

Małgorzata Filanowicz¹, Ewa Szynkiewicz¹, Bernadeta Cegła¹, Aneta Dowbór-Dzwonka¹, Małgorzata Kłafka², Małgorzata Gierszewska³, Piotr Pankiewicz⁴

¹Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

²Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK, SPZOZ Wojewódzki Szpital im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy.

³Pracownia Podstaw Opieki Położniczej Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

⁴Katedra Chorób Psychiczych, Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wybrane aspekty opieki położniczej nad ciężarną zakażoną wirusem HIV

Chosen aspects of obstetric care of HIV-infected pregnant women

STRESZCZENIE

Na przestrzeni kilkudziesięciu lat ciągłe prace badawcze i obserwacje umożliwiły bardzo dobre poznanie wirusa, jego epidemiologii, patogenezę oraz leczenia. Obecnie zakażenie HIV uważa się za chorobę przewlekłą, której przebieg można znacznie spowolnić poprzez podawanie odpowiednich leków. Aby terapia była skuteczna, konieczna jest współpraca pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Zakażenie wirusem HIV, w przeciwieństwie do wielu innych infekcji, jest nie tylko problemem medycznym, ale w dużej mierze również psychospołecznym. Ciągły wzrost liczby kobiet żyjących z HIV/AIDS oznacza więcej zakażonych ciężarnych, a tym samym wzrost ryzyka zakażeń wertykalnych. W tym samym czasie, gdy wiedza na temat HIV ciągle wzrasta, zmienia się standard opieki nad osobami żyjącymi z HIV, również nad kobietami w ciąży i ich potomstwem. Celem pracy była próba przybliżenia znaczenia opieki położniczej nad pacjentką ciężarną zakażoną wirusem HIV. W opiece nad chorą ciężarną należy upatrywać szansy w skutecznej terapii. Leczenie antyretrowirusowe chroni zakażonych przed chorobami oportunistycznymi i przedłuża życie, niekiedy umożliwia prowadzenie podobnego trybu życia do tego sprzed okresu choroby. Ciągła edukacja i odpowiednia, kompleksowa opieka nad osobami HIV-dodatnimi ma za zadanie zapewnić im dobrą jakość życia. Pomocną w osiągnięciu optymalnego stanu zdrowia i zapobieganiu chorobom powinna być osoba położnej. Stawianie prawidłowej diagnozy i tworzenie procesu pielęgnowania jest priorytetem w tym zawodzie.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 382–387

Słowa kluczowe: HIV, opieka położnicza, edukacja zdrowotna

ABSTRACT

For over a dozen years, constant research and observations have enabled gaining great knowledge about HIV virus, its epidemiology, nosogenesis and treatment. At present, HIV infection is considered to be a chronic illness whose course can be slowed down by giving appropriate medicine. A cooperation between the medical staff and a patient is necessary for the therapy to be effective. In contrast with many other diseases, HIV does not only involve medical aspect, but also a psychological one. The increasing number of women infected with HIV/AIDS means the rise of infected pregnant women as well as the growth of risk of vertical infection. In the same time, when the knowledge about the HIV is still growing, a standard of the care for people living with HIV, also of pregnant women and their offspring is changing. The aim of this work is taking a closer look at the importance of nursing care of a HIV-infected pregnant woman. The main goal of care should be an efficient therapy. Antiretrovirus treatment protects the infected against opportunist illnesses and prolongs life, and sometimes enables the patient to lead a similar lifestyle to the one he or she has led before the infection. Constant

Adres do korespondencji: dr Małgorzata Filanowicz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: 52 585 21 93 wew. 220, e-mail: zpielinter@cm.umk.pl

education and the appropriate, comprehensive care of people with positive HIV- has the task of providing them with good quality lives. The midwife should be a help in achieving the optimal state of health and the prevention of illnesses. Getting a proper diagnosis and creating the process of looking after the patient are a priority in this profession.

Nursing Topics 2013; 21 (3): 382–387

Key words: HIV, obstetric care, health education

Wstęp

Standard postępowania umożliwiłby prawidłowe wykonanie wszystkich czynności opiekuńczych, co ma na celu polepszenie stanu zdrowia kobiety. Ciąża to czas, w którym kobieta powinna być objęta troskliwą, nieustanną opieką rodziny, przyjaciół i znajomych, ale przede wszystkim specjalistyczną opieką personelu medycznego. Wiele chorób i dolegliwości jakie współistnieją w okresie ciąży nadaje im miano ciąży wysokiego ryzyka. Jedną z takich chorób jest rozpowszechniony na całym świecie wirus niedoboru odporności. Obecnie zakażenie HIV uważa się za chorobę przewlekłą, której przebieg można znacznie spowolnić poprzez podawanie odpowiednich leków. Aby terapia była skuteczna, konieczna jest współpraca pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Opieka nad pacjentką zakażoną wirusem HIV, w przeciwieństwie do wielu innych infekcji, jest rozpatrywana i sprawowana nie tylko w aspekcie medycznym, ale również w dużej mierze psychospołecznym. Ciągły wzrost liczby kobiet żyjących z HIV/AIDS oznacza wzrost zakażonych ciężarnych, a tym samym wzrost ryzyka zakażeń wertykalnych. W czasie, gdy wiedza na temat HIV ciągle wzrasta, zmienia się standard opieki nad osobami żyjącymi z HIV, również nad kobietami w ciąży i ich potomstwem.

Celem pracy była próba przybliżenia znaczenia opieki położniczej nad pacjentką ciężarną zakażoną wirusem HIV. Wykazanie, że prawidłowo prowadzona opieka nad pacjentką może stać się szansą skutecznej terapii chorych kobiet i ich potomstwa.

Profesjonalne pielęgowanie

Pielęgowanie jest praktyczną działalnością nie tylko pielęgniarstwa, ale również opieki położniczej. Pojęcie pielęgowania przewartościowywało się w perspektywie czasowej. W tej chwili przyjmuje się, że pielęgowanie to wyuczona i zaplanowana praca pielęgniarki i położnej, ukierunkowana na podmiot opieki, realizowana z nim i dla niego. Podmiotem i odbiorcą opieki jest każdy, kto z różnorodnych przyczyn nie jest w stanie odpowiadać za swoje zdrowie, radzić sobie ze stanem, w którym się znajduje. Istotą nowoczesnego, zawodowego pielęgowania jest pomaganie — świadczenie pomocy, asystowanie — współtowarzyszenie w zdrowiu, chorobie, niepełnosprawności, umieraniu, udzielanie wsparcia, a także

współuczestniczenie w przebiegu diagnozowania, leczenia i rehabilitacji. Nowoczesne sprawowanie opieki nad pacjentem to również odbieranie człowieka i jego rzeczywistości holistycznie [1].

Współcześnie pojęcie pielęgowania odnosi się do aktywności opiekuńczo-pielęgniarskiej opartej na bogatym zakresie wiedzy i umiejętnościach zawodowych zdobytych w czasie obowiązującego kształcenia. Pielęgowanie profesjonalne cechuje się samodzielnym, odpowiedzialnym podejmowaniem właściwych, rzetelnych i autonomicznych decyzji dotyczących pielęgowania, odwołujących się do zasad etyki zawodu.

Praca zarówno pielęgniarki, jak i położnej XXI wieku opiera się głównie na procesie pielęgowania. Został on ciepło przyjęty w wielu krajach, również w Polsce jest uznaną metodą pracy. Zezwała na ciągły rozwój ich samodzielności, a tym samym na podejmowanie nowych badań naukowych oraz ocenę jakości opieki. Na taki proces składa się wiele czynności, które powinny być solidnie i sumiennie wykonywane.

Głównym zadaniem procesu pielęgowania jest uzyskanie jak najlepszego wyniku jego realizacji. Zamierzone wykorzystywanie informacji o stanie biopsychospołecznym, kulturowym oraz duchowym pacjenta jest jedną z najważniejszych idei procesu pielęgowania. Planowane, celowo wykonywane czynności mają dążyć do poprawy lub utrzymania stanu zdrowia podopiecznego. Wyniki, jakie zaczynamy obserwować w trakcie realizacji naszego planu opieki, winny być nieustannie oceniane. Twórca takiego procesu ma obowiązek poddawać ocenie rezultaty, które są zauważalne i porównywać je do celów, które założył sobie na początku wykonywania procesu [2].

Opieka nad kobietą ciężarną zakażoną wirusem HIV

W czasie trwania wyjątkowego stanu jakim jest ciąża, kobieta przystosowuje się psychicznie i biologicznie do nowo zaistniałej sytuacji. Gdy ciąża przebiega prawidłowo, zarodek rozwija się właściwie, matka nie ma większych powodów do zmartwień. Może cieszyć się każdą chwilą, na nowo poznaje swoje ciało i zauważa zmiany, jakie w niej zachodzą. Niestety niektóre ciąży są ciążami wysokiego ryzyka — w ich przypadku

częściej można spodziewać się wystąpienia chorób czy śmierci dziecka, jak również chorób czy też śmierci matki. Do głównych czynników ryzyka położniczego należą przyczyny społeczno-ekonomiczne, między innymi nieodpowiednie odżywianie, złe warunki bytowe; przyczyny demograficzne, takie jak: wiek matki, jej wykształcenie, masa ciała oraz wzrost. Powikłania w czasie wcześniejszych ciąż, poronienie, przedwczesny poród należą do czynników ryzyka zwanych medycznymi. Można tu zaliczyć jeszcze choroby układowe, czyli choroby tarczycy, serca oraz cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Niepowściągliwe wymioty, gestoza, krwawienie, a także ciąża wielopłodowa również są powodem do uznania ciąży za ciążę wysokiego ryzyka. Gdy kobieta korzysta z takich używek jak tytoń, alkohol czy narkotyki, jej ciąża jest uważana za ryzykowną [3].

Opieka nad kobietą w ciąży aż do chwili pojawienia się dziecka na świecie zamiennie może być nazywana opieką prenatalną. Prawidłowo prowadzona powinna zacząć się już przed ciążą, wcześniejsze planowanie i omawianie tego tematu z doświadczonym personelem medycznym powinno przynieść wiele korzyści przyszłym rodzicom. Jej głównymi zadaniami są kontrola rozwoju płodu oraz obserwacja i utrzymanie dobrego stanu zdrowia matki. Celem opieki jest przeciwdziałanie problemom poprzez wczesne rozpoznawanie i niezwłoczne leczenie zagrożeń. Edukacja matki, promowanie zachowań sprzyjających pozytywnemu samopoczuciu, a także przygotowanie do porodu, rodzicielstwa i opieki nad nowo narodzonym potomkiem są priorytetami [4]. Opieka ta jest decydującym narzędziem prowadzącym do zmniejszenia zachorowalności i umieralności zarówno matczynej, jak i noworodkowej [5].

Obecnie każda kobieta ciężarna zgłaszająca się do poradni kobiecej, podejrzewająca zakażenie HIV, powinna mieć wykonany test na obecność HIV oraz możliwość skorzystania z poradnictwa zarówno przed, jak i po wykonaniu testu. Niestety, mimo rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), wykonywanie testu nie jest jeszcze powszechne [6]. Zastosowanie tego rodzaju testów stanowi o możliwości podejmowania działań skierowanych wobec ciężarnej. Polegają one na zaproponowaniu ciężarnej i jej partnerowi przez położną bardziej bezpiecznych praktyk seksualnych oraz przebadanie przyszłego ojca. Zwiększenie świadomości u przyszłych rodziców pozwala również na odpowiedzialne podejmowanie dalszych decyzji prokreacyjnych i zapobieganie zakażeniu u kolejnych dzieci [7]. Oprócz zwiększenia świadomości dotyczącej prokreacji i zaproponowania możliwości skorzystania z porad specjalistów ważnym zadaniem położnej jest przekonanie i przygotowanie

pacjentki do zastosowania terapii antyretrowirusowej. Jest to dość trudna decyzja zarówno dla matki, która obawia się działań niepożądanych przyjmowanych leków i ich wpływu na rozwój płodu, ale także dla lekarza zlecającego leczenie oraz dla położnej, której zadaniem powinno być przekonanie i zmotywowanie pacjentki do ciągłości terapii. To także poinformowanie ciężarnej o występujących działaniach niepożądanych, które mogą pojawić się krótko po zastosowaniu terapii i dotyczą najczęściej przewodu pokarmowego, ale również o tych mogących wystąpić po długim czasie zażywania leków i dotyczą najczęściej zmian w rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej, zaburzeń gospodarki tłuszczowej i/lub węglowodanowej, która może doprowadzić do zaburzeń w układzie krążenia i do cukrzycy.

Wiadomo, że HIV atakuje układ odpornościowy organizmu, a ulubionym locum HIV jest układ nerwowy człowieka. Po wnikięciu do organizmu wirus szybko przedostaje się do mózgu, umiejscawia w rdzeniu kręgowym, oponach mózgowo-rdzeniowych, nerwach obwodowych i korzonkach nerwowych. Z tego powodu, w miarę trwania choroby, znacznie obniża się sprawność intelektualna, a procesy związane z zapamiętywaniem ulegają spowolnieniu. W związku z tym, że ślad pamięciowy jest dużo trwalszy, jeżeli jest powiązany z pozytywnymi emocjami, dlatego w nauce zapamiętywania należy w umiejętny sposób spróbować wykorzystać ciążę i moment przyjścia dziecka na świat.

W pracy z ciężarną pacjentką zakażoną wirusem HIV istotne powinno być nawiązanie właściwego kontaktu i zdobycie zaufania. Dlatego wszelkie przekazywane informacje powinny być dostosowane do możliwości przyswajania wiedzy. Informowanie o działaniach niepożądanych przyjmowanych leków należy modyfikować i dopasowywać do możliwości intelektualnych każdej pacjentki. Sukcesy w terapii zostaną osiągnięte dopiero wtedy, gdy decyzja o rozpoczęciu przyjmowania przez ciężarną leków antyretrowirusowych będzie w pełni świadoma, pacjentka będzie przekonana o jej konieczności i zostanie zapoznana z wadami (działaniami niepożądanymi) i zaletami (siłą działania leku) zastosowanej terapii, sposobem przyjmowania leków (czy na pusty żołądek, czy z posiłkiem, czy niezależnie od jedzenia).

Działania niepożądane leków mogą nie pojawić się wcale albo mogą być bardzo łagodne, mało dokuczliwe, a tylko u bardzo niewielkiego odsetka pacjentów mogą czasem zagrażać zdrowiu lub nawet życiu. Czasami po rozpoczęciu terapii pojawić się mogą nudności, wymioty, biegunka. Te dolegliwości ustępują zwykle wraz z czasem trwania przyjmowania leków, natomiast zaprzestanie leczenia może spowodować nie tylko ustąpienie dolegliwości, ale również

przyczynić się do zniesienia działania terapeutycznego danego leku, a tym samym niemożności hamowania namnażania się HIV, co będzie niekorzystne zarówno dla dziecka, jak i dla matki.

Późne objawy uboczne mogą pojawić się po kilku miesiącach, a nawet latach przyjmowania leków. Należą do nich zaburzenia gospodarki tłuszczowej (lipidowej), węglowodanowej (cukrzyca) oraz lipodystrofia. Dlatego podczas leczenia antyretrowirusowego ważne jest kontrolowanie stężeń tłuszczów (cholesterolu, triglicerydów), a także glukozy, by w odpowiednim momencie móc reagować na pojawiające się zmiany.

Działania pielęgniarские ze względu na przewlekłość choroby, stosowanie terapii oraz występowanie objawów ubocznych, czego konsekwencją może być przerwanie leczenia, są niezwykle istotne. Zaprzerwanie przez przyszłą matkę terapii może wynikać z dwóch powodów. Pierwszy to tak zwane zmęczenie psychiczne, obserwowane u osób przewlekle chorych, drugi to brak współpracy. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku od personelu położniczego wymaga się dużego zaangażowania, a od pacjentki dużej motywacji, odpowiedzialności w stosowaniu się do zalecanej terapii [8]. Jednak istotną informacją dla przyszłej matki może być fakt, że przerwanie leczenia stworzy realne zagrożenie zwiększenia namnażania się wirusa i jednocześnie zwiększenie odmatczyego zakażenia HIV. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków powinny być bardzo starannie przestrzegane. Leki muszą być przyjmowane we właściwych porcjach, z zachowaniem odstępów czasowych pomiędzy kolejnymi dawkami. Zanim jednak kobieta zdecyduje się na leczenie antyretrowirusowe należy ją i jej najbliższych uświadomić, że leczenie nie może przerwać po zakończeniu ciąży, a fakt, że wiremia jest lub będzie niewykrywalna, wcale nie jest związany z całkowitym wyleczeniem.

Kobieta zakażona HIV ma aż 98% szansy na urodzenie zdrowego dziecka. Pierwszym, koniecznym założeniem, aby taki sukces był możliwy, jest świadomość kobiety, że jest zakażona HIV. Ważne jest więc, aby kobiety planujące zajście w ciążę lub kobiety ciężarne wykonywały testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV. Kolejnym nieodzownym warunkiem urodzenia zdrowego dziecka przez zakażoną jest stosowanie leków antyretrowirusowych w czasie ciąży, porodu oraz podawanie ich noworodkowi przez pierwsze 6 tygodni życia. Rozwiązanie ciąży za pomocą cięcia cesarskiego zmniejsza ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na dziecko. Trzecim warunkiem, od którego zależy zdrowie dziecka jest wystrzeżenie się karmienia piersią przez zakażoną HIV matkę [9].

Około 80–86% zdiagnozowanych w Polsce zakażeń HIV u dzieci to zakażenia wertykalne, to znaczy

zakażenia dziecka od matki, do których dochodzi w okresie ciąży, porodu lub w okresie karmienia piersią. Z badań wynika, że do około 70% zakażeń wertykalnych dochodzi w czasie porodu, a do około 30% w okresie ciąży. Zakażenie wewnątrzłonowe zaczyna się prawdopodobnie w III tryestrze ciąży. Na ryzyko zakażenia dziecka wpływa przede wszystkim wiremia matki, szczególnie w ostatnich tygodniach ciąży i w okresie porodu oraz wszelkie czynniki wpływające na kontakt krwi matki i wydzielin kanału rodowego z dzieckiem [8].

Podstawowe zadania lecznicze wobec kobiety zakażonej HIV mają na celu zapobieganie odmatczynej transmisji HIV na dziecko, a także zachowanie jak najlepszego stanu zdrowia kobiety. Wirusowe zakażenie we wczesnym etapie ciąży często bywa przyczyną powstawania zaburzeń rozwojowych, zahamowania rozwoju płodu, a nawet jego obumarcia. Osłabienie układu odpornościowego ciężarnej może być przyczyną zakażenia lub zapalenia błon płodowych i łożyska, powodując tym samym wzrost ryzyka przedwczesnego porodu lub utraty dziecka [10]. Podanie właściwych leków jest bardzo trudne, największą skuteczność ma HAART — wysokoaktywna terapia przeciwwirusowa. Metoda ta powinna być zastosowana w leczeniu kobiety, gdy wiremia jest większa niż 10 000 kopii HIV RNA na ml, nie wcześniej niż po 14. tygodniu ciąży. Plan terapii jest bardzo trudny do ustalenia, musi uwzględniać stan upośledzenia odporności ciężarnej, wiek ciąży, stan dziecka, działania niepożądane.

Podstawą w leczeniu kobiety ciężarnej z HIV jest terapia antyretrowirusowa. Jest ona dobierana tak, by była skuteczna, to znaczy żeby we krwi ciężarnej do 36. tygodnia ciąży nie można było stwierdzić obecności wirusa (< 50 lub 40 kopii/ml), oraz by nie doszło do spadku odporności, a także powinna być jak najbardziej bezpieczna dla dziecka, czyli nie powinny zostać włączone leki tetragenne.

Czas jej rozpoczęcia oraz wybór terapii jest zależny od ogólnego stanu zdrowia kobiety. Podczas podejmowania decyzji o jej włączeniu bierze się pod uwagę zminimalizowanie rozwoju choroby u matki oraz profilaktykę zakażenia wertykalnego. Wskazania do leczenia kobiety ciężarnej są takie same jak dla wszystkich innych. Kobieta musi być poinformowana o wpływie leków na płód, a także skuteczności terapii. Przyjmowanie leków powinno być bardzo staranne, we właściwych porcjach, z zachowaniem odstępów czasowych pomiędzy kolejnymi dawkami. Głównym lekiem w terapii antyretrowirusowej kobiety ciężarnej powinna być Azydotymidyna (AZT). Jeśli nie może przyjmować leku w czasie ciąży z powodu wymiotów, powinna otrzymać go dożylnie w czasie porodu. Kobięcie

leczonej lekami antyretrowirusowymi zaleca się, aby nie zmieniała leków, które otrzymuje. Wyjątkowe są sytuacje, gdy kobieta w ciąży nie toleruje któregoś leku z powodu jego działań niepożądanych lub kiedy składnikiem jej schematu terapeutycznego jest lek o znanym potencjale niszczącym płód. Przed porodem, od 14. do około 36. tygodnia ciąży, kobieta powinna przyjmować 100 mg AZT 5 x dziennie doustnie bądź alternatywnie 200 mg 3 razy na dobę, 300 mg 2 razy na dobę lub 250 mg 2 razy na dobę. W czasie porodu, w pierwszej godzinie, 2 mg na kilogram masy ciała, dożylnie, następnie 1 mg na kilogram masy ciała na godzinę aż do rozwiązania. Podczas ciąży chorej z HIV nie zaleca się stosowania leków, takich jak nevirapina, efawirenz, hydroksymocznika oraz połączenia videxu z zeritem z powodu ich tetragenności. Jeśli poziom wirerii matki znajduje się poniżej granicy wykrywalności, to jest 50 kopii RNA HIV/ml, zaleca się fizjologiczne ukończenie ciąży. Jeśli natomiast wiremia matki z 36. tygodnia ciąży nie jest znana lub jest wykrywalna powyżej 50 kopii RNA HIV/ml, należy zaproponować cesarskie cięcie dwa tygodnie przed terminem porodu [9].

Opieka nad kobietą ciężarną z wirusem HIV i jej rodziną powinna być kompleksowa. Warto, aby włączona w nią została sama pacjentka, specjalista zajmujący się terapią zakażeń HIV, a także położna i położnik, a także pediatra mający doświadczenie w prowadzeniu ciąży u kobiet seropozytywnych. Opieka położnicza obejmuje szeroki wachlarz świadczeń zdrowotnych wobec pacjentki. Jakość opieki zdrowotnej w dużej mierze zależy od jakości opieki położniczej, dlatego właśnie powinna być ona holistyczna i dobrze zorganizowana.

Profilaktyka

Realizacja programu profilaktycznego zapisanego w Protokole ACTG 076, prowadzona w Polsce od 1994 roku, ma na celu zmniejszenie zakażeń odmatczyń [11]. Profilaktyka obejmuje trzy główne etapy opieki nad zakażoną pacjentką i jej dzieckiem. Pierwszy to dążenie do minimalizacji wirerii u przyszłej matki. Obecnie leczenie każdej kobiety zakażonej wirusem HIV powinno być zindywidualizowane, czyli terapia prowadzona w sposób najwłaściwszy dla jej stanu zdrowia [12]. Zwiększenie świadomości przyszłej matki, poprzez szczegółowe poinformowanie o korzystnym i niekorzystnym wpływie terapii antyretrowirusowej w ciąży, powinno stać się podstawą do podjęcia decyzji o regularnych wizytach w poradni kontrolującej rozwój dziecka przez wiele lat. W przypadku kiedy ciężarna zgłaszająca się do porodu nie była leczona podczas trwania ciąży, istnieje możliwość zastosowania jednorazowej dawki leku. Natomiast w sytuacji, gdy zakażenie zostanie rozpoznane już po

porodzie, można zastosować leczenie u noworodka nawet do 72 godzin po porodzie.

Drugim etapem opieki nad pacjentką jest właściwe prowadzenie akcji porodowej. Oprócz stosowania profilaktyki farmakologicznej ważne, by ograniczyć, w miarę możliwości, zabiegi wymagające użycia próżnościagu, kleszczy czy nacinania krocza. Również dążenie do skrócenia czasu od odplynięcia wód płodowych do porodu ma na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia wertykalnego [13]. W niektórych przypadkach należy rozważyć cięcie elektywne. Decyzja o porodzie tego typu zależna jest od poziomu wirerii w 36. tygodniu ciąży, stanu klinicznego pacjentki oraz wydolności układu immunologicznego. Planowanie rozwiązania ciąży poprzez cięcie elektywne zmniejsza ryzyko transmisji odmatczyń zakażenia wirusem [14].

Trzeci etap opieki dotyczy właściwego postępowania z nowo narodzonego dzieckiem. Oprócz postępowania farmakologicznego należy jak najszybciej zmyć z noworodka maź płodową przy użyciu wody z mydłem, miejsca zabrudzone krwią przetrzeć środkiem odkażającym — 1-procentowym roztworem chloraminy oraz odessać wody płodowe z górnych dróg oddechowych. Obowiązuje bezwzględny zakaz karmienia piersią [15].

Podsumowanie

W opiece nad chorą ciężarną należy upatrywać szansy w skutecznej terapii. Leczenie antyretrowirusowe chroni zakażonych przed chorobami oportunistycznymi i przedłuża życie, niekiedy umożliwia prowadzenie podobnego trybu życia do tego sprzed okresu choroby. Ciągła edukacja i odpowiednia, kompleksowa opieka nad osobami HIV-dodatnimi ma za zadanie zapewnić im dobrą jakość życia. Pomocną w osiągnięciu optymalnego stanu zdrowia i zapobieganiu chorobom powinna być osoba położnej. Stawianie prawidłowej diagnozy i tworzenie procesu pielęgnowania jest priorytetem w tym zawodzie.

Piśmiennictwo

1. Kram M. Wydział Nauk o Zdrowiu- kierunek pielęgniarstwo. *Wiad. Akadem.* 2004; 4/15: 12–13.
2. Kawczyńska-Butrym Z. Wprowadzenie do zagadnień diagnozy. W: Kawczyńska-Butrym Z. (red.). *Diagnoza pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1999: 10–29.
3. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo — ćwiczenia, podręcznik dla studentów medycznych*. PZWL, Warszawa 2007; 93–135; 139–156.
4. Szewczyk M.T., Cierzniańska K., Stodolska A., Cwajda J., Górna V. Proces pielęgnowania jako metoda pracy. *Przew. Lek.* 2005; 4: 84–91.
5. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Postawy Pielęgniarstwa — podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*. Czelej sp. z o. o, Lublin 2004: 163–274, 293–326, 339–363.

6. Horban A., Podlasiński R., Cholewińska G., Wiercińska-Drapała A., Knysz B., Inglot M. i wsp. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Warszawa-Wrocław 2012: 18–26.
7. Barańkiewicz G. Zasady poradnictwa i opieki nad osobami zakażonymi HIV. W: Halota W., Juszczak J. (red.) HIV/AIDS — podręcznik dla lekarzy i studentów. Termedia, Poznań 2006: 165–171.
8. Stopyra L. Zasady profilaktyki odmatczywego zakażenia HIV i ich realizacja w praktyce. Prz. Pediatr. 2004; 3-4: 216–219.
9. http://www.aids.gov.pl/files/wiedza/4_MATKA-DZIECKO.pdf; data pobrania: 25.01.2013.
10. Słomko Z., Drews K. Zakażenia perinatalne. Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej. Poznań 2001: 451–460.
11. Connor EM, Sterling RS, Gerber R i wsp. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment: pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N. Engl. J. Med. 1994; 331: 1173–1180.
12. Borkowski W., Krasinsky K., Chao Y. Correlation of perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 with Maternal viremia and lymphocyte phenotypes. J. Pediatr. 1994; 125: 345–606.
13. Niemiec T. Zasady opieki medycznej nad ciężarną zakażoną HIV. Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2002: 46–49.
14. Dobosz S. Ocena ryzyka zakażenia wertykalnego wirusem C zapalenia wątroby u dzieci matek zakażonych HIV. Przegl. Epidem. 2007; 61: 349–355.
15. Niemiec T. Raport Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007: 60–63.