



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΘΕΤΗΣ
ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΗΙΥ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ**

**ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Ο.Δ.Υ.)
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΓΡΑΦΩΝ 3-5, ΜΑΡΟΥΣΙ 15123
ΤΗΛ: 2105212000**

Αθήνα 2020

Εισαγωγή

Ο HIV μεταδίδεται από την HIV οροθετική μητέρα στο έμβρυο/νεογνό διαπλακουντιακά σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά τον τοκετό και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Με την εφαρμογή του προγεννητικού έλεγχου για HIV, την εφαρμογή συστηματικών παρεμβάσεων στην έγκυο συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης αντιρετροϊκής αγωγής, την αποφυγή μητρικού θηλασμού και τη χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής στο νεογνό ο κίνδυνος μετάδοσης έχει μειωθεί σε ποσοστό μικρότερο του 1% στις αναπτυγμένες χώρες.

Στην Ελλάδα, ο έλεγχος για HIV συμπεριλαμβάνεται στον προγεννητικό έλεγχο όλων των γυναικών μετά από ενημέρωση της εγκύου. Συστήνεται να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και μέσα στο 1ο τρίμηνο. Σε ειδικές ομάδες πληθυσμού πρέπει να συστήνεται και στο 3ο τρίμηνο της κύησης, ακόμα και κατά τον θηλασμό [«Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε κλινικά και μη κλινικά πλαίσια» (https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing_6-2014.pdf)].

Οι παρούσες συνοπτικές κατευθυντήριες οδηγίες αφορούν στην πρόληψη της κάθετης μετάδοσης του HIV από την μητέρα στο νεογνό και απευθύνονται σε όλους τους γυναικολόγους, νεογνολόγους και παιδίατρους που εργάζονται σε όλες τις νοσηλευτικές δομές της ελληνικής επικράτειας. Όλα τα περιστατικά, στα οποία ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης του HIV είναι υψηλός, πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επείγοντα, και να λαμβάνουν χώρα όλες οι αναγκαίες παρεμβάσεις άμεσα, τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό.

Εθνικοί στόχοι αποτελούν, αφενός η διατήρηση της σεξουαλικής και της αναπαραγωγικής υγείας αλλά και ο μηδενισμός των νέων μολύνσεων HIV μέσω της κάθετης μετάδοσης σε όλα τα άτομα που διαμένουν στην Ελλάδα (ημεδαποί-αλλοδαποί).

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Βασιλική Σπούλου, Παιδίατρος- Λοιμωξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Μαρία Νόννη, Παιδίατρος- Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολόγος Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Δήμητρα Παρασκευά, Ιατρός-Παθολόγος, MSc, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Πρόληψης και Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ και Ηπατιτίδων, Ε.Ο.Δ.Υ.

Μαγδαληνή Πύλλη, Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS , Ε.Ο.Δ.Υ.

Με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης & Αντιμετώπισης του AIDS:

Πρόεδρος: Μ. Κ. Λαζανάς

Αντιπρόεδρος: Χ. Γώγος

Γεν. Γραμματέας: Α. Παπαδόπουλος

Ειδ. Γραμματέας: Β. Σακκά

Ταμίας: Μ. Γκίκα

Μέλη: Γ. Αδάμης

Δ. Παρασκευά

Π. Κολλάρας

Β. Σπούλου

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕ ΑΓΝΩΣΤΟ HIV ΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Έγκυες με άγνωστο HIV ορολογικό προφίλ¹

- Στις περιπτώσεις εγκύων με άγνωστο HIV ορολογικό προφίλ πρέπει να διενεργείται ταχύς έλεγχος για HIV κατά τον τοκετό ή όσο το δυνατόν συντομότερα μετά τον τοκετό και σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος θα πρέπει να πραγματοποιείται άμεση έναρξη χημειοπροφύλαξης στο νεογνό.
- Μετά από κάθε θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας ταχείας ανίχνευσης αντισωμάτων στη μητέρα, πρέπει να ακολουθεί επιβεβαιωτική δοκιμασία. Εάν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, να διακόπτεται η χημειοπροφύλαξη στο νεογνό. Εάν είναι θετικό, να γίνεται έλεγχος του νεογνού περιγεννητικά με μέτρηση του ιϊκού φορτίου.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ HIV ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ HIV ΘΕΤΙΚΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

Εργαστηριακή διάγνωση της HIV λοίμωξης σε νεογνά HIV θετικών μητέρων¹

Τα μητρικά αντισώματα μέσω της εμβρυοπλακουντιακής επικοινωνίας εισέρχονται στη κυκλοφορία του εμβρύου και μπορεί να είναι ανιχνεύσιμα στο βρέφος για 18 μήνες. Γι' αυτό το λόγο, οι μετρήσεις του τίτλου τους δεν αντικατοπτρίζουν το HIV ορολογικό προφίλ του νεογνού. Για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε ηλικίες <18 μηνών απαιτείται η χρήση μοριακών μεθόδων για τον προσδιορισμό του ιϊκού φορτίου (PCR RNA)².

Έλεγχος για HIV λοίμωξη νεογνών HIV θετικών μητέρων¹

- Κάθε νεογνό HIV θετικής μητέρας, πρέπει να ελέγχεται σε ηλικία 14-21 ημερών, 1-2 μηνών και 4-6 μηνών με μέτρηση του ιϊκού φορτίου. Επιπλέον, η μέτρηση ιϊκού φορτίου στη γέννηση, πρέπει να πραγματοποιείται σε νεογνά με αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής μετάδοσης, όπως σε περιπτώσεις γυναικών που δεν επιτεύχθηκε ιϊκή καταστολή κατά τη διάρκεια της κύησης ή διαγνώστηκαν κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- Τα νεογνά HIV θετικών μητέρων θα λάβουν, βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών, προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή για 6 εβδομάδες. Τα έως τώρα δεδομένα δεν δείχνουν καθυστέρηση στη διάγνωση της HIV λοίμωξης με μέτρηση του ιϊκού φορτίου με PCR σε βρέφη που έλαβαν zidovudine (AZT). Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να αποκλείουν καθυστέρηση στη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε περίπτωση βρεφών που λαμβάνουν συνδυασμό αντιρετροϊκών σκευασμάτων για προφυλακτική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή η λήψη του 2^{ου} ιϊκού φορτίου θα πρέπει να λαμβάνεται 2 ως 4 εβδομάδες μετά τη διακοπή της προφυλακτικής αγωγής.
- Κάθε θετικός ιολογικός έλεγχος πρέπει να επιβεβαιώνεται με δεύτερη μέτρηση ιϊκού φορτίου από διαφορετική αιμοληψία, όσο το δυνατόν συντομότερα.
- Η HIV λοίμωξη μπορεί μερικώς να αποκλεισθεί σε βρέφη που δεν θηλάζουν με δύο αρνητικούς ελέγχους, στην ηλικία \geq των 14 ημερών και \geq του 1 μηνός, ενώ οριστικός αποκλεισμός γίνεται με δύο αρνητικά ιϊκά φορτία το ένα στον 1^ο μήνα ζωής και το δεύτερο σε ηλικία \geq 4 μηνών³.
- Το αρνητικό HIV status του βρέφους που δεν θηλάζει επιβεβαιώνεται με έλεγχο αντισωμάτων σε ηλικία 18 μηνών.

Αντιρετροϊκή προφυλακτική αγωγή HIV(+) μητέρας και νεογνού που εκτέθηκε στον HIV

- Η χορήγηση zidovudine στη μητέρα κατά τη διάρκεια του τοκετού (βλ. πίνακα 2α) και στο νεογνό μετά τον τοκετό συνιστάται ανεξάρτητα από το εάν η κύηση είναι χαμηλού ή αυξημένου κινδύνου (βλ. πίνακα 1)⁴ και το ιστορικό αντοχής της μητέρας στη zidovudine.
- Όλα τα νεογνά HIV θετικών μητέρων πρέπει να λάβουν 6 εβδομάδες αγωγή με AZT για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης. Η προφυλακτική αγωγή του βρέφους μπορεί να διακοπεί στις 4 εβδομάδες, εφόσον η μητέρα έχει λάβει αντιρετροϊκή θεραπεία κατά την κύηση, έχει τεκμηριωμένα καλή συμμόρφωση, έχει επιτευχθεί πλήρης ιϊκή καταστολή πριν τον τοκετό και υπάρχει ένας αρνητικός ιολογικός έλεγχος του νεογνού⁵.
- Η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για τα νεογνά μητέρων με αντοχή στα αντιρετροϊκά είναι άγνωστη. Για γυναίκες με ιϊκούς πληθυσμούς που παρουσιάζουν μικτή αντοχή στη zidovudine, φαίνεται σύμφωνα με μελέτες, ότι οι ιοί που μεταδίδονται κυρίως στο νεογνό είναι συνήθως ευαίσθητοι παρά ανθεκτικοί στο AZT. Έτσι, οι 6 εβδομάδες προφυλακτικής αγωγής με AZT συνεχίζουν να συνιστώνται ακόμα και όταν ανιχνεύεται στη μητέρα ιός ανθεκτικός στο AZT [maternal zidovudine –resistant virus with thymidine-associated mutations (TAMs)].
- Τα βρέφη χαμηλού κινδύνου πρέπει να λαμβάνουν άμεσα μετά τον τοκετό zidovudine (εντός 6-12 ωρών και το αργότερο εντός 72 ωρών). Η δόση προφύλαξης της zidovudine πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία κύησης και/ή το βάρος γέννησης (βλ. πίνακα 2β).
- Τα βρέφη αυξημένου κινδύνου πρέπει να λάβουν συνδυασμό φαρμάκων, όσο το δυνατόν συντομότερα μετά τον τοκετό. Συνιστάται η χορήγηση τριών αντιρετροϊκών φαρμάκων (βλ. πίνακα 2β).
- **Η χορήγηση τριπλής προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής σε βρέφη αυξημένου κινδύνου πραγματοποιείται κατόπιν συζήτησης με ειδικό παιδίατρο-λοιμωξιολόγο.**

Αρχικός έλεγχος μετά τον τοκετό σε νεογνό HIV θετικής μητέρας

- Αρχική εκτίμηση: Έλεγχος γενικής αίματος, ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας.
- Ο επανέλεγχος των αιματολογικών παραμέτρων στο βρέφος γίνεται σε ηλικία 14-21 ημερών και κατόπιν εξειδικεύεται κατά περίπτωση. Βασίζεται στην ύπαρξη παθολογικών Οαποτελεσμάτων κατά τον αρχικό έλεγχο, την κλινική κατάσταση του βρέφους και την ταυτόχρονη χορήγηση άλλων φαρμάκων.
- Μερικοί ειδικοί συνιστούν πιο στενή παρακολούθηση των αιματολογικών δεικτών, της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας σε βρέφη που εκτέθηκαν ενδομητρίως και κατά τη νεογνική περίοδο σε αντιρετροϊκά⁶.
- Η μέτρηση του γαλακτικού οξέος ως εξέτασης ρουτίνας δε συστήνεται.
- Μέτρηση ιικού φορτίου πραγματοποιείται αρχικά σε ηλικία 14-21 ημερών, ενώ στην περίπτωση βρέφους αυξημένου κινδύνου συστήνεται ο πρώτος έλεγχος να γίνεται αμέσως μετά τη γέννηση.
- Η χημειοπροφύλαξη με cotrimoxazole για την πρόληψη της λοίμωξης από pneumocystis jirovecii αφορά περιπτώσεις βρεφών οροθετικών μητέρων με σοβαρού βαθμού λεμφοπενία⁷ και χορηγείται κατόπιν συζήτησης με ειδικό παιδίατρο-λοιμωξιολόγο.

Μακροχρόνια παρακολούθηση παιδιών που έχουν εκτεθεί στην αντιρετροϊκή αγωγή

- Τα παιδιά με ενδομήτρια και νεογνική έκθεση στα αντιρετροϊκά φάρμακα που εμφανίζουν σοβαρές οργανικές δυσλειτουργίες, ιδιαίτερα του νευρικού συστήματος και της καρδιάς άγνωστης αιτιολογίας, θα πρέπει να εκτιμώνται για πιθανή μιτοχονδριακή δυσλειτουργία⁸.
- Η παρακολούθηση των παιδιών με έκθεση στα αντιρετροϊκά φάρμακα πρέπει να συνεχίζεται σε ειδικά κέντρα αναφοράς για την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών που σχετίζονται με την αντιρετροϊκή αγωγή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κύηση αυξημένου και χαμηλού κινδύνου μετάδοσης του HIV-Ορισμοί

Η κύηση αυξημένου κινδύνου μετάδοσης HIV αφορά:
<ol style="list-style-type: none">1. Γυναίκες οι οποίες έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά δεν έχουν επιτύχει πλήρη ιϊκή καταστολή κατά τον τοκετό, ιδιαίτερα εάν το παιδί γεννιέται με φυσιολογικό τοκετό.2. Γυναίκες οι οποίες έλαβαν αγωγή μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού.3. Γυναίκες οι οποίες δεν έλαβαν αγωγή ούτε στην κύηση ούτε στον τοκετό.4. Γυναίκες με γνωστή γονοτυπική αντοχή και ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο.5. Γυναίκες με άγνωστο HIV ορολογικό προφίλ κατά το τοκετό και θετικό ταχύ test για HIV.
Η κύηση χαμηλού κινδύνου μετάδοσης HIV αφορά:
Γυναίκες, οι οποίες έχουν λάβει αντιρετροϊκή αγωγή καθ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και έχουν επιτύχει πλήρη ιϊκή καταστολή πριν από τον τοκετό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Οδηγίες για την αντιρετροϊκή αγωγή της μητέρας και του βρέφους για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης

ΠΙΝΑΚΑΣ 2α. Αντιρετροϊκή αγωγή της μητέρας κατά τη διάρκεια του τοκετού	
Zidovudine	
1 ^η ώρα: 2mg/kg Β.Σ. IV ΚΑΙ στη συνέχεια 1mg/kg Β.Σ. ανά ώρα	Έναρξη 3 ώρες πριν τον τοκετό έως την απολίνωση του ομφάλιου λώρου
ΠΙΝΑΚΑΣ 2β. Προφυλακτική αγωγή του νεογνού για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης	
(I) Κύηση χαμηλού κινδύνου	
Zidovudine Έναρξη κατά προτίμηση εντός 6-12 ωρών από τη γέννηση έως <72 ώρες. Διάρκεια: 6 εβδομάδες	
Κύηση: ≥35 εβδομάδων	4mg /kg Β.Σ. ανά δόση από το στόμα κάθε 12 ώρες ή 3 mg/kg ανά δόση IV κάθε 12 ώρες
Κύηση <35 εβδομάδων έως ≥30 εβδομάδων	2mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 1.5mg/kg IV) ΚΑΙ στη συνέχεια, 3 mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 2.3 mg/kg IV) στις 2 εβδομάδες ζωής
Κύηση: <30 εβδομάδων:	2mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες, (ή 1.5 mg/kg IV) ΚΑΙ στη συνέχεια, 3 mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 2.3 mg/kg IV) στις 4 εβδομάδες ζωής
(II) Κύηση αυξημένου κινδύνου	
1. Zidovudine Έναρξη κατά προτίμηση εντός 6-12 ωρών από τη γέννηση έως <72 ώρες. Διάρκεια: 6 εβδομάδες	
Κύηση: ≥35 εβδομάδων	4mg /kg Β.Σ. ανά δόση από το στόμα κάθε 12 ώρες ή 3 mg/kg ανά δόση IV κάθε 12 ώρες
Κύηση <35 εβδομάδων έως ≥30 εβδομάδων	2mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 1.5mg/kg IV) ΚΑΙ στη συνέχεια 3 mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 2.3 mg/kg IV) στις 2 εβδομάδες ζωής
Κύηση: <30 εβδομάδων:	2mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες, (ή 1.5 mg/kg IV) ΚΑΙ στη συνέχεια 3 mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 2.3 mg/kg IV) στις 4 εβδομάδες ζωής
2. Nevirapine	
Β.Σ. στη γέννηση 1.5-2 kg: 8 mg ανά δόση από το στόμα Β.Σ. στη γέννηση >2 Kg: 12 mg ανά δόση από το στόμα 3 δόσεις την 1 ^η εβδομάδα ζωής <ol style="list-style-type: none"> 1. 1^η δόση στις πρώτες 48 ώρες από τη γέννηση 2. 2^η δόση 48 ώρες μετά την 1^η δόση 3. 3^η δόση 96 ώρες μετά τη 2^η δόση 	
3. Lamivudine	
2 mg/kg Β.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες για 7 ημέρες	

ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ^{9, 10}

- Σε εγκύους που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή και έχουν επιτύχει καταστολή του ιικού φορτίου (HIV-RNA πλάσματος < 50 αντ./ml) κατά την 36^η εβδομάδα της κύησης, ενθαρρύνεται ο προγραμματισμός φυσιολογικού τοκετού, εάν δεν υπάρχει άλλη αντένδειξη.
- Σε εγκύους που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή και τα επίπεδα του ιικού φορτίου πλάσματος ανέρχονται σε 50 – 399 αντ./ml κατά την 36^η εβδομάδα της κύησης, θα πρέπει να τεθεί υπό σκέψη η διενέργεια καισαρικής τομής πριν τον τοκετό, λαμβάνοντας υπόψη και άλλους παράγοντες (για παράδειγμα χρονικό διάστημα λήψης αντιρετροϊκής αγωγής, συμμόρφωση στη χορηγούμενη θεραπεία, γυναικολογικό ιστορικό).
- Σε εγκύους που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή και τα επίπεδα του ιικού φορτίου πλάσματος ανέρχονται σε > 400 αντ./ml κατά την 36^η εβδομάδα της κύησης, συστήνεται η διενέργεια καισαρικής τομής.
- Σε εγκύους που δεν λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή ή/και διαγιγνώσκονται με HIV κατά τη διάρκεια του τοκετού θα πρέπει να γίνεται καισαρική τομή.

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

- Ενσωμάτωση εξέτασης για HIV στον προγεννητικό έλεγχο της κάθε εγκύου σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης είναι αναρτημένες στον ιστότοπο του Ε.Ο.Δ.Υ και περιλαμβάνουν τις συστάσεις σχετικά με τη συχνότητα εξέτασης για HIV κατά τον προγεννητικό έλεγχο (https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing_6-2014.pdf).
- Εάν το αποτέλεσμα της επιβεβαιωτικής εξέτασης HIV είναι θετικό θα ενημερώνεται ο ΕΟΔΥ μέσω του ειδικού εντύπου «Δελτίο δήλωσης HIV οροθετικού ατόμου» (<https://eody.gov.gr>).
- Διασύνδεση κάθε HIV θετικής γυναίκας με Μονάδα Λοιμώξεων ή Εξωτερικό Ιατρείο για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης.
- Για κάθε HIV θετική έγκυο που παρακολουθείται σε Μονάδα Λοιμώξεων ή Εξωτερικό Ιατρείο θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα όλες οι αναγκαίες ενέργειες για την προετοιμασία της αγωγής για την ώρα του τοκετού και την προφυλακτική αγωγή του νεογνού εγκαίρως, και σίγουρα μεταξύ 34^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας. Θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία του Ε.Ο.Δ.Υ., του ιατρού της Μονάδας Λοιμώξεων/Εξωτερικού Ιατρείου Παρακολούθησης HIV (+) ασθενών, του Γυναικολόγου, του Νεογνολόγου και του Παιδιάτρου Λοιμωξιολόγου και εάν χρειαστεί άλλων υπηρεσιών για τη συμμόρφωση της εγκύου και τη σωστή διαχείριση του περιστατικού, ώστε να εξασφαλιστεί η εφαρμογή των κατευθυντηρίων οδηγιών.
- Διασφάλιση ύπαρξης ελέγχου ταχείας ανίχνευσης "rapid test" για κάθε έγκυο που προσέρχεται για τοκετό χωρίς να είναι γνωστό το HIV ορολογικό της προφίλ.
- Προμήθεια μέσω των Φαρμακείων των Νοσοκομείων αποθέματος προφυλακτικής αγωγής για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης κατά τη διάρκεια του τοκετού και μετά [i.v. Retrovir (AZT), Sir Retrovir (AZT), Sir Viramune (NVP), Sir Eprivir (3TC)] μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στη Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων του ΕΟΔΥ (FAX: 210 52 12 155, τηλέφωνα: 2105212131, -132, -133). Το απόθεμα των αντιρετροϊκών φαρμάκων αντικαθίσταται μετά από κάθε χρήση μέσω της συμπλήρωσης και αποστολής στη Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων του ΕΟΔΥ του δελτίου «Η ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΘΕΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ HIV» (<https://eody.gov.gr>). Η Διεύθυνση Πρόληψης & Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ & Ηπατιτίδων του ΕΟΔΥ συντάσσει τα σχετικά έγγραφα και τα

αποστέλλει στο Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), μέσω του οποίου πραγματοποιείται η αποστολή των αιτούμενων φαρμάκων στα αντίστοιχα νοσοκομεία. Συστήνεται ο τακτικός έλεγχος της ημερομηνίας λήξης των φαρμάκων, προκειμένου να πραγματοποιούνται έγκαιρα όλες οι διαδικασίες αντικατάστασής τους χωρίς επιπλέον κόστος για το νοσοκομείο.

- Επικοινωνία του Νεογνολογικού τμήματος του κάθε νοσοκομείου με τη Μονάδα Λοιμώξεων της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ του Γ.Ν.Παιδών «Η Αγία Σοφία» ή με το Εξωτερικό Ιατρείο παρακολούθησης HIV (+) παιδιών του Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Ιπποκράτειο» για την αρχική εκτίμηση νεογνών οροθετικών μητέρων και ιδιαιτέρως την διαχείριση νεογνών από κύηση με υψηλό κίνδυνο μετάδοσης του HIV, και ακολούθως τον τακτικό τους έλεγχο και παρακολούθηση μέχρι την ηλικία των 18-24 μηνών.

Επικοινωνία για οδηγίες:

- Διεύθυνση Πρόληψης και Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS, ΣΜΝ και Ηπατιτίδων, Ε.Ο.Δ.Υ.: 210 5212133 τις εργάσιμες μέρες και ώρες. Τηλεφωνικό κέντρο του Ε.Ο.Δ.Υ: 210 521200 ή 5212054 όλο το 24ωρο.
- Μονάδα Λοιμώξεων, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Παιδών «Η Αγία Σοφία»: 2107467663, 2107467667 τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.
- Εξωτερικό Ιατρείο Παρακολούθησης HIV (+) παιδιών, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»: 2310892444, -481, -487 τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.

Βιβλιογραφία

- 1. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε κλινικά και μη κλινικά πλαίσια. Αθήνα, 2014.**
- 2. Branson BM, Owen SM, Wesolowski LG, et al. Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection :updated recommendations. 2014.**
- 3. Havens PL, Mofenson LM. Evaluation and management of the infant exposed to HIV-1 in the United States. Pediatrics 2009;123(1):175-187.**
- 4. Katz IT, Leister E, Kacanek D, et al. Factors associated with lack of viral suppression at delivery among highly active antiretroviral therapy-naive women with HIV: a cohort study. Ann Intern Med 2015;162(2):90-99.**
- 5. de Ruiter A, Taylor GP, Clayden P, et al. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012 (2014 interim review). HIV Med 2014;15 Suppl 4:1-77.**
- 6. Feiterna-Sperling C, Weizsaecker K, Buhner C, et al. Hematologic effects of maternal antiretroviral therapy and transmission prophylaxis in HIV-1-exposed uninfected newborn infants. J Acquir Immune Defic Syndr 2007;45(1):43-51.**
- 7. Mofenson LM, Brady MT, Danner SP, et al. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-exposed and HIV-infected children: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the American Academy of Pediatrics. MMWR Recomm Rep 2009;58(RR-11):1-166.**
- 8. Jao J, Powis KM, Kirmse B, et al. Lower mitochondrial DNA and altered mitochondrial fuel metabolism in HIV-exposed uninfected infants in Cameroon. AIDS 2017;31(18):2475-2481.**
- 9. Gilleece DY, Tariq DS, Bamford DA, et al. British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018. HIV Med 2019; 20: s2-s85.**
- 10. European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. Version 10.0. November 2019. Available at https://www.eacsociety.org/files/2019_guidelines-10.0_final.pdf**

