

POZYTYWNE W MACIERZYŃSTWO

Poradnik dla położnych



dr n. społ. Maria Brodzikowska
dr n. hum. Agnieszka Walenzik-Ostrowska

POZYTYWNE W MACIERZYŃSTWO

Poradnik dla położnych

Autorki: dr n. społ. Maria Brodzikowska
dr n. hum. Agnieszka Walendzik-Ostrowska

Konsultacja: Elżbieta Baliszewska, mgr położnictwa, specjalistka
w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, Przewodnicząca Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze

Opracowanie graficzne: Anna Moderska

Poradnik dedykujemy pamięci prof. dr hab. n. med. Tomasza Niemca
(1954-2012) – ginekologa i położnika, który jako jeden
z pierwszych w Polsce zajmował się ciężarnymi pacjentkami
z HIV. Był cenionym w kraju i na świecie specjalistą, ekspertem WHO i
UNICEF-u w zakresie transmisji wertykalnej HIV. W latach 2006-2009
pełnił funkcję Wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Niniejszy poradnik powstał w ramach projektu „Pozytywnie w macierzyństwo”, który ma na celu podniesienie poziomu jakości opieki nad kobietami żyjącymi z HIV. Jego adresatkami są położne, które w swojej praktyce spotykają bądź mogą spotkać tę grupę pacjentek. Zawarte w nim informacje to najbardziej aktualna wiedza na temat samego zakażenia HIV, testowania, leczenia oraz prokreacji, ciąży, porodu, położu i opieki nad noworodkiem w sytuacji kobiet żyjących z HIV.

Wiedza na temat HIV nadal jest zbyt niska a funkcjonujące w społeczeństwie mity i stereotypy stygmatyzują osoby zakażone, powodują irracjonalny lęk i skutkują negatywnymi postawami społecznymi. Mamy nadzieję, że dzięki tym materiałom łatwiej będzie wspierać pacjentkę HIV+ i zadbać o własny komfort pracy. Liczymy też na zwiększenie świadomości dotyczącej ryzyka zakażenia w życiu pozazawodowym. Ale przede wszystkim liczymy na to, że dzięki wiedzy i profesjonalnemu podejściu kobiety żyjące z HIV i ich dzieci będą mogły liczyć na opiekę i wsparcie, jakich potrzebują i na jakie zasługują. Bez uprzedzeń i stygmatyzacji.

Poradnik składa się z dwóch części. W pierwszej znajdują się podstawowe informacje: czym jest HIV i AIDS, drogi zakażenia, testowanie w kierunku HIV, zasady profilaktyki, w tym PrEP (profilaktyka przed ekspozycją) i PEP (profilaktyka po ekspozycji), leczenie zakażenia HIV. Część druga to zagadnienia prokreacji, ciąży, porodu i rodzicielstwa kobiet żyjących z HIV.

Dostępny jest także poradnik dedykowany kobietom żyjącym z HIV, które myślą o zajściu w ciążę, planują ją lub są w ciąży oraz bajka edukacyjna, która może być pomocna w oswojeniu dziecka z tym tematem.

KILKA PODSTAWOWYCH INFORMACJI

HIV (Human Immunodeficiency Virus) to ludzki wirus niedoboru odporności, który nierozpoznany i nieleczony może doprowadzić do AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome – zespół nabytego niedoboru odporności).

Zakażenie HIV może nastąpić, gdy płyn ustrojowy osoby zakażonej dostanie się do organizmu osoby zdrowej. Obecność HIV stwierdza się we wszystkich płynach ustrojowych oraz tkankach - ale nie wszystkie one są zakaźne. Zakażenie HIV może być przenoszone poprzez następujące płyny ustrojowe: krew, spermę, preejakulat, wydzielinę pochwy i szyjki macicy, mleko kobiece. Potencjalnie zakaźne mogą być także: płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn owodniowy (wody płodowe), płyn otrzewnowy, płyn osierdziowy, płyn opłucnowy, płyn stawowy oraz każdy płyn z widoczną krwią. W pozostałych płynach (ślina, pot, łzy, moc) wirus występuje w bardzo małych, niezakaźnych ilościach. Do zakażenia dochodzi, gdy zakaźne płyny ustrojowe osoby zakażonej mają kontakt z błoną śluzową innej osoby, która znajduje się w pochwie, przy ujściu cewki moczowej na penisie, w jamie ustnej, w odbycie, w śluzówce oka, w nosie lub, gdy dostaną się do niewielkich ran czy skaleczeń niezabezpieczonych opatrunkiem czy w inny sposób wnikną do krwiobiegu. Trzeba zaznaczyć, że szacunki te odnoszą się do kontaktu z płynem ustrojowym nielezionej osoby zakażonej HIV (zatem najczęściej takiej, która nie wie o swoim zakażeniu). Nie ma możliwości zakażenia w kontaktach seksualnych z osobami przyjmującymi terapię antyretrowirusową i mającymi tzw. niewykrywalną wiremę. W przypadku innych dróg zakażeń ryzyko to jest znikome.

Znane są trzy drogi zakażenia: poprzez kontakty seksualne, kontakt z krwią oraz zakażenia wertykalne (z matki na dziecko). Nie ma dowodów na możliwość przeniesienia zakażenia HIV przez komary oraz inne owady i zwierzęta. Nie opisano również zakażenia przez ślinę czy łzy, które nie były zanieczyszczone krwią a także w wyniku ekspozycji nieuszkodzonej skóry na płyny zakaźne.

Kontakty seksualne: zakażenie tą drogą może nastąpić wskutek jednego niezabezpieczonego kontaktu seksualnego. Znane są również przypadki nie ulegania infekcji pomimo praktykowania wysoce ryzykownych zachowań seksualnych przez wiele lat. Szacuje się, że 80% nowych zakażeń odbywa się na drodze kontaktów seksualnych między kobietą a mężczyzną. Ryzyko zakażenia HIV w czasie kontaktów seksualnych jest uzależnione od szeregu czynników, wśród których najistotniejsze są:

- płyn ustrojowy, jaki pojawia się podczas aktywności seksualnej – najbardziej zakaźne są sperma i krew,
- ilość płynu – im go więcej, tym jest bardziej zakaźny,
- powierzchnia błony śluzowej mającej kontakt z płynem ustrojowym – im jest większa, tym większe ryzyko, które dodatkowo zwiększają jej ewentualne uszkodzenia, np. nadżerki,
- czas kontaktu płynu z błoną śluzową – im dłuższy, tym większe ryzyko,
- rodzaj kontaktu – im bardziej inwazyjny (związany z penetracją), tym większe ryzyko, najbardziej ryzykowne są kontakty analne i waginalne dla osoby penetrowanej,
- płeć – kobiety są bardziej narażone niż mężczyźni.

Zakażenia przez krew możliwe są w następujących sytuacjach:

1. w czasie wielokrotnego używania jednorazowego bądź niewysterylizowanego sprzętu do iniekcji (igieł, strzykawek) – tą drogą zakażają się najczęściej osoby przyjmujące substancje psychoaktywne drogą iniekcji, zakażenia przez niesterylne iniekcje mogą zdarzyć się również wszędzie tam, gdzie nie są zachowane warunki sterylności (wielokrotne wykonywanie zastrzyków tą samą igłą i/lub strzykawką): wstrzykiwanie sterydów i innych substancji w siłowniach, używanie wspólnych rurek do wciągania substancji psychoaktywnych;
2. zakażenia zawodowe personelu medycznego i innych grup zawodowych (np. policja, straż pożarna), do których dochodzi w wyniku zachlapania błon śluzowych krwią, ewentualnie innym płynem zakaźnym lub w wyniku zakłuc i skaleczeń zabrudzonych ostrym narzędziem; ryzyko zakażenia HIV po zakłuciu igłą zawierającą zakażoną krew wynosi średnio 0,3% a po zachlapaniu błon śluzowych lub skóry krwią 0,09%;

3. zakażenia poprzez transfuzję zakażonej krwi, bądź podczas przeszczepów i transplantacji zakażonych organów i tkanek.

Zakażenia drogą wertykalną, czyli zakażenia odmatczyne: do infekcji może dojść w czasie ciąży, porodu lub po urodzeniu podczas karmienia piersią. Najczęściej do zakażenia dochodzi podczas porodu – gdy kobieta jest nieleczona, ryzyko wynosi 65-75%. Najrzadziej zakażenie ma miejsce w czasie ciąży, ale jest ono możliwe w tym okresie – ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego wynosi od 5 do 10%. Ryzyko to rośnie, gdy kobieta w ciąży przechodzi znaczny wzrost wirerii - np., gdy ulega zakażeniu w momencie zapłodnienia, zakaża się już w czasie trwania ciąży a także, gdy choruje na AIDS. Zakażeniu może ulec już 8-tygodniowy płód.

Ryzyko zakażenia noworodka podczas karmienia piersią u kobiety nieleczonej wynosi średnio 10%, ale wzrasta nawet do 40%, jeśli czas karmienia przedłuża się powyżej 6. miesięcy. U kobiet leczonych antyretrowirusowo wynosi ono odpowiednio 3,54% po 6 miesiącach i 4,23% po 12 miesiącach karmienia piersią (Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, s. 78). Można uniknąć tej sytuacji, jeśli kobieta ma świadomość swojego zakażenia HIV – kwestia ta zostanie omówiona dokładniej w dalszej części poradnika.

Kiedy, gdzie i u kogo robić testy w kierunku HIV

Obecność wirusa w organizmie jest możliwa do stwierdzenia poprzez badanie serologiczne, polegające na wykryciu we krwi, w surowicy lub osoczu osoby badanej przeciwciał przeciwko HIV. Przeciwciała to białka produkowane przez układ odpornościowy jako odpowiedź immunologiczna na ciało obce (np. wirusa). Do badania pobierana jest zwykle krew żylna (lub z palca), inne materiały wykorzystywane do badań diagnostycznych to ślina lub mocz. Dodatni wynik testu przesiewowego, opartej na metodzie EIA (ang. enzyme immunoassay), wymaga zawsze potwierdzenia. W weryfikacji dodatnich przesiewów możliwe jest wykorzystywanie testu potwierdzenia (Western-blot) - ale PTN AIDS (Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS) zaleca weryfikację dodatniego wyniku

testu przesiewowego testem molekularnym (NAAT – nucleic acid amplification test), HIV RNA. Testy przesiewowe III generacji mogą wykryć przeciwciała anti-HIV po ok. 4 tygodniach od zakażenia, testy IV generacji – od 2 do 3 tygodni, ponieważ oprócz przeciwciał testy te szukają wirusowego białka p24, obecnego we krwi przed pojawieniem się przeciwciał anti-HIV. Testy można więc wykonać już 14 dni po ryzykownym zachowaniu. Jednak, aby wykluczyć zakażenie, test powinien być wykonany najwcześniej 6 tygodni po ostatnim ryzykownym zachowaniu (dotyczy to testów IV generacji). Testy III generacji wykluczają zakażenie po 12 tygodniach od ryzyka.

Kto powinien zrobić sobie badanie w kierunku HIV:

- każda osoba, która miała przynajmniej jeden kontakt seksualny niezabezpieczony prezerwatywą z osobą, która nie ma aktualnego i wiarygodnego wyniku testu na HIV,
- każda osoba, która choć raz korzystała z niesterylnych igieł i/lub strzykawek,
- każda osoba, która miała kontakt z krwią innej osoby,
- każda osoba, która po prostu chce zrobić sobie test na HIV,

Badanie powinny wykonać także pary planujące ciążę oraz kobiety w ciąży (najlepiej w pierwszym i trzecim trymestrze) i ich partnerzy.

Testy w kierunku HIV są dostępne w ofercie wszystkich komercyjnych laboratoriów. Nie ma ich w koszyku badań podstawowych lekarza POZ - nie może ich więc zlecić w ramach świadczeń bezpłatnych. Dlatego rekomendujemy wykonywanie badań w PKD – punktach konsultacyjno-diagnostycznych (link do adresów na końcu). Test na HIV wykonywany w takim miejscu jest bezpłatny i anonimowy, poprzedzony rozmową, która ma na celu oszacowanie ryzyka zakażenia i określenie, czy badanie można już wykonać. Rozmowa dotyczyć będzie możliwych dróg zakażenia – czyli życia seksualnego i/lub używania substancji psychoaktywnych (narkotyków), ewentualnych ekspozycji zawodowych. W jej trakcie można zadawać pytania dotyczące HIV, badania, profilaktyki czy miejsc oferujących pomoc i wsparcie.

W Polsce dostępne są także tzw. szybkie testy (ang. rapid test), możliwe do samodzielnego wykonania (jak np. testy ciężowe). Pozwalają na uzyskanie wyniku badania w bardzo krótkim czasie (3-30 minut) bez konieczności użycia jakiegokolwiek aparatury. W zależności od testu, materiałem do badań może być: ślina, osocze, surowica, krew. Badanie szybkim testem wyklucza zakażenie jednak po 12 tygodniach od ryzykownego zachowania (są to testy przesiewowe III generacji). Nie są one jeszcze powszechnie dostępne w Polsce, można je kupić w nielicznych aptekach i internecie. Oferują je także niektóre PKD.

Profilaktyka zakażeń HIV w czasie aktywności seksualnej

Zasady profilaktyki HIV powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb konkretnych osób, ich stylu życia a także wymogów sytuacyjnych. W odniesieniu do zachowań seksualnych zasady profilaktyki zakażeń HIV są następujące:

- posiadanie jednego zdrowego wzajemnie wiernego partnera/partnerki;
- w sytuacji zmiany partnerów/partnerek wykonywanie badań w kierunku HIV u obu osób;
- traktowanie każdego partnera/każdej partnerki, który/-a nie wykonał/-a badania w kierunku HIV, jak osoby potencjalnie zakażonej HIV i stosowanie zasad bezpieczniejszego seksu;
- w sytuacji par o różnym statusie serologicznym (pary +/-) prowadzenie skutecznego leczenia antyretrowirusowego u osoby zakażonej, regularne oznaczanie poziomu wirerii i pełna adherencja do leczenia.

Seks bezpieczniejszy to praktykowanie form aktywności seksualnej, w trakcie których nie pojawiają się potencjalnie zakaźne płyny i/lub stosowaniu zabezpieczenia w postaci prezerwatywy oraz używanie żeli i lubrykantów na bazie wody ułatwiających penetrację.

Profilaktyka zakażeń przez krew

Założenia profilaktyki zakażeń krwiopochodnych w odniesieniu do personelu ochrony zdrowia sprowadzają się do kilku zasad:

- każdorazowe używanie jednorazowych igieł i strzykawek przy iniekcjach medycznych i odpowiednie postępowanie ze użytym sprzętem,
- w przypadku sprzętu wielorazowego użytku stosowanie odpowiednich procedur przy dezynfekcji, sterylizacji i dekontaminacji,
- tam, gdzie to możliwe, stosowanie systemu próżniowego pobierania krwi,
- ochrona skóry i błon śluzowych poprzez stosowanie rękawiczek, maseczek, gogli ochronnych,
- znajomość zasad profilaktyki poekspozycyjnej,
- świadomość, że każdy pacjent czy pacjentka mogą być źródłem zakażenia,
- przestrzeganie ogólnych procedur.

Zakażenia przez krew drogą transfuzji czy przeszczepów są właściwie w Polsce całkowicie wyeliminowane. Standardem jest badanie każdego krwiodawcy oraz dawcy narządów w kierunku ewentualnego zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew.

Profilaktyka zakażeń wertykalnych

Istniejące obecnie standardy postępowania z kobietą w ciąży zakażoną HIV pozwalają zmniejszyć ryzyko zakażenia dziecka z 30-25% do poniżej 1%. W praktyce u kobiet, u których stosowana jest pełna profilaktyka okołoporodowa, nie stwierdza się zakażeń wśród ich dzieci. Postępowanie zapobiegające przeniesieniu zakażenia HIV z matki na dziecko polega na wykonywaniu badań w kierunku HIV u wszystkich ciężarnych w I i III trymestrze ciąży, a w przypadku wykrycia zakażenia – na profilaktycznym stosowaniu przynajmniej jednego lub więcej leków antyretrowirusowych od 14 tygodnia ciąży oraz w czasie porodu, podanie dziecku leku w czasie porodu i po nim, a także zakaz karmienia piersią. Więcej szczegółowych informacji na temat znajduje się w drugiej części broszury.

Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP - pre-exposure prophylaxis)

W Polsce dostępna jest profilaktyka przedekspozycyjna, rekomendowana przez PTN AIDS. Polega na przyjmowaniu dwóch leków antyretrowirusowych (tenofowiru® i emtrycytabiny® w jednej tabletkie 1x dziennie), które stosowane zgodnie z wytycznymi mogą uchronić przed zakażeniem HIV. Leki te podaje się zanim dojdzie do narażenia na zakażenie (np. przed seksem lub wstrzyknięciem narkotyku) oraz przez jakiś czas po ekspozycji. Więcej na ten temat na stronie o profilaktyce przedekspozycyjnej (link na końcu) i w Zaleceniach PTN AIDS.

Postępowanie po narażeniu na zakażenie (PEP - post-exposure prophylaxis)

Postępowanie poekspozycyjne polega na zminimalizowaniu ewentualnego ryzyka zakażenia po zdarzeniach narażających na zakażenie. Stosowane jest najczęściej w sytuacjach, gdy do zdarzenia doszło w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi.

Działania, jakie powinno się podejmować bezpośrednio po wypadku przy pracy:

- nie hamować wypływu krwi, nie wyciskać rany,
- narażoną skórę starannie umyć dużą ilością wody z mydłem,
- przy narażeniu błon śluzowych jamy ustnej, nosa, oczu – dokładnie przepłukać wodą lub solą fizjologiczną,
- nie stosować płynów dezynfekcyjnych na bazie alkoholu.

Następnie należy skontaktować się z wyspecjalizowaną placówką, w której pracuje lekarz zakaźnik, specjalista profilaktyki poekspozycyjnej. Są to zwykle oddziały zakaźne w szpitalach. Listę takich placówek wraz z całodobowymi telefonami znaleźć można na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS (link na końcu). Po przeprowadzonym wywiadzie i ocenie ryzyka zakażenia lekarz może zalecić wykonanie badania w kierunku HIV u osoby, od której pochodzi płyn ustrojowy (gdy jest to możliwe).

Jeśli istnieje ryzyko zakażenia HIV, wówczas zaleci przyjmowanie leków antyretrowirusowych nie czekając na ewentualne wyniki badania w kierunku HIV. Przyjmowanie leków antyretrowirusowych należy rozpocząć tak szybko, jak tylko to możliwe, najlepiej w ciągu 2 godzin od wypadku, nie później niż w ciągu 48 – 72 godzin. Jeśli wynik badania osoby, od której pochodzi płyn ustrojowy, okaże się ujemny, wówczas należy odstawić przyjmowane leki. Natomiast osoba, która uległa ekspozycji, powinna wykonać badanie w kierunku HIV 3 i 6 miesięcy po zdarzeniu. Do tego czasu powinna traktować siebie jak potencjalnie zakażoną HIV i najlepiej rozważyć rezygnację z zachowań seksualnych a także nie oddawać krwi ani innych płynów i tkanek do transfuzji czy przeszczepów.

Warto pamiętać, że z profilaktyki poekspozycyjnej może także skorzystać osoba, która uległa ekspozycji pozazawodowej – np. w przypadku zgwałcenia czy zakłucia igłą niewiadomego pochodzenia. Powinna się zgłosić do takiej samej placówki, z jakiej korzystają osoby po ekspozycji zawodowej.

Leczenie jako prewencja (TasP - ang. Treatment as Prevention)

Leczenie zakażenia HIV jest także traktowane jako profilaktyka zakażeń u partnerów/partnerek osób żyjących z HIV. Jak wskazują wyniki badań PARTNER I i PARTNER II, od osoby, która przyjmuje leki i ma niewykrywalną wiramię, nie ma możliwości zakażenia - osoba z niewykrywalną wiramię staje się osobą niezakażoną. To, co należy zawsze podkreślać w edukacji pacjentek i pacjentów, to konieczność regularnego przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi (adherencja) oraz oznaczania poziomu wirēmii w wyznaczonych przez lekarza czy lekarzkę odstępach czasu. Wiedza na ten temat jest pomocna także w planowaniu rodzicielstwa.

Leczenie zakażenia HIV

Terapia lekowa (ART – antiretroviral treatment – terapia antyretrowirusowa, cART – combination antiretroviral treatment – skojarzona terapia antyretrowirusowa) jest dostępna od 1996 roku. Dobrze dobrane leki antyretrowirusowe i adherencja obniżają poziom wirerii we krwi do wartości niewykrywalnych, a osoba je przyjmująca jest niezakaźna (U=U).

Leczenie zakażenia HIV w Polsce jest bezpłatne dla wszystkich osób ubezpieczonych i dzieci do 18 roku życia, bez względu na status ubezpieczeniowy rodziców. Jeśli osoba nie ma ubezpieczenia (nie pracuje, nie uczy się), można nabyć do niego prawo rejestrując się w urzędzie pracy, jako osoba bezrobotna.

Leczenie zakażenia HIV nie odbywa się w każdej przychodni, dlatego trzeba będzie znaleźć odpowiednie miejsce. Zwykle są to poradnie nabytych niedoborów odporności działające przy oddziałach zakaźnych, w których odbywa się leczenie osób zakażonych HIV. Adresy można znaleźć na stronie Krajowego Centrum AIDS (w zakładce "Informacje dla osób HIV+" - link na końcu). Przy wyborze konkretnej jednostki nie obowiązuje rejonizacja. Raz rozpoczętego leczenia nie wolno przerywać.

OPIEKA NAD CIĘŻARNĄ ŻYJĄCĄ Z HIV

Czego mogą potrzebować kobiety żyjące z HIV planujące ciążę bądź spodziewające się dziecka?

Odpowiedź na to pytanie jest prosta – przede wszystkim tego samego, co kobiety niezakażone: przestrzeni do zadawania pytań, odpowiadania na wszelkie wątpliwości, zrozumienia i wsparcia. Specyficzną, dodatkową potrzebą w tej grupie PacjenteK może być oczekiwanie wiedzy na temat ciąży, porodu i zakażenia HIV u personelu medycznego, która zagwarantuje poczucie bezpieczeństwa i brak stygmatyzacji.

Planowanie ciąży

Zwykle położna nie ma zawodowego kontaktu z kobietą planującą ciążę. Warto jednak wiedzieć, jakie są zalecenia dla kobiet żyjących z HIV, które o tym myślą. Jeśli kobieta jest w trakcie leczenia, to wskazane jest, aby porozmawiała o tym z lekarzem/lekarzką prowadzącym/prowadzącą jej leczenie. Być może trzeba będzie zmienić leki na takie, które można przyjmować w czasie ciąży. Jeżeli kobieta jeszcze nie rozpoczęła leczenia, dobrze byłoby, aby o tych planach także porozmawiała ze specjalistą chorób zakaźnych. Będzie wtedy możliwe rozpoczęcie terapii lekami możliwymi do stosowania w czasie ciąży. Dobrze też poszukać ginekologa bądź ginekolożki mających doświadczenie w prowadzeniu ciąży kobiet żyjących z HIV. Kontakty do takich specjalistów można zdobyć w poradniach nabytych niedoborów odporności bądź w organizacjach pozarządowych.

Inne kwestie warte poruszenia podobne do tych, które dotyczą kobiet niezakażonych, to m.in.:

- suplementacja kwasu foliowego,
- odstawienie używek,
- badania w kierunku HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową u partnera,
- ewentualne badanie AMH oraz poziomu innych hormonów u kobiety oraz badanie nasienia u mężczyzny,
- wizyta u dentysty.

Jeśli kobieta ma niewykrywalną wiremę, zajście w ciążę drogą naturalną jest bezpieczne dla jej partnera. Jeśli wirus jest wykrywalny (a więc istnieje ryzyko zakażenia partnera w czasie aktywności seksualnej) i nie ma możliwości jej obniżenia, można rozważyć następujące opcje: inseminację domową, stosowanie PrEP przez partnera lub medyczne wspomaganie rozrodu. Tym niemniej – jeśli jest taka możliwość, warto najpierw dobrać skuteczne leczenie, ustabilizować wiremę i dopiero w następnym kroku zaplanować ciążę.

Trzeba też zaznaczyć, że test na HIV nie jest wymagany przy diagnostyce niepłodności ani w przypadku monitoringu cyklu. Jednak jest on wśród badań wymaganych w klinikach leczenia niepłodności przy przystępowaniu do procedur in vitro lub inseminacji. Zakażenie HIV nie wyklucza przeprowadzenia tych zabiegów i stosuje się je z powodzeniem zarówno u kobiet zakażonych HIV, jak i kobiet niezakażonych, mających seropozytywnych partnerów.

Ciąża

Zanim prześlemy parę ważnych informacji dotyczących ciąży u kobiety żyjącej z HIV, jedna bardzo istotna uwaga. Każda ciężarna kobieta powinna wykonać dwa badania w tym kierunku: do 10 tygodnia oraz między 33 a 37 tygodniem ciąży. Badanie powinno być także wykonane u jej partnera, gdyż ryzyko zakażenia HIV kobiety w ciąży jest trzykrotnie wyższe w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Rekomendujemy wykonanie testu w kierunku HIV u partnera w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym (PKD).

Ciężarna żyjąca z HIV powinna po stwierdzeniu ciąży jak najszybciej skontaktować się ze swoim lekarzem bądź lekarką z poradni leczenia niedoborów odporności w celu ustalenia, czy potrzebna jest zmiana leczenia i, ewentualnie, jakie dodatkowe badania powinna mieć zlecone. Zgodnie z zaleceniami PTN AIDS przed porodem lekarz powinien przekazać pacjentce tzw. pakiet porodowy, w którym znajdują się: informacje o schemacie leczenia i wynikach terapii ART, dane kontaktowe do poradni, do ośrodka specjalistycznego prowadzącego konsultacje w zakresie profilaktyki i diagnostyki dziecka oraz informacja o najbliższym punkcie wydawania leków do porodu oraz profilaktyki noworodka. Każda ciężarna zakażona HIV, leczona ARV powinna być monitorowana w odniesieniu do potencjalnych działań ubocznych terapii oraz co dwa miesiące w zakresie poziomu wirerii HIV i limfocytów CD4.

Jeżeli zakażenie zostało rozpoznane w czasie ciąży, kobieta powinna znaleźć się jak najszybciej pod opieką specjalisty chorób zakaźnych z doświadczeniem w zakresie terapii antyretrowirusowej. Stwierdzenie zakażenia HIV u ciężarnej wymaga bowiem natychmiastowego rozpoczęcia leczenia u kobiety, zabezpieczenia okresu porodu oraz właściwej profilaktyki lekowej noworodka. W zespole lekarskim powinni się zatem znaleźć specjalista chorób zakaźnych, położnik, neonatolog i pediatra.

W okresie ciąży rola położnej w edukacji przedporodowej jest niezwykle ważna. W przypadku kobiet żyjących z HIV większość wysiłków podejmowanych przez osoby będące przedstawicielami różnych elementów systemu ochrony zdrowia skupia się przede wszystkim na ograniczaniu ryzyka zakażenia dziecka. Również ciężarne zakażone HIV w większym stopniu koncentrują się na dziecku i jego bezpieczeństwie. Jest to jak najbardziej zrozumiałe. Ale to wszystko często sprawia, że z pola widzenia znika sama kobieta, jej potrzeby i oczekiwania. Dlatego warto uwzględnić w kontekście współpracy z Pacjentką jej perspektywę, wątpliwości i obawy. Ważne, aby przekazać jej wiedzę dotyczącą fizjologii porodu, możliwości uzyskania znieczulenia oraz niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Warto zapytać, czy chciałaby zdecydować się na poród z bliską osobą i jeśli tak, to kto to jest, porozmawiać o pozycjach przyjmowanych podczas porodu, oddechu czy ochronie krocza. Zakażenie HIV nie ogranicza bowiem żadnych z tych opcji i kobieta ma do nich pełne prawo.

Poród i opieka okołoporodowa

Jeśli w 34-36. tygodniu ciąży wiremia u kobiety będzie poniżej 50 kopii/ml krwi i nie będzie żadnych innych wskazań do cesarskiego cięcia, poród może odbyć się siłami i drogami natury. W przypadku utrzymującej się (niezależnie od wysokości) wykrywalnej wiremii u ciężarnej, w trakcie porodu rodząca powinna otrzymać dożylną zydowudynę®.

Nie ma przeciwwskazań do porodu rodzinnego i jeśli pacjentka wyraża taką chęć, należy jej to umożliwić. Kobieta żyjąca z HIV ma takie samo prawo do obecności przy porodzie osoby bliskiej, jak każda inna kobieta.

Aby zminimalizować ryzyko zakażenia u dziecka, powinno zostać ono umyte od razu po porodzie. Rekomendacje PTN AIDS nie precyzują, czy po dokonaniu wszystkich procedur związanych z ograniczeniem ryzyka zakażenia, kobieta może liczyć na kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” i jak długo ma on trwać. Zwykle zależy to od praktyki danego szpitala. Nie ma jednak przeciwwskazań do takiego kontaktu – ani tym bardziej nie ma takiego zakazu. Biorąc pod uwagę korzyści zarówno dla matki, jak i dla dziecka, warto poruszyć ten temat z pacjentką i jeśli jest to dla niej ważne oraz wyraża ona taką chęć, umożliwić jej taki kontakt z dzieckiem.

Jeśli poziom wirerii będzie wyższy (powyżej 50 kopii/ml krwi), zalecane jest rozwiązanie ciąży poprzez planowe cięcie cesarskie po ukończonym 38. tygodniu. Podobnie dzieje się, jeśli zakażenie HIV zostało zdiagnozowane u kobiety pod koniec ciąży i nie przyjmowała ona leków i/lub nieznaną jest poziom wirerii.

Karmienie piersią

WHO uznaje, że kobiety leczone antyretrowirusowo i zachowujące pełną adherencję w leczeniu, mogą karmić piersią (choć są to wytyczne dla całego świata). Według polskich rekomendacji PTN AIDS nie ma na dziś dostatecznej liczby badań pozwalających uznać, że w przypadku niewykrywalnej wirerii karmienie piersią jest całkowicie bezpieczne. Według nich ryzyko przy leczeniu wynosi nieco ponad 3-4% w zależności od długości karmienia, a u kobiet nieleczonych ART może wynosić nawet do 40%.

Jeśli kobieta zdecyduje o niekarmieniu piersią, powinna otrzymać po porodzie leki hamujące laktację. Natomiast dziecko może być karmione mieszkanką mlekozastępczą lub mlekiem kobiecym z Banku Mleka Kobiacego. W przypadku kobiet żyjących z HIV nie ma w tym zakresie żadnych ograniczeń.

Warto też zaznaczyć, że kobiety różnie reagują na podawane leki, dlatego edukacja co do możliwych objawów niepożądanych oraz wsparcie emocjonalne w tej sytuacji mogą być bardzo pomocne. W kwestii karmienia piersią ważne są indywidualne odczucia: niektóre kobiety chętnie rezygnują z karmienia piersią, ale dla innych jest to bardzo trudna decyzja. Z myślą o tych ostatnich należy zadbać o to, aby nie trafiały do nich materiały (często obecne w szpitalach położniczych) dotyczące wspierania laktacji czy przewagi wartości karmienia piersią nad karmieniem mieszkanką. Może to wywołać duży dyskomfort i zwiększyć poczucie winy.

Jeśli kobieta zakażona HIV zdecyduje się na karmienie piersią – bo jest to zawsze przede wszystkim jej decyzja – powinna otrzymać niezbędną pomoc i wsparcie ze strony personelu medycznego w celu zminimalizowania ryzyka przeniesienia zakażenia HIV na dziecko. Jeżeli sytuacja diagnostyczna dotycząca zakażenia HIV rozpoznanego u matki w okresie porodu jest niejednoznaczna (np. reaktywny wynik testu szybkiego i brak testu molekularnego), karmienie piersią należy odroczyć do czasu wyjaśnienia statusu HIV matki. W tej sytuacji należy jednak podtrzymywać laktację u matki i można przywrócić karmienie piersią po wykluczeniu zakażenia HIV. Pomocna w tym przypadku może być konsultacja z doradcą laktacyjnym, o ile istnieje taka możliwość.

Profilaktyka zakażeń wertykalnych u dziecka

Noworodek powinien otrzymać leki antyretrowirusowe w ciągu 4-48 godzin po urodzeniu. Ich liczba zależy od skuteczności ART u matki oraz od ewentualnych czynników ryzyka w okresie porodu, takich jak: odejście wód płodowych ponad 4 godziny przed urodzeniem dziecka, stosowanie kleszczy położniczych, próżniociągu, wykonanie amniocentezy. Gdy wiremia u matki była niewykrywalna przez minimum 10 tygodni przed porodem oraz w 36. (lub kolejnych) tygodniu ciąży, a sam poród przebiegł bez powikłań, to podawanie leków można ograniczyć do 2 tygodni. W innym przypadku terapia potrwa 4 tygodnie lub dłużej w wyjątkowych sytuacjach – jeśli ryzyko zakażenia jest szczególnie wysokie. Do dzieci urodzonych przedwcześnie stosuje się indywidualne podejście.

Badania u dziecka

W przypadku noworodka urodzonego przez kobietę zakażoną HIV nie wykonuje się zwykłego testu przesiewowego. Wykrywa on bowiem przeciwciała anty-HIV – w organizmie malucha są one na pewno obecne – to przeciwciała odmatczyne, które przenikają przez łożysko do organizmu dziecka. Test przesiewowy wykonany u takiego dziecka w związku z tym zawsze będzie dodatni. Ta sytuacja potrwa tak długo, aż przeciwciała odmatczyne zostaną w całości wydalone z organizmu dziecka – może to potrwać do 18 miesiąca życia.

Dlatego u noworodków wykonywane są badania testem molekularnym (HIV RNA) i poziomem limfocytów CD4, w różnych odstępach czasu w zależności od sytuacji zdrowotnej matki. Jeśli kobieta była w leczeniu, wiremia w okolicach porodu miała poziom niewykrywalny a dziecko otrzymało lek – to pierwsze badanie zostanie wykonane u niego około 30 dni po porodzie, drugie w wieku 4 miesięcy. Oba ujemne badania ostatecznie wykluczają zakażenie, o ile kobieta nie karmi piersią. Jeśli karmi piersią, diagnostyka prowadzona będzie przez cały okres karmienia.

Jeśli wiremia nie była niewykrywalna, ale miała poziom poniżej 400 kopii/ml krwi, to pierwsze badanie zostanie wykonane w 2. tygodniu życia dziecka, następne w 6. tygodniu i kolejne w 4. miesiącu. Przy wyższej wirerii badania zostaną wykonane czterokrotnie, w tym pierwsze w pierwszych dobach życia, przed wypisaniem ze szpitala, a ostatnie, podobnie jak w pozostałych przypadkach, w wieku 4 miesięcy.

Leczenie ARV dzieci zakażonych wertykalnie należy rozpocząć jak najszybciej. Po potwierdzeniu infekcji HIV u niemowlęcia cART zalecane jest tak szybko, jak to możliwe, wg CDC w pierwszych 12 tygodniach życia dziecka, a wg PENTA w pierwszym półroczu życia dziecka. Wczesne skuteczne leczenie ogranicza rezerwuar wirusa, daje nadzieję na funkcjonalne wyleczenie. Bardzo wczesna interwencja terapeutyczna powoduje, że dzieci nie wytwarzają przeciwciał anty-HIV, nie dochodzi do aktywacji

limfocytów CD8 i uwalniania cytokin. Funkcje limfocytów CD4 i CD8 (specyficznych w odpowiedzi na HIV) są zachowane, infekcja jest kontrolowana, progresja choroby (bardzo szybka w naturalnym przebiegu wertykalnego zakażenia HIV) zostaje spowolniona. Współpraca z opiekunami dziecka jest warunkiem jego skutecznej terapii (Zalecenia PTN AIDS, s. 126)

Gdy trzeba przekazać informację o zakażeniu

Może się tak zdarzyć, że położna będzie musiała jako pierwsza przekazać informację o zakażeniu swojej pacjentce. Warto dobrze się do tego przygotować – przede wszystkim poprzez zdobycie jak najwięcej aktualnych informacji na ten temat. Zakażenie HIV i choroba AIDS wielu ludziom kojarzy się bardzo negatywnie. To zrozumiałe – każda choroba, zwłaszcza przewlekła, niepokoi i martwi. Ale trzeba pamiętać o tym, że zakażenie HIV nie jest dziś śmiertelne, ma raczej charakter przewlekły – to znaczy, że można z nim żyć i realizować się w różnych sferach życia (rodzinnej i rodzicielskiej, zawodowej, seksualnej itp.), bez lęku przed śmiercią. Podstawą jest tutaj wiedza, bo lęk najczęściej jest związany z „nieznaniem”. Im bardziej go oswoimy (będziemy więcej wiedzieć, mieć większą świadomość), tym łatwiej będzie nam funkcjonować wśród innych ludzi.

Społeczny kontekst zakażenia

To, co nadal jest realnym problemem dla osób żyjących z HIV, to społeczna stygmatyzacja. Pomimo, że zakażyć może się każda osoba, bez względu na status społeczny, poziom wykształcenia, pochodzenie czy orientację seksualną, to osoby seropozytywne wciąż spotykają się z nieprzychylnymi postawami i uprzedzeniami. Mimo, iż wiadomo od dawna, że w codziennych kontaktach nie można zakażyć się wirusem, a dodatkowo od pewnego czasu dysponujemy dowodami naukowymi, że od osób leczonych ARV nie można się zakażyć, to wciąż w niektórych miejscach ludzie HIV+ bywają naznaczani, izolowani i dotyka ich ostracyzm społeczny. Problem ten dotyczy także jednostek medycznych – znane są

historie niepotrzebnego izolowania pacjentów czy pacjentek w osobnych salach, specjalnego oznaczania ich łóżek czy dokumentacji. Dlatego dobra relacja z pracownikami i pracownicami ochrony zdrowia może mieć kluczowe znaczenie dla dobrostanu pacjentki w szpitalu, oddziale położniczym czy w przychodni. Może być tak, że położna będzie pierwszą osobą, która da przykład niestygmatyzującego traktowania. Taki kontakt ma szansę być największym wsparciem w trudnym okresie porodu i połogu.

Jest prawdopodobne, że niektóre rodzące żyjące z HIV mogą być szczególnie wyczulone na działania i oceny personelu. Mogą odczuwać wyższy lęk zgłaszając się do porodu, wynikający z obawy przed reakcją na wiadomość o zakażeniu. Spokój, otwartość i życzliwość, a także wiedza położnej w tym zakresie mogą uspokoić pacjentkę, zbudować poczucie bezpieczeństwa a w konsekwencji znacznie ułatwić poród.

Mamy świadomość, że niewielka liczba położnych spotka w swojej pracy kobiety żyjące z HIV i nie będą one ich częstymi pacjentkami. Ale właśnie dlatego wiedza o tym, jak wspierać takie pacjentki i jak dbać o własne bezpieczeństwo pracy, może być trudno dostępna. Dlatego liczymy na życzliwe przyjęcie tego Poradnika i zachęcamy do jego uważnej lektury.

Będziemy też wdzięczne za wszelkie uwagi dotyczące jego treści, które prosimy przesyłać na adresy:
maria.brodzikowska@gmail.com
agawalendzik@gmail.com.

Maria Brodzikowska
Agnieszka Walendzik-Ostrowska

SŁOWNICZEK

Adherencja – dokładne przestrzeganie zaleceń lekarskich w zakresie prowadzonego leczenia (np. regularne przyjmowanie leków), im wyższa adherencja, tym lepsze efekty leczenia

AIDS – zespół nabytego niedoboru odporności (ang. Acquired Immunodeficiency Syndrome)

AMH – hormon antymüllerowski, jego badanie dostarcza informacji na temat rezerwy jajnikowej a przez to pozwala określić płodność kobiety

ART – terapia antyretrowirusowa (ang. antiretroviral treatment) – polega na przyjmowaniu przez osoby zakażone HIV leków, które obniżają poziom wirusa we krwi

ARV – antyretrowirusowy (ang. antiretroviral)

Badanie przesiewowe (test przesiewowy) – testy najczęściej wykorzystywane w diagnozowaniu zakażenia HIV; szukają w krwi przeciwciał przeciwko wirusowi; wynik ujemny wykonany w odpowiednim czasie (6 tygodni po ryzyku), oznacza brak zakażenia; jeśli reagują, należy wykonać inny test, który potwierdzi (lub wykluczy) zakażenie (np. test potwierdzenia lub molekularny)

cART – skojarzona terapia antyretrowirusowa (ang. combination antiretroviral treatment) - polega na przyjmowaniu kombinacji kilku leków obniżających poziom wirusa we krwi

CD4 – komórki odporności, które wirus wykorzystuje do tego, żeby powielać się w organizmie i w konsekwencji doprowadza do ich umierania

CDC – Centrum Kontroli Chorób (ang. Centers for Disease Control and Prevention), amerykańska instytucja zajmująca się zapobieganiem chorobom (zwłaszcza zakaźnym) oraz ich monitoringiem i zwalczaniem

HIV – ludzki wirus niedoboru odporności (ang. Human Immunodeficiency Virus) z grupy retrowirusów RNA

PKD – Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne, oferujące poradnictwo i bezpłatne i anonimowe testy w kierunku HIV

PEP – profilaktyka poekspozycyjna (ang. post-exposure prophylaxis), polega na ocenie potencjalnego ryzyka zakażenia podczas ekspozycji i wdrożeniu adekwatnego postępowania mającego za zadanie uchronienie przed zakażeniem osoby, która ekspozycji uległa

PENTA – międzynarodowa organizacja naukowa zajmująca się badaniami pediatrycznymi, której celem jest określanie i wdrażanie najlepszych sposobów zapobiegania, diagnozowania i leczenia chorób u dzieci

PrEP – profilaktyka przedekspozycyjna (ang. pre-exposure prophylaxis), polega na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych przez osobę niezakażoną, aby chronić się przed zakażeniem HIV

PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS

Test molekularny (NAAT – nucleic acid amplification test), HIV RNA – bardziej specjalistyczny test, szuka w krwi RNA samego wirusa a nie przeciwciał, jak w przypadku testów przesiewowych; wykorzystywany w diagnostyce i w monitorowaniu skuteczności leczenia

Test potwierdzenia Western-blot – metoda diagnostyczna stosowana w przypadku dodatniego wyniku testu przesiewowego; test wykrywając konkretne białka wirusowe ostatecznie potwierdza zakażenie HIV

UNAIDS – Program Narodów Zjednoczonych ds. AIDS

U=U – (ang. Undetectable = Untransmittable) – Niewykrywalny = Niezakaźny, kampania UNAIDS propagująca podejmowanie leczenia antywirusowego, którego celem i efektem jest obniżenie u osoby zakażonej HIV wirerii do wartości niewykrywalnych, co prowadzi do braku ryzyka zakażenia innych osób

Wiremia – poziom wirusa we krwi, podstawowe badanie wykonywane u osób zakażonych HIV

WAŻNE ORGANIZACJE I INSTYTUCJE

Fundacja „Rodzic po Ludzku”, Fundacja Edukacji Społecznej (Warszawa),
Fundacja Parasol (Toruń), Krajowe Centrum ds. AIDS, Polskie Towarzystwo
Naukowe AIDS, Pomorski Dom Nadziei (Gdańsk), Rzecznik Praw Pacjenta
Społeczny Komitet ds. AIDS (Warszawa), Stowarzyszenie Faros (Białystok)
Stowarzyszenie Podwałe Siedem (Wrocław)
Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat” (Kraków)
Stowarzyszenie Wolontariuszy Da Du (Szczecin)
Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami” (Warszawa)
Towarzystwo Rozwoju Rodziny (Zielona Góra)

ŹRÓDŁA

Zeskanuj kod aparatem telefonu i otwórz stronę internetową



"Guideline. Updates on HIV and infant feeding", WHO, Unicef 2016 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf>



Broszura na temat ciąży i porodu dla kobiet HIV+ (po angielsku) <https://www.aidsmap.com/about-hiv/basics/having-baby>



Depresja okołoporodowa <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka-w-depresji>



Krajowe Centrum ds. AIDS www.aids.gov.pl



Placówki prowadzące leczenie zakażenia HIV www.aids.gov.pl/na-strone-glowna/poradnie_hiv



Profilaktyka poekspozycyjna www.aids.gov.pl/co-robic



Profilaktyka przedekspozycyjna www.prep.edu.pl



Punkty anonimowego i bezpłatnego testowania (punkty konsultacyjno-diagnostyczne - PKD) [www.aids.gov.pl/p-
kd](http://www.aids.gov.pl/p-
kd)



Standardy opieki okołoporodowej [https://rodzicpolud-
ku.pl/poznaj-swoje-prawa/standard-opieki-
-okoloporodowej-poznaj-swoje-prawa/ii-trymestr-3](https://rodzicpolud-
ku.pl/poznaj-swoje-prawa/standard-opieki-
-okoloporodowej-poznaj-swoje-prawa/ii-trymestr-3)



Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia
Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, 2022 i 2023
[www.ptnaids.pl/images/pliki/zalecenia_2022_inter-
net_OK.pdf](http://www.ptnaids.pl/images/pliki/zalecenia_2022_inter-
net_OK.pdf)

Poradnik wydany przez Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat”
ze środków uzyskanych w konkursie „Pozytywnie Otwarci”

iSBN: 978-83-944232-8-5

Kraków 2023

Pozytywnie
otwarcia



Jeden
Świat