca), ətraf mühitdə kəskin dəyişikliyin olmamağı. Əgər simptomlar güclənirsə, ikinci mərhələyə keçirlər.

► İkinci mərhələ - dərmanlarla müalicə. Seçim üçün dərman vasitəsi – fenobarbitalın məhluludur. Əgər bu dərman vasitəsi effekt vermirsə və yaxud qıcolmalar müşahidə olunursa, onun əvəzinə morfin məhlulu təyin edilir. Dərman vasitələrinin müalicəvi dozaları abstinent sindromunun ballarla qiymətləndirilməsindən asılı olaraq dəyişilir (cədvəl 7)

Bəzən çox güclü öyümə müşahidə oluna bilər; bu halda müvəqqəti olaraq təyin olunmuş dərman vasitələrini xlorpromazınla əvəz etmək lazımdır (2 – 3 mq/kq/gündə 3 – 4 dəfə ə/d).

Cədvəl 7. Yenidoğulanlarda abstinent sindromunun müalicəsi üçün dərman vasitələrinin terapevtik dozaları

Abstinent sindromunun ağırlığı (ballarla)	Doza	
	Fenobarbital	Morfin
8 – 10	6 mq/kq/ gündə 3 dəfə	0,32 mq/kq/ gündə 4 dəfə
11 – 13	8 mq/kq/ gündə 3 dəfə	0,48 mq/kq/ gündə 4dəfə
14 – 16	10 mq/kq/ gündə 3 dəfə	0,64 mq/kq/ gündə 4dəfə
17+	12 mq/kq/ gündə 3 dəfə	0,80 mq/kq/ gündə 4 dəfə

Yenidoğulanlar üçün AUÖP-ın hissəsi kimi təyin olunan ARV-vasitələrilə yenidoğulanlarda abstinent sindromunu müalicə etmək üçün təyin olunan dərman vasitələri arasında qarşılıqlı əlaqə hələ öyrənilməyib.

4.3. İmmunizasiya

İİV təsirinə ana bətnində məruz qalan və İİV-infeksiyası simptomu olmayan uşaqların hamısına doğum evində digər yenidoğulanlara olunduğu kimi eyni qrafik ilə vərəmə qarşı peyvənd (BCJ) vurmaq lazımdır.

Digər peyvəndlər milli immunizasiya proqramına əsasən həyata keçirilir.

Sonrakı yardımı almaq üçün təyinat

İİV-ə yoluxan qadınlar, yenidoğulanlar və onların ailələri daimi çox-profilli yardım almalıdırlar. Buna aşağıdakılar daxildir:

- ✓ yenidoğulana pediatrik yardım, həmçininin həyatının birinci ilində opportunistik infeksiyaların profilaktikası üçün göstəriş olarsa YAART;
- ✓ ana üçün doğuşdan sonra kontrasepsiya;
- ✓ İİV zamanı müalicə və yardım;
- ✓ narkotik asılılığın müalicəsi və narkotiklərin zərərini azaltmaq proqramları çərçivəsində yardım.

Müvafiq nəzarətin təmin olunması və sonrakı yardımın göstərilməsi üçün, doğum evində ana və uşağın ART-sinə dair ətraflı məlumatlarla çıxarış tərtib olunmalıdır. Bu çıxarışı pasiyentin və yenidoğulanın həkiminə təqdim etmək lazımdır. İİV müsbət körpələr QİCS mərkəzində qeydiyyatda alınır və sahə-pediatri və ya ailə həkimi ilə birgə nəzarət edirlər.

V. TİBB MÜƏSSİSƏLƏRİNDƏ TOPLANMASI MƏSLƏHƏT OLUNAN MƏLUMATLARIN MİNİMAL SİYAHISI

Aşağıda verilmiş məlumatlar hər bir tibb müəssisəsində mütəmadi əsasda toplanmalıdır (məs., ayda, kvartalda və yaxud yarım ildə bir dəfə).

Antenatal xidmət müəssisələrində:

- ▶ Hamilələrin sayı;
- ▶ İİV testindən keçmiş hamilələrin sayı;

- ▶ İİV testinin müsbət nəticəsi olan hamilələrin sayı;
- ▶ Tibbi abort keçirilmiş İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ Hamiləlik zamanı ARV profilaktikası qəbul edən İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ İnyeksiyon narkotiklər qəbul edən və opioid asılılığından əziyyət çəkən İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ OƏT qəbul edən İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ OƏT və ARV profilaktikası qəbul edən İİV infeksiyalı hamilələrin sayı.

Doğum evində:

- ▶ Daxil olmuş İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ Hamiləlik zamanı İİV testindən keçməmiş daxil olan hamilələrin sayı;
 - ✓ onlardan neçəsində İİV-ə ekspress müayinə keçirilmişdir;
 - ✓ onlardan neçəsində müsbət cavab alınmışdır;
- ▶ Hamiləlik zamanı ARV profilaktikası almayan İİV infeksiyalı qadınların sayı;
- ▶ Doğuş zamanı ARV profilaktikası qəbul edən İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ İnyeksiyon narkotik istifadə edən və opioid asılılığı olan İİV infeksiyalı qadınların sayı;
 - ✓ onlardan neçəsi doğuş zamanı OƏT qəbul edib;
- ▶ Təbii yolla doğan İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ KƏ aparılan İİV infeksiyalı hamilələrin sayı;
- ▶ İİV infeksiyalı analardan doğulmuş yenidoğulanların sayı;
 - ✓ onlardan neçəsi ARV profilaktikası alıb;
 - ✓ onlardan neçəsi süni qidalanmada olublar;
 - ✓ onlardan neçəsi yalnız ana südü ilə qidalanıblar;
- ▶ İİV infeksiyalı analardan doğulan və PZR üsulu ilə diaqnoz qoyulmuş İİV infeksiyalı yenidoğulanların sayı;
- ▶ opioid asılılığı olan analardan doğulan yenidoğulanların sayı;
- ▶ abstinent sindromunun müalicəsini alan yenidoğulanların sayı.

Süni qidalandırmanın qəbul oluna bilən, mümkünlüyünün, maliyyə əlverişliliyinin, sabitliyinin və təhlükəsizliyinin müəyyən olunması

Qəbul oluna bilən.

Qəbul oluna bilən o deməkdir ki, yəni qadın süni qidalandırmaya qarşı yönəldilmiş sosial və yaxud mədəni təzyiqlə məruz qalmır və onun süni qidalandırma barəsində qərarı ailə və ətrafdakılar tərəfindən dəstəklənir və yaxud da o, ana südü ilə qidalandırmaya təkid göstərən ailə və dostlara qarşı müqavimət göstərə biləcək və süni qidalanma stiqləşməsinin öhdəsindən gələ biləcəkdir.

Mümkünlük.

Ananın (və onun ailəsinin) süd qarışımı hazırlamağa və uşağı gündə 8-12 dəfə yetəri qədər qidalandırmaya zamanı, biliyi, bacarığı və digər imkanları vardır. Ana süd qarışımı hazırlamaq üzrə təlimatı anlamağa və onlara əməl etməyə qadirdir; onun yaxınları tərəfindən dəstəyi var ki, bu da ona süd qarışığını düzgün hazırlamağa və uşağı gecə və gündüz qidalandırmaya imkan verəcəkdir, baxmayaraq ki, uşağa qulluq onu məişət işlərindən ayıracaq.

Maliyyə əlverişliliyi.

Ana (və onun ailəsi) ictimai təşkilatlar və yaxud səhiyyə sisteminin (əgər lazımdırsa) dəstəyi ilə ana südünün əvəzedicilərini almaq, hazırlamaq və istifadə etmək, və həmçinin süni qidalanma ilə əlaqədar digər xərcləri (yanacaq, təmiz su, sabun, digər ləvazimatlar), ailənin sağlamlığına və qidalanmasına zərər gətirmədən ödəyə bilir. Maliyyə əlverişliliyi anlayışı həmçinin (lazım olarsa) uşağın diareyası zamanı tibbi yardıma və müalicəsinə xərclər tələb olunduqda onların ödənilmə imkanının olması deməkdir.

Sabitlik.

Süni qidalanma üçün lazım olan bütün inqrediyent və məhsulların mütəmadi və fasiləsiz təchizat və etibarlı paylaşdırılması sistemi; bunlar uşağın onlara ehtiyacı olduğu müddət ərzində əl çatan

olmalıdırlar, – bir yaşadək və yaxud daha böyük olana qədər. Bu, qarışımın tapılmamağının və yaxud maliyə imkanı daxilində olmamağı ehtimalının uşağı olmasıdır. Bundan başqa, fasiləsizlik anlayışı ana olmadıqda digər bir insanın hər zaman qarışığı hazırlaya bilməsi və uşağı qidalandırması deməkdir.

Təhlükəsizlik.

Süni qidalanma üçün süd qarışığı gigiyena normalarına əməl edərək hazırlanır və düzgün saxlanılır; uşaq onu gigiyena tələblərini nəzərə alaraq yetəri qədər qəbul edir (əllərin yuyulması və təmiz butulka, və yaxud daha yaxşısı, fincan). Təhlükəsizlik, ana və yaxud uşağa baxan digər insanın:

- ▶ təmiz su mənbəyindən istifadə imkanı var (su kəməri və yaxud digər etibarlı mənbədən);
- ▶ yararlı və tərkibində infeksiyon xəstəliklərin törədiciləri olmayan qarışığı hazırlayır;
- ▶ əllərini və qabları sabun ilə əsaslı şəkildə yumaq imkanı və mütəmadi olaraq uşağın qidalandırılmasında istifadə olunan ləvazimatların sterilliyini təmin etmək üçün onları qaynatmaq imkanı var;
- ▶ uşaq hər dəfə qidalandırıldığı zaman süd qarışığının hazırlanması üçün suyu qaynatmaq imkanına malikdir;
- ▶ quru qarışığı təmiz, həşəratlar, gəmirici və digər heyvanlardan qorunan bağlı konteynerdə saxlamaq imkanı mövcuddur.

Əgər bu şərtlərə əməl etmək imkanı yoxdursa uşağı həyatının ilk aylarında yalnız ana südü ilə qidalandırmaq və imkan olan kimi süni qidalanmaya keçmək məsləhət görülür. İİV infeksiyalı anaya onun həyat şəraitinə ən uyğun olan düzgün seçimi etməkdə və daha sonra da qəbul edilmiş qərarı həyata keçirməkdə kömək etmək lazımdır. Qadına yerli şəraiti nəzərə alaraq qidalandırmanın hər bir metodunun risk və üstünlükləri haqda məsləhət vermək lazımdır. Qadının hansı növ qidalandırmanı seçməsindən asılı olmayaraq, ona uşağı düzgün və təhlükəsiz qidalandırmaqda kömək etmək lazımdır.

Yenidoğulanlarda abstinent sindromunun ağırlığının ballarla qiymətləndirmək

Cədvəl 8. Yenidoğulanlarda abstinent sindromunun ağırlığının ballarla qiymətləndirilməsi

Əlamət və yaxud sindromlar	Ballar
<i>MSS tərəfindən pozulmalar</i>	
Güclü ağlama	2
Davamlı güclü ağlama	3
Qidalanmadan sonra <1 saat yuxu	3
Qidalanmadan sonra <2 saat yuxu	2
Qidalanmadan sonra <3 saat yuxu	1
Artmış Moro refleksi	2
Kəskin artmış Moro refleksi	3
Həyacan zamanı yüngül tremor	1
Həyacan zamanı mülayim və güclü tremor	2
Dinlik vəziyyətində yüngül tremor	3
Dinlik vəziyyətində mülayim və güclü tremor	4
Əzələlərin hipertonusu	2
Ekskorsiyalar (xüsusi sahələr)	1
Mioklonlar	3
Yayılmış qıcolmalar	5
<i>Metabolik, vazomotor, nəfəs alma pozulmaları</i>	
Tərlilik	1
Qızdırma 37,2-38,2°C	1
Qızdırma 38,4°C və yuxarı	2
Tez tez əsnəmə (>3-4 dəfə)	1
Dərinin mərmərvəri olması	1
Burnun tutulması	1
Asqırma >3-4 dəfə	1
Burun qanadlarının körüklənməsi(qanadlarının gərilməsi)	2
Nəfəs almanın tezliyi 1 dəqiqədə 60-dan çox	1
Nəfəs almanın tezliyi 1 dəqiqədə 60-dan çox, döş qəfəsinin elastik hissələrinin daxilə dartılması ilə	2
<i>Həzm yolu pozulması</i>	
Hədsiz acgöz sorma	1
Qidalanma zamanı ləng sorma, tez doyma	2
Tez-tez qaytarma	2
Fontanla qaytarma	3
Duru nəcis	2

Ədəbiyyat:

1. 2004 report on the global AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2004 (http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/GAR2004_00_en.htm, accessed 24 July 2006).
2. Bartlett JA et al. An updated systematic overview of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-infected adults. *12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 22—25 February 2005* (www.thebody.com/confs/retro2005/pdfs/croi_586.pdf, accessed 19 June 2006).
3. Broekmans JF et al. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with low incidence. *The European Respirator Journal*, 2002, 19(4):765—775.
4. Brown HL et al. Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179(2):459—463.
5. Browne R et al. Outcomes of planned vaginal delivery of HIV-positive women managed in a multi-disciplinary setting. British HIV Association/British Association for Sexual Health and HIV, Dublin, 20-23 April 2005.
6. *Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction*. Rockville, MD, United States Center for Substance Abuse Treatment, 2004.
7. Chaisilwattana P et al. Short-course therapy with zidovudine plus lamivudine for prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 in Thailand. *Clinical and Infectious Diseases*, 2002, 35(11):1405—1413.
8. Chasnoff IJ et al. Screening for substance use in pregnancy: a practical approach for the primary care physician. *American Journal of Obstetrics and Genecology*, 2001, 184(4):752—758.
9. Cooper ER et al. After AIDS Clinical Trial 076: the changing pattern of zidovudine use during pregnancy, and subsequent reduction in the vertical transmission of human immunodeficiency virus in a cohort of infected women and their infants. *Journal of Infectious Diseases* 1996, 174:1207—1211.
10. 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, 29:484—494.
11. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). *Pregnancy and drug misuse update 2000: proceedings: seminar organized by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg, France, 29—30 May 2000*. Strasbourg, Council of Europe, 2000.
 12. Coutsooudis A et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, 1999, 354(9177):471—476.
 13. Dabis F et al. A short course of zidovudine + peripartum nevirapine is highly efficacious in preventing mother-to-child transmission of HIV-1: the ANRS 1201 DITRAME Plus study. *10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 10—14 February 2003* (Abstract 854).
 14. Dabis F et al. Effectiveness of a short course of zidovudine + lamivudine and peripartum nevirapine to prevent HIV-1 mother-to-child transmission: the ANRS DITRAME Plus trial, Abidjan, Cote d'Ivoire. *Antiviral Therapy*, 2003, 8 (Suppl. 1):S236—S237.
 15. Dabis F et al. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo controlled multicentre trial. *The Lancet*, 1999, 353(9155):786—792.
 16. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. New York, United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS, 25—27 June 2001 (http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf, accessed 24 July 2006).
 17. De Cock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 2000, 283(9):1175—1182.
 18. Department of Health Scottish Office, Department of Health Welsh Office, Department of Health and Social Services of Northern Ireland. *Drug misuse and dependence — guidelines on clinical management*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1999 (http://www.atforum.com/SiteRoot/pages/addiction_resources/UK%20Methadone%20Guidelines.pdf, accessed 19 June 2006).

19. Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA*, 2002, 288:189—198.
20. Dunn DT et al. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *The Lancet*, 1992, 340:585—588.
21. Eshleman et al. Characterization of nevirapine resistance mutations in women with subtype A vs. D HIV-1 6—8 weeks after single-dose nevirapine (HIVNET 012). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 2004, 35(2):126—130.
22. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2005 (No. 71; http://www.euroHIV.org/reports/index_reports_eng.htm, accessed 24 July 2006).
23. Finnegan et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addictive Diseases International Journal*, 1975, 2(1):141—158.
24. Fisher G et al. Treatment of opioid dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction*, 2000, 95(2):239—244.
25. Giuliano M et al. Selection of resistance mutations in pregnant women receiving zidovudine and lamivudine to prevent HIV perinatal transmission. *AIDS*, 2003, 17(10):1570—1572.
26. Guay LA et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *The Lancet*, 1999, 354(9181):795-802.
27. *HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors*. Geneva, WHO, 2003.
28. Jackson JB et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomized trial. *The Lancet*, 2003, 362(9387):859—868.
29. Kandall SR. *Improving treatment for drug-exposed infants*. Rockville, MD, United States Center for Substance Abuse Treatment, 1993 (Treatment Improvement Protocol Series, No. 5; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.chapter.24127>, accessed 1 June 2006).

30. Lallemand M et al. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. *The New England Journal of Medicine*, 2000, 343(14):982—991.
31. La Porte C et al. Pharmacokinetics of two adjusted dose regimens of loINĀvir/ritonavir in combination with rifampicin in healthy volunteers. *42nd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Diego, 27—30 September 2002* (Abstract A-1823).
32. Leroy V et al. Twenty-four month efficacy of a maternal short-course zidovudine regimen to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. *AIDS*, 2002, 16(4):631—641.
33. Leroy V et al. International multicentre polled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *The Lancet*, 1998, 352:597—600.
34. Mayaux MJ et al. Acceptability and impact of zidovudine for prevention of mother-to-child human immunodeficiency virus type - 1 transmission in France. *The Journal of Pediatrics*, 1997, 131:857—862.
35. Mandelbrot L et al. Lamivudine-zidovudine combination for prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA*, 2001, 285(16):2083—2093.
36. *Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs*. Rockville, MD, United States Center for Substance Abuse Treatment, 2005 (Treatment Improvement Protocol Series, No. 43; www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.chapter.82676, accessed 1 June 2006).
37. Miotti PG et al. HIV transmission through breastfeeding: a study in Malawi. *JAMA*, 1999, 282(8):744—749.
38. Moodley D et al. A multicentre randomized controlled trial of nevirāNĒ versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(5):725—735.
39. Nair P. Pharmacological management of neonatal opioid abstinence syndrome. *CNS Drugs*, 1997, 8(6):448—456.
40. Patel A et al. To study the safety and antiretroviral efficacy of

- rifampicin and efavirenz in antiretroviral naïve tuberculosis coinfecting HIV-1 patients in India. *10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 10–14 February 2003* (Abstract 138).
41. Pedral-Samapio D et al. Efficacy of efavirenz 600 mg dose in the ARV therapy regimen for HIV patients receiving rifampicin in the treatment of tuberculosis. *10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 10-14 February 2003* (Abstract 784).
 42. Pregnancy categories (*web page*). U.S. Food and Drug Administration, *FDA Consumer magazine*, Rockville, MD, United States, May-June 2001
(www.fda.gov/fdac/features/2001/301_preg.html, 06 October 2006).
 43. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2003.
 44. Rayburn WF, Bogenschutz MP. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191(6):1885–1897.
 45. Read P et al. Does zidovudine monotherapy in pregnancy predispose to the emergence of resistance? *HIV Medicine*, 2006, 7(Suppl. 1).
 46. Ribera A, Azuaje C, Montero F. Saquinavir, ritonavir, didanosine, and lamivudine in a once daily regimen for HIV infection in patients with rifampicin-containing anti-tuberculosis treatment. *XIV International AIDS Conference, Barcelona, 7–12 July 2002* (Abstract ThPeB 7280).
 47. Shaffer N et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial: Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *The Lancet*, 1999, 353(9155):773-780.
 48. Scheduled Caesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, 73(3):279–281.
 49. Stern JO et al. A comprehensive hepatic safety analysis of nevirapine in different populations of HIV infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 34:S21–S33.
 50. *Strategic approaches to the prevention of HIV infection in infants: report of a WHO meeting, Morges, Switzerland, 20-22 March 2002*. Geneva, WHO, 2003
(www.who.int/HIV/pub/mtct/en/StrategicApproachesE.pdf, accessed

7 June 2004).

51. *Strategic framework for the prevention of HIV infection in infants in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (www.euro.who.int/childhealthdev/manuals/manualstop, accessed 06 October 2006).
52. Taha TE et al. Short post-exposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomized clinical trial. *The Lancet*, 2003, 362(9391):1171—1177.
53. Thorne C, Newell ML. Are girls more at risk of intrauterine-acquired HIV infection than boys? *AIDS*, 2004, 18(2):344—347.
54. Therapeutic and other interventions to reduce the risk of mother-to-child transmission of HIV-1 in Europe: the European Collaborative Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 105:704—709.
55. The European Mode of Delivery Collaboration. Prelabour caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. *The Lancet*, 1999, 353:1035—1039.
56. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 — a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *The New England Journal of Medicine*, 1999, 340:977—987.
57. The Petra study team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 2002, 359(9313):1178—1186.
58. United States Centers for Disease Control. Updated guidelines for the use of rifabutin or rifamínĩ for the treatment and prevention of tuberculosis among HIV-infected patients taking protease inhibitors or nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49(9):185—189.
59. Vyankandondera J et al. Reducing risk of HIV-1 transmission from mother to infant through breastfeeding using antiretroviral prophylaxis in infants (SIMBA). *2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13—16 July 2003* (Abstract LB7).
60. Wiktor SZ et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomized trial. *The Lancet*, 1999, 353(9155):781—785.