

НЕОНАТАЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

(клинический протокол)

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Введение	3
Список сокращений	4
Актуальность	5
Клиническая картина	5
Оценка тяжести неонатального абстинентного синдрома	6
Дифференциальная диагностика	6
Лечение	7
Прогноз	7
Заключение 1	9
Список литературы	10

ВВЕДЕНИЕ

К сожалению, во всем мире и в нашей стране, в том числе, отмечается неукоснительный рост лиц, употребляющих психоактивные вещества. Печально, что нередко среди этих людей оказываются беременные женщины. Тяжесть синдрома отмены опиоидов у наркозависимых беременных составляет 6,3% [11]. При этом, важно отметить, что к токсическим веществам относят только опиум и его естественные и синтетические препараты, остальные психоактивные вещества относят к токсическим средствам [14]. В РФ основным употребляемым наркотиком является героин (в 60% случаев в мегаполисах 2-3% новорожденных рождаются от матерей, употреблявших во время беременности наркотики). По данным в настоящее время в нашей стране количество детей, рожденных от матерей - наркоманок, составляет 7%. С 2003 года в рамках программы материнства и детства решено регистрировать случаи употребления наркотиков во время беременности или преодоление новорожденным синдромом отмены лекарственных препаратов, что является юридической, социальной, этической и научной проблемой [16].

Увеличивается количество беременных женщин, употребляющих наркотики, приходится преимущественно на 15-44 года. И наркозависимые женщины не предохраняются от беременности, так как в этот период уменьшается толерантность к наркотикам, легче переносится абстинентный синдром [1]. Наибольший процент употребления наркотиков отмечен среди молодого поколения (16,2%) и приходится на 15-17 лет. В США количество младенцев с синдромом отмены наркотиков в 1995 году до 11 937 человек в 2009 году. Число детей, рожденных от женщин, употребляющих наркотики, по данным Санкт-Петербурга также неуклонно растет. За период с 2000 по 2005 гг. количество новорожденных в отделении Санкт-Петербургской городской инфекционной больницы №30 им. С.П. Боткина количеством инфицированных наркозависимых женщин увеличилось в 10 раз [6].

СОКРАЩЕНИЙ

- Внутриутробная инфекция
- Дыхательная система
- Желудочно-кишечный тракт
- Кислотно-основное состояние
- Компьютерная томография
- Диэтиламид d-лизергиновой кислоты
- Магнитно-резонансная томография
- Неонатальный абстинентный синдром
- Нейросонография
- С-реактивный белок
- Центральная нервная система
- Частота дыхания
- Электроэнцефалография

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

натальный абстинентный синдром (НАС) – это комплекс симптомов, связанных с отменой переданной аркотической зависимости женщины во время беременности приводит в последующем к развитию синдрома. Приблизительно у 60-75% новорожденных, подвергшихся действию опиатов внутриутробно, выявлен абстинентный синдром [4, 12]. Частота развития НАС, тяжесть и длительность его течения, особенности половой принадлежности [25].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основные клинические симптомы [2, 7, 10]

Симптомы раздражения ЦНС

возбуждение
беспокойство
нарушения сна
раздраженный и пронзительный крик
повышение мышечного тонуса
увеличение глубоких сухожильных рефлексов
увеличение рефлекса Моро
эпителиальные корчи

Нарушения функции ЖКТ

снижение аппетита
язвочное сосание

га

рвота

заторможенность

значительная прибавка в весе

Нарушения вегетативной нервной системы

бледность
бледность
нестабильность температуры
потливость
заторможенность

Симптомы со стороны дыхательной системы

апноэ
увеличение крыльев носа
увеличенность носа, ринорея
кровоизлияние
увеличение уступчивых мест грудной клетки
цианоз

апноэ

Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы

тахикардия.

Клинические особенности в зависимости от принимаемого матерью наркотика

Время появления и степень выраженности симптомов, характерных для НАС, в большей степени зависят от принимаемого матерью наркотика (таблица 1)

Самые ранние симптомы НАС у новорожденных обычно появляются в первые 24 – 48 - 72 часа после рождения, а пик регистрации симптомов в течение 7 - 10 суток после рождения, реже в течение 2 недель

Опиоидная зависимость развивается примерно к 3-м суткам после рождения

героиновая - к 4 - 7 суткам жизни, синдром отмены в этом случае продолжается долго, риск развития НАС составляет 60-80%

кеторол (субutex). Если НАС развивается, то достаточно рано (на 2 - 4 сутки жизни), однако его продолжительность

Шкала Finnegan

ТОМЫ АЖЕНИЯ ЦНС	СИМПТОМ	ОЦЕНКА
	Чрезмерный звонкий (или другой) крик	2
	Постоянный звонкий (или другой) крик	3
	Сон < 1 часа после кормления	3
	Сон < 2 часов после кормления	2
	Сон < 3 часов после кормления	1
	Гиперактивный рефлекс Моро	2
	Значительно повышенный рефлекс Моро	3
	Небольшой тремор при беспокойстве	1
	Заметный или значительный тремор при беспокойстве	2
	Небольшой тремор в покое	3
	Заметный или значительный тремор в покое	4
	Повышенный мышечный тонус	2
	Экскориации	1
Миоклонусы	3	
Генерализованные судороги	5	
БОЛИЧЕСКИЕ И ТЕПЕЛЬНЫЕ ПЕИИИ	Потливость	1
	Лихорадка (37.2-38,2)	1
	Лихорадка (38,4 и выше)	2
	Мраморность	1
	Заложенность носа	1
	Чихание (более 3-4 раз за интервал)	1
	Раздувание крыльев носа	2
	ЧД > 60 в минуту ЧД < 60 в минуту и втяжение уступчивых мест	2
ПЕИИИ ЖКТ	Навязчивое сосание	1
	Плохой аппетит	2
	Срыгивания	2
	Обильная рвота	3
	Частый стул Водянистый стул	3

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

нности материнского анамнеза (факторы, настораживающие в отношении наркомании при наличии й клинической картины и отсутствии данных об употреблении матерью наркотиков)
адающие наркоманией редко следят за своим здоровьем, гигиеной, питанием. Часто истощены, ркулезу, оппортунистическим инфекциям, у них чаще развиваются абсцессы, флегмоны, тромбофлебиты [5, сие колебания настроения у матери ребенка
гократные спонтанные выкидыши в анамнезе [3]
дня постановка на учет и нерегулярное посещение консультации
бьяснямая внутриутробная гибель плода в анамнезе
емительные роды
лойка плаценты [3]
зоды гипертензии
ушения мозгового кровообращения в анамнезе
аркт миокарда в анамнезе [5].

тод кенгуру"

лузионная терапия по показаниям

е вскармливании:

дное вскармливание в случаях применения многих наркотических веществ рекомендовано избегать [2].
поряжению Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 20.12.2011 N 692-р (ред. от
предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку" беременные, употребляющие инъекционны
сятся к группе риска по эпидемиологическим показателям по ВИЧ-инфицированию, поэтому к таким нов
меняются те же меры профилактики как к детям, рожденным ВИЧ-нифицированными женщинами, не п
претровирусную профилактику во время беременности вне зависимости от результатов быстрого тест:
дное вскармливание также противопоказано при любом результате серологического исследования (приложен

икаментозная терапия

л ВИЧ статус матери не известен, но она употребляла парентерально психоактивные вещества, то ребен
ло химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции. Согласно Распоряжению К
воохранению Правительства Санкт-Петербурга от 20.12.2011 N 692-р (ред. от 16.04.2013) "О предупрежден
I-инфекции от матери ребенку" все дети от наркозависимых матерей получают химиопрофилактику ВИЧ-н
анной в распоряжении схеме, т.к. матери относятся к группе риска по эпидемиологическим показател
ицированию при любом результате серологического исследования (приложение 2)

жде чем начать лечение абстинентного синдрома, необходимо исключить другие возможные причины н
птомов у новорожденного

бходимо не позднее чем через 4 часа после рождения осмотреть новорожденного согласно шкале Finnegan
есть состояния. Повторная оценка по шкале в динамике осуществляется при каждом изменении состояния р
е 1 раза в 24 часа до стабилизации состояния, с обязательной фиксацией результатов в истори
рожденного или медицинской карте стационарного больного, куда вклеивается отдельный бланк шка
ложение 1, таблица 4)

ать медикаментозное лечение в том случае, если оценка превышает 6 баллов [2]

гоянно уменьшать дозу препарата, если оценка по шкале Finnegan снижается

ышать дозу препарата, если оценка по шкале Finnegan не меняется или увеличивается

доть за появлением признаков рецидива после отмены препарата в течение 7 дней [2]

юбарбитал – один из препаратов для лечения абстинентного синдрома новорожденных. В других странах э
меняется редко, так как отменить его гораздо сложнее, чем морфин; так же считается, что фенобар
ективен для контроля судорог при наркотическом абстинентном синдроме, чем морфин. [8, 15, 23]. Относи
битуратов. Период полувыведения из организма новорожденных составляет 120-150 часов и более
гральное действие, угнетает сосательный рефлекс, затрудняет контакт с ребенком. Противосудорож
заняется до 120 часов. Препарат вводится per os.

можны два варианта дозирования:

риант. Назначение фенобарбитала с нагрузочной дозы, далее переход на поддерживающую.

рузочная доза: 20 мг/кг/сутки, разделенная на 2-3 приема. При лечении тяжелых форм синдрома отмен
ь увеличена до 40 мг/кг/сутки.

держивающая доза: 5 мг/кг/сутки. При неэффективности - поддерживающую дозу увеличивают до 10 мг/к
ле стабилизации состояния (оценка по шкале Finnegan составляет менее 6 баллов) дозу постепенно ум
каждые 48 часов.

риант. Назначение фенобарбитала, исходя из оценки по шкале Finnegan (таблица 3)

Назначение фенобарбитала, исходя из оценки по шкале Finnegan.

Оценка по Finnegan	Фенобарбитал мг/кг/сут на 3 прием
	6
3	8
8	11
2	15
выше	18-20

сность: депрессия дыхания на высоких дозах фенобарбитала.

параты, которые используются в мире для лечения НАС

Комбинированная терапия. В случаях выраженного или плохо купируемого синдрома отмены комбинированное назначение морфина и фенобарбитала. [8, 15]

в случае нередких рецидивов клинических проявлений НАС после стабилизации состояния необходимо на протяжении в течение еще, как минимум, 7 дней

Критерии эффективности терапии:

- нормализация температурной кривой
- нормализация сна
- снижение возбудимости
- снижение двигательной расторможенности
- отсутствие прибавки в массе тела.

ПРОГНОЗ

У детей, рожденных от женщин с наркотической зависимостью, велика вероятность задержки умственно-моторного развития, поведения, роста, синдрома внезапной смерти

Дети, подвергшиеся в пренатальном периоде действию наркотических препаратов, в дальнейшем могут иметь проблемы с памятью, вниманием и обучением. При воздействии марихуаны возникают трудности с правописанием и чтением

Пrenatalное воздействие наркотиков формирует склонность к агрессивному поведению, совершению проступков и долгосрочным проблемам социальных взаимоотношений [16].

Шкала Finnegan

Система	Признак	Оценка	Дата и возраст				
ЦНС	Плач на яркий свет	2					
	Плач на продолжительный яркий свет	3					
	Сон менее 1 часа после еды	3					
	Сон менее 2 часов после еды	2					
	Сон менее 3 часов после еды	1					
	Гиперактивный р-с Моро	2					
	Значительно гиперактивный р-с Моро	3					
	Легкий тремор при беспокойстве	1					
	Средней тяжести или тяжелый тремор при беспокойстве	2					
	Легкий тремор в покое	3					
	Средней тяжести или тяжелый тремор в покое	4					
	Высокий мышечный тонус	2					
	Экскориации	1					
	Миоколониические подергивания	3					
Генерализованные судороги	5						
Метаболические, вазомоторные, дыхательные нарушения	Потливость (влажная кожа)	1					
	Лихорадка 37,2-38,2	1					
	Лихорадка 38,4 и выше	2					
	Частая зевота	1					
	Гримасничание	1					
	Сопение носом	1					
	Чихание	1					
	Раздувание крыльев носа	1					
	ЧД более 60 в минуту	1					
ЧД более 60 + участие вспомогат. Мускулатуры	2						
ЖКТ	Чрезмерное сосание	1					
	Плохое сосание	2					
	Регургитация	2					
	Рвота «фонтаном»	3					
	Разжиженный стул	2					
	Водянистый стул	3					
ВСЕГО БАЛЛОВ							

**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
РАСПОРЯЖЕНИЕ**

«20» декабря 2011г.

№ 692-р

«О предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»

В целях уменьшения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку:

Утвердить Порядок наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов.

Руководителям женских консультаций, родовспомогательных учреждений, детских поликлиник, детских больниц, оказывающих диагностическую, профилактическую и лечебную помощь при наблюдении беременной и родов руководствоваться Порядком.

Контроль за исполнением распоряжения возложить на первого заместителя председателя Комитета по здравоохранению В.Е. Жолобова.

Председатель

Комитета по здравоохранению

Ю.А. Щербук

Приложение 1

к распоряжению Комитета по здравоохранению
от 20.12.2011г. № 692-р

Порядок наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов

Общие положения

Настоящий Порядок регулирует вопросы наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов, а также проведения диагностических и профилактических мероприятий у детей, рожденных от инфицированных матерей, а также матерей, относящихся к группе риска по эпидемиологическим показателям.

С целью уменьшения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку всем беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией начинать проводить антиретровирусную (далее АРВ) - профилактику с 20-28 недель беременности с использованием трехкомпонентной комбинированной схемы, при показаниях к высокоактивной антиретровирусной терапии - в любом сроке беременности. При более позднем обращении в Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» АРВ-профилактику начинать на любом сроке беременности антиретровирусными препаратами.

2. Наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности в женских консультациях.

Руководителям женских консультаций:

2.1.1 проводить всем беременным, обращающимся за медицинской помощью, 3- кратное обследование на наличие антител к ВИЧ (ИФА) с обязательным предварительным и последующим (до- и послеродовым) консультированием при постановке беременной на учет, далее на 25-26-й, 34-35-й неделях беременности;

2.1.2 при получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию, независимо от срока беременности, направлять в Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее Центр СПИД) для установления диагноза, назначения химиопрофилактики;

2.1.3 в обязательном порядке в течение суток после получения положительного результата на ВИЧ-инфекцию ответственному лицу по ВИЧ-инфекции женской консультации отправлять телефонограмму в Центр СПИД с указанием ФИО пациентки, даты рождения, возраста, домашнего адреса, ее контактного телефона, даты и

2.1.7. гинекологам проводить консультирование по планированию семьи и выбору современного контрацепции всем ВИЧ-инфицированным женщинам в различные периоды их жизни (в интервальном первом триместре при выдаче направления на прерывание беременности в случае нежеланной беременности в третьем триместре беременности и после родов) в соответствии с международными стандартами и рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения с записью в карте пациентки;

2.1.8. в случае проявления халатности со стороны медицинского персонала, повлекшее воевременное сообщение беременной о наличии ВИЧ-инфекции, выявленной в женской консультации, при направлении лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) в учреждении с предоставлением заключения комиссии в ИД.

казание помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных женщин, и их родственникам, относящихся к группе риска по эпидемиологическим показаниям.

родителям родовспомогательных учреждений:

организовать проведение обследования рожениц на ВИЧ-инфекцию с постановкой быстрого теста; при отсутствии обследования на ВИЧ-инфекцию и при поступлении на преждевременные роды - дополнительное обследование методом ИФА;

перед постановкой БТ проводить дотестовое консультирование рожениц по ВИЧ-инфекции, в процессе консультирования женщине разъяснить необходимость профилактики в родах и новорожденному снижению риска перинатальной передачи ВИЧ;

в случае выявления ВИЧ-инфекции в родовспомогательном учреждении в поздние сроки беременности незамедлительно назначить беременной антиретровирусные препараты, даже в том случае, если прошло несколько дней. В случае необходимости назначения ХП согласовать с гинекологом или инфекционистом Центра СПИД;

перед назначением химиопрофилактики роженице в родах и новорожденному необходимо получить информированное согласие на ее проведение;

выбор способа родоразрешения (приложение 2), схемы проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ (приложение 3) определяется гинекологом, схемы профилактики перинатальной передачи новорожденному (приложение 4) - неонатологом;

при отсутствии проведения профилактики перинатальной передачи беременной, рожденному в родильном доме провести анализ случая на заседании лечебно-контрольной комиссии учреждения и сообщить о выводах комиссии в Центр СПИД.

в извещении о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью (заполняется в родильном доме) указывать ее контактный телефон, а также лечебное учреждение, в котором она получала медицинскую помощь в период беременности.

казание амбулаторно - поликлинической помощи детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных женщин.

всем врачам детских поликлиник:

усилить контроль по проведению химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом с ВИЧ-инфекцией;

организовать обязательное посещение педиатра отделения материнства и детства Центра СПИД всевозрастные 1, 4, 12, 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, по предварительной записи;

контролировать своевременное посещение Центра СПИД в соответствии с рекомендациями педиатра до снятия ребенка с учета.

педиатрам Центра СПИД, детских ЛПУ:

при первом обследовании ребенка методом ПЦР в случае получения положительного результата определять уровень вирусной нагрузки; в случае выявления высокой вирусной нагрузки ребенку необходимо начать высокоактивную антиретровирусную терапию;

окончательный статус ребенка по ВИЧ-инфекции устанавливать на 18-м месяце жизни ребенка.

замечание:

Государственные учреждения здравоохранения получают диагностические средства и лекарственные препараты на основании заявок, предоставленных в Центр СПИД (ежеквартально).

Приложение 3

Порядку наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов

Проведение профилактики ВИЧ-инфекции в родах.

Обследованные женщины, получавшие АРВ-профилактику.

1. Нагрузка <1000 коп/мл - родоразрешение через естественные родовые пути.

С момента начала родовой деятельности женщинам, получавшим АРВ-препараты в период беременности, назначают зидовудин (ретровир или аналоги) в/в капельно в дозе 2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины.

2. Нагрузка >1000 коп/мл либо неизвестна - родоразрешение путем кесарева сечения (далее КС).

За 3 часа до операции женщине вводят зидовудин (ретровир или аналоги) в/в капельно и до пересечения пуповины по указанной выше схеме. Дополнительно рекомендуется применение невирапина в дозе 200 мг однократно.

При наличии противопоказаний к КС и/или времени безводного промежутка 4 часа и более при родоразрешении через естественные родовые пути, назначается зидовудин (ретровир или аналоги) в/в капельно в дозе 2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины и невирапин (вирамун или аналоги) однократно при начале родовой деятельности.

После родов, если применялся невирапин (Вирамун или аналоги), следует продолжить пероральный прием комбинации препаратов ламивудин/зидовудин (Комбивир или аналоги) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 7 дней для снижения риска развития устойчивости к невирапину.

Назначение АРВ-препаратов ВИЧ-инфицированной женщине непосредственно перед родами или в начале родовой деятельности с применением расширенной схемы химиопрофилактики проводится в следующих случаях: в отсутствие профилактики во время беременности, при выявлении ВИЧ-инфекции в родильном доме (по результатам быстрого теста), женщинам, относящимся к группе риска по эпидемиологическим показаниям вне зависимости от результата быстрого теста (употреблявшим психоактивные вещества инъекционным способом в последние 12 недель беременности; женщинам, обследованным в регламентируемые сроки, но в течение последних 12 недель имелись половые контакты без использования презерватива с ВИЧ-инфицированными или употреблявшими инъекционные наркотики половыми партнерами), в случае преждевременных родов при сроке беременности меньше 37 недель и неизвестной вирусной нагрузке к моменту родов. Роженицам, получающим химиопрофилактику по эпидемиологическим показаниям при отсутствии положительного результата быстрого теста, родоразрешение проводится по акушерским показаниям.

Схема расширенной химиопрофилактики в родах:

- зидовудин (ретровир или аналоги) в/в капельно в дозе 2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг в течение остальной части родового периода и невирапин (вирамун или аналоги) 200 мг однократно перорально при начале родовой деятельности.

3. В отсутствие родовой деятельности:

Родоразрешение путем операции КС. Зидовудин по схеме, указанной выше, начинают вводить за 3 часа до операции. Вириал (вирамун или аналоги) 200 мг однократно перорально до начала операции КС.

После родов, если применялся невирапин (вирамун или аналоги), следует продолжить пероральный прием комбинации препаратов ламивудин/зидовудин (комбивир или аналоги) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 7 дней для снижения риска развития устойчивости к невирапину.

Приложение 4

Порядку наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов

Проведение антиретровирусной профилактики новорожденному.

Химиопрофилактика назначается в возрасте не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии кормления материнским молоком (более позднее начало неэффективно).

При наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) химиопрофилактика должна быть начата не позднее, чем через 72 часа (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены).

1. В случае если женщина получала АРВ-препараты во время беременности и в родах, имеет подавл

после рождения ребенка обеспечить продолжение приема АРВ-препаратов родильницей, если к этому имеются медицинские и иммунологические показания. Если женщина не нуждается в приеме АРВ-препаратов по состоянию здоровья и в схемах химиопрофилактики во время беременности и родов не использовался невидимый АРВ-препараты должны быть отменены сразу после рождения ребенка.

4. Обследовать ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, в случае отсутствия пренатального скрининга методом ПЦР ДНК ВИЧ в условиях родовспомогательного учреждения (детского стационара) в течение жизни. При положительном результате исследования проводить определение вирусной нагрузки в крови рожденного.

Приложение 5

Порядку наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов

Алгоритм проведения профилактических мероприятий по снижению передачи ВИЧ от матери ребенку

Мероприятия	ВИЧ-инфицированные женщины, получавшие АРВ- профилактику во время беременности	ВИЧ-инфицированные женщины, не получавшие АРВ-профилактику во время беременности, либо начало позднее 34 недель либо из группы риска
Сроки обследования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию методом ИФА	3-кратное обследование на наличие антител к ВИЧ (ИФА) при постановке беременной женщины на учет, далее на 25-26-й, 34-35-й неделях беременности. Проводить обследование рожениц на ВИЧ- инфекцию при ее отсутствии регламентированные сроки и при поступлении на преждевременные роды постановкой быстрого теста.	
АРВ-профилактика во время беременности	С 20-28 недель беременности, при более позднем обращении - в любом сроке. Назначается в центре СПИД трехкомпонентная комбинированная схема до окончания родов. В случае назначения АРВ-терапии — пожизненно. Если женщина получала АРВ-терапию до беременности, она продолжает ее в течение всей беременности и после ее завершения.	При сроке беременности более 34 недель назначается в центре СПИД трехкомпонентная комбинированная схема до окончания родов.
Путь передачи	Через естественные родовые пути, если: беременная получала АРВ препараты (начало не позднее 34 недель)	Путем планового КС в 38 недель беременности если: • вирусная нагрузка в последнем исследовании

	<p>пуповины.</p> <ul style="list-style-type: none"> • При плановом КС - зидовудин (ретровир или аналоги) в/в капельно за 3 часа до операции и до пересечения пуповины и невирапин (вирамун или аналоги) 200 мг однократно. • В случае применения невирапина - после родов — продолжить прием комбинации зидовудин/ ламивудин (комбивир или аналоги) по 1 таб. каждые 12 часов в течение 7 дней. • В случае преждевременных родов при сроке менее 36 недель беременности и неизвестной или высокой вирусной нагрузке накануне родов - расширенная химиопрофилактика (зидовудин и невирапин в родах, после родов - комбинация зидовудин/ ламивудин (Комбивир или аналоги) 7 дней. 	<p>(вирамун или аналоги) 200 мг однократно.</p> <ul style="list-style-type: none"> • После родов - комбинация зидовудин/ламивудин (комбивир или аналоги) по 1 таб. каждые 12 часов в течение 7 дней.
<p>АРВ-профилактика новорожденному</p>	<ul style="list-style-type: none"> • В первые 6-8 часов жизни и не позднее 72 часов жизни (при отсутствии грудного вскармливания) зидовудин (ретровир или аналоги) в сиропе из расчета 4 мг/кг каждые 12 часов в течение 7 дней. Для недоношенных с гестационным возрастом менее 36 недель схему расширенной профилактики см. выше в тексте 	<p>В В первые 6-8 часов жизни и не позднее 72 часов жизни (при отсутствии грудного вскармливания) зидовудин (ретровир или аналоги) в сиропе из расчета 4 мг/кг каждые 12 часов в течение 4 недель ламивудин (Эпивир или аналоги) из расчета 2 мг/кг каждые 12 часов в течение 4 недель невирапин (вирамун или аналоги) в сиропе из расчета 2 мг/кг однократно через 48-72 часа после рождения. Если мать не получала невирапин до родов или прошло менее двух часов между приемом невирапина матерью и рождением ребенка невирапин (вирамун или аналоги) в сиропе двукратно: из расчета 2мг/кг через 2-48 часов после рождения + вторая доза через 48-72 часа после рождения</p> <p>Данная схема профилактики должна применяться также</p>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алтушнер В.Б., Надеждин А.В. Наркомания: дорога в бездну // М.: Просвещение/ - 2000. - С.18.
2. Гомелло Т.Л., Каннигам М.Д. Неонатология. - 1998. - С. 321-327.
3. Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Фармакотерапия синдрома отмены опиатов у ВИЧ-инфицированных беременных // СПб. - 2009. - С. 3.
4. Москаленко В.Д // Вопросы наркологии. - 1991. - №3. - С. 42-44.
5. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве // Руководство для врачей. - М. Мидиздат. - 2003. - С. 279.
6. Стрелянная Е.В., Жук А.В. Терапия опиоидного абстинентного синдрома у ВИЧ-инфицированных беременных // Альманах «Инфекционные болезни». - СПб. - 2006 - С. 224.
7. Шабалов Н.П. // Неонатология. Том 1. - 2009. - С. 72-76.
8. Рооз Р., Генцель-Боровичени О., Прокитте Г. Неонатология, практические рекомендации // Москва. Медицинская литература. - 2011. - С. 156-160.
9. Agthe G.A. et al. Clonidine as an adjunct therapy to opioids for neonatal abstinence syndrome: a randomized, controlled trial // Pediatrics. - 2009. - Vol. 123 (5). - e849-e856.
10. Chiu H.T., Isaac Wu HD, Kuo HW. The relationship between self-reported tobacco exposure and cotinines in urina and blood for pregnant women // Sci Total Environ. - 2008. - Vol. 406 (1-2). - P. 331-336.
11. Cui C, Ohta K, et al. Histological brain alterations following prenatal methamphetamine exposure in rats // Congenit Anom. - 2006. - Vol. 46 (4). - P. 180-187.
12. Ebner N., Rohrmeister K., Winklbaur B., Baewert A., Jagsch R., Peternell A., Thau K., Fischer G. Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women // Drug Alcohol Depend. - 2007. - Vol. 87 (2-3). - P. 131-138.
13. Golden N.L., Kuhnert B.R., Sokol R.J., et al. Phencyclidine use during pregnancy // Amer. J. Obstet. Gynecol. - 1984. - Vol.148 (3). - P. 2549.
14. Golub M, Costa L, Crofton K et all. NTP - CERHR Expert Panel Report on the reproductive and developmental toxicity of amphetamine and methamphetamine // Brith Defects res B Dev Resrod toxical. - 2005. - Vol. 74 (6). - P. 471-584.
15. Gomella T.L. Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. - McGraw-Hill. - 2009. - 894 p.
16. Marc L. Hudak et al. Neonatal Drugs Withdrawal // Pediatrics. - 2012. - Vol. 1. - P. e539-560.
17. Marylou Behnke, Vincent C. Smith. Committee on substance abuse, and Committee on fetus and newnorn // Pediatrics Prenatal Substans Abuse. - 2013. - P. e1009 - e1024.
18. Messeinger DS, Das A, et al. The maternal lifestyle study: cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age // Pediatrics. - 2004. Vol. 113 (6). - P. 1677-1685.
19. Montgomery D, Plate C, Alder SC, Jons M, Jons J. Testing for fetal exposure to illicit drugs using umbilical cord tissue vs meconium // J Perinatal. - 2006. - Vol. 26 (1). - P. 11-14.
20. Neofax // Young T.E., Mangum B. & Thomson Reuters, 2010.
21. Nguyen D, Smith LM, et al. Intrauterine growth of infants exposed to prenatal methamphetamine: results from the infants development, enviropment, and lifestyle study // J. Pediatr. - 2010. - Vol. 157 (2). - P. 337-339.
22. Oxford handbook of Neonatology. Fox G., Hoque N., Watts T. - 2010. - 523 p.
23. Rohrmeister K., Bernert G., Langer M., Fischer G., Weninger M., Pollak A. Opiatabhangigkeit in der Schwangerschaft - Konsequenzen fur das Neugeborene Ergebnisse eines interdisziplinaren Betreuungsmodells // Z Geburtshilfe Neonatol. - 2001. - Vol. 205 (6). - P. 224-230.
24. Sinha S., Miall L., Jardine L. Neoatal medicine. 5th edition // Willey-Blackwell. - 2012. - 388 p.
25. Unger A., Jagsch R., Baewert A., Winklbaur B., Rohrmeister K., Martin P.R., Coyle M., Fischer G. Are male neonates more vulnerable to neonatal abstinence syndrome than female neonates? // Gend Med. - 2011. - Vol. 8 (6). - P. 355-364.

26. Vinner E., Vignau J et al. Hair analysis of opiates in mothers and newborn for evaluating exposure during pregnancy newborns // Forensic Sci Int, 2003. - 155. - P. 57-62.
27. Инструкции к препаратам.