

HIV INFEKTSIOONI PERINATAALSE ÜLEKANDE PROFÜLAKTIKA

HIV-positiivse naise raseduse juhtimine peab toimuma günekoloogi ja infektsionisti koostöös. Rasedal on vajalik välja selgitada HIV infektsiooni staadium ja spetsiifilise viirusevastase ravi (antiretroviirusravi=ARV ravi) alustamise (või ravi muutmise) vajadus.

Antiretroviirusravi HIV perinataalse ülekande vältimiseks

HIV perinataalse ülekande risk ilma antiretroviirusravita on keskmiselt 25%. Antiretroviirusravi rakendamise, õige sünnitusviisi valiku ja rinnaga toitmise loobumise korral on riski võimalik vähendada ühe protsendini. Kõige olulisemaks ülesandeks on saavutada ARV raviga sünnituse ajaks maksimaalne viiruse supressioon (viiruskoormus < 20 koopia/ ml), mis oluliselt vähendab perinataalse nakkuse riski. Antiretroviirusravimid on näidustatud kõikidele rasedatele sõltumata viiruskoormusest ja CD4 väärtusest. Kui naine ise ei vaja oma infektsiooni tõttu veel ARV ravi, siis raseduse ajal on antiretroviirusravimite kasutamine vajalik nakkuse vertikaalse ülekande vältimiseks.

1. Rase, kes ei ole varem saanud ARV ravi

Kõikidele rasedatele on näidustatud kombineeritud ARV raviskeem, esmavalikuna sidovudiini (ZDV) ja lamivudiini (3TC) kombinatsioon *Combivir* ja lopinaviiri(LPV) ning ritonaviiri (r) kombinatsioon *Kaletra*.

ARV ravi alustatakse raseduse 12.nädalast. Kliinilistel näidustustel võib ARV raviga alustada kohe raseduse alguses (diagnoosimise järgselt) ja jätkata kuni sünnituseni. Juhul kui rase ilmub arstile hiljem kui 12.rasedusnädalal, tuleb alustada antiretroviirusraviga kohe.

Viiruskoormust tuleb rasedal hinnata ARV ravi alustamise järel 2-4 nädala pärast ja edaspidi iga kuu kuni viiruskoormus on langenud alla määratava taseme (<20 koopia/ml), edaspidi vähemalt iga 3 kuu järel ja 34.-36.rasedusnädalal, et valida sünnitusviis.

Viiruskoormuse jälgimine on vajalik, et veenduda raseda ravikuulekuses ja viiruse supressioonis. Probleemide korral on vajalik raseda korduv nõustamine ja vajadusel ravi korrigeerimine.

Vaginaalne sünnitus

- HIV positiivne rase, kes on antepartumis korralikult ravitud ja kelle HIV RNA on sünnituse ajaks < 20 koopia/ml **ei vaja sünnituse ajal intravenooset (i.v.) ZDV profülaktikat**

Kõikidele HIV positiivsetele rasedatele, kes on antepartumis ravitud, kuid kelle HIV RNA on sünnituse ajaks >20 koopiat/ml, manustada sünnitustegevuse

alguses i.v. ZDV 2mg/kg/1tunni jooksul ja edasi kuni lapse sündimiseni i.v ZDV 1mg/kg/ tunnis

Keisrilõige

- On näidustatud kui raseda HIV RNA > 1000 koopiat/ml või raseda HIV RNA on teadmata
- i.v. ZDV alustatakse 3 tundi enne keisrilõiget
- Suukaudne ARV lõpetatakse enne keisrilõiget ja jätkatakse vajadusel esimesel võimalusel peale operatsiooni

Vastsündinu

Suukaudset ZDV 4 mg/kg iga 12 tunni järel. Juhul kui suukaudne manustamine pole võimalik, siis i.v. 1,5 mg/kg iga 6 tunni järel.

Vastsündinu profülaktikat tuleb alustada 6-12 tundi pärast sünnitust. Profülaktika kestus on 4-6 nädalat.

Enneaegsetele vastsündinutele:

- Gestatsioonivanus < 35 kuni 30 nädalat : suu kaudu ZDV 2,0 mg/kg iga 12 tunni järel või i.v. 1,5 mg/kg iga 12 tunni järel. Alates 2.elunädalast 2mg/kg iga 8 tunni järel. Profülaktika kestus on 4-6 nädalat.
- Gestatsioonivanus <30 nädalat: suu kaudu ZDV 2,0 mg/kg iga 12 tunni järel või i.v. 1,5 mg/kg iga 12 tunni järel. Alates 4.elunädalast 2mg/kg iga 8 tunni järel. Profülaktika kestus on 4-6 nädalat.

Peale sünnitust hindab infektsionist HIV positiivsel naisel ARV ravi jätkamise vajadust ja juhul kui see pole näidustatud, siis ARV ravi lõpetatakse.

2. Rase, kes on enne rasedust ARV ravil

Raseduse eel saadud ARV ravi jätkub raseduse ajal. Raseduse ajal kasutatakse kombinatsioonis hea platsentaarbarjääri läbimisvõimega nukleosiidseid pöördtranskriptaasi inhibiitoreid: sidovudiin (eelistatult), lamivudiin, tenofoviir, emtritsitabiin, abakaviir.

Viiruskoormuse hindamine, sünnitusaegne ARV ravi ja vastsündinu ravi on sama kui rasedal, kes enne rasedust ARV ravi ei ole saanud (vaata punkt 1).

Peale sünnitust ARV ravi kindlasti jätkub.

3. Sünnitajale, kes pole raseduse ajal saanud ARV ravimeid

Sünnituse ajal i.v. ZDV 2 mg/kg/ 1 tunni vältel, seejärel pideva i.v. infusioonina 1 mg/kg tunnis kuni sünnituseni.

Vastsündinul alustada suukaudset sidovudiini profülaktikat sünnitusmajas ja konsulteerida infektsionistiga kombineeritud antiretroviirprofülaktika kasutamise

vajaduse osas. Kombineeritud antiretroviirusprofülaktika on näidustatud vertikaalse transmissiooni kõrge riski korral: rasedal teadaolev kõrge viiruskoormus, vaginaalne või komplitseeritud sünnitus, invasiivsete meetodite kasutamine sünnitusel. Juhul kui vastsündinu vajab kombineeritud ARV profülaktikat, teha seda statsionaaris. Peale sünnitust hindab infektsionist HIV positiivsel naisel ARV ravi jätkamise vajadust.

Sünnituse viis

1. HIV-positiivne rase > 36. rasedusnädalal, kes pole saanud ARV profülaktikat ning kelle viiruskoormus ja CD4 väärtus pole teada

sünnitus plaanilise keisrilõike teel 38. rasedusnädalal.

2. HIV-positiivne rase, kes saab ARV profülaktikat, kuid kellel viiruskoormus on 36. rasedusnädalal >1000 koopiat/ml

plaaniline keisrilõige 38. rasedusnädalal.

3. HIV-positiivne rase, kes saab ARV profülaktikat ja kelle viiruskoormus on 36. nädalal alla 1000 koopiat/ml

Keisrilõike eelis sel juhul ei ole tõestatud. Sünnituse viis otsustada individuaalselt kaaludes keisrilõike kasu ja riski vahel. Vaginaalse sünnituse korral vähendada veeta perioodi pikkust ning võimalusel vältida invasiivseid protseduure (elektroodid, tangid, vaakumekstraktsioon või lahklihalõige).

4. HIV-positiivne, kes saabub käimasoleva sünnitusega või pärast lootevete puhkemist

Sünnituse viis otsustada individuaalselt (kiire kulu korral eelistada vaginaalset sünnitust). Kui emakakaela avanemine on minimaalne ning eeldada võib pikemaajalist sünnitust, võib teha keisrilõike, et lühendada veeta perioodi. Kui lootevete puhkemisest on möödunud > 4 tundi, on keisrilõike efekt HIV transmissiooni riski vähendamisel tunduvalt väiksem.

Vastsündinu jälgimine

Vastsündinu võimaliku nakatumise diagnoosimiseks teha viroloogiline uuring HIV RNA-le PCR meetodil 2.-3.elunädalal (kui on HIV infektsiooni kliiniline kahtlus, siis kohe esimestel elupäevadel).

Vastsündinu rinnaga toitmine on vastunäidustatud.

BCG-d vastsündinul ei teostata kuni on selgitatud kas laps on nakatunud.

B hepatiidi vaktsineerimine on lubatud.

Koostanud:

Eesti Infektsioonhaiguste Selts 2013. a