



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

13 ЯНВ 2014

№ 19-п

г. Екатеринбург

О совершенствовании мероприятий по улучшению качества диспансеризации детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей и больных ВИЧ-инфекцией детей в муниципальных образованиях Свердловской области

В связи с неблагополучной эпидситуацией по ВИЧ-инфекции увеличивается число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. В 2012 году 68 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, зарегистрированы с диагнозом ВИЧ-инфекция. Продолжают выявляться ВИЧ-инфицированные дети старше 1,5 лет с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и не наблюдавшиеся с рождения по перинатальному контакту.

В целях реализации Федерального закона от 30 марта 1995 года №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», а также приказа Министерства социальной защиты населения Свердловской области и Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.09.2011г./19.09.2011г. № 918-п/838 «Об организации взаимодействия системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить рекомендации по диспансерному наблюдению за детьми, рожденными от больных ВИЧ-инфекцией матерей и больными ВИЧ-инфекцией детьми (приложение №1).

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, начальнику Управления здравоохранения Администрации г.Екатеринбурга Дорнбушу А.А. обеспечить:

1) подготовку ответственных специалистов в детских поликлиниках по вопросам ВИЧ-инфекции, в том числе по психосоциальному консультированию;

2) контроль своевременного оформления участковыми педиатрами рецептов на молочные смеси детям, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, за счет областного бюджета в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.03.2011 года №300-п «О реализации мер социальной поддержки проживающих в Свердловской области детей в возрасте до 3 лет по обеспечению полноценным питанием, а также детей, страдающих фенилкетонурией, галактоземией, лейцинозом, аденолейкодистрофией, тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, и детей с низкой и экстремально низкой массой при рождении специализированными продуктами лечебного питания»;

3) обучение врачей на выявление ВИЧ-инфекции у детей по клиническим проявлениям заболевания;

4) контроль заведующими детскими амбулаторно-поликлиническими подразделениями:

за приемом препаратов для проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции и пересчетом дозы с учетом прибавки веса ребенка при каждом патронаже до 6-недельного возраста (до посещения врача-инфекциониста);

за взаимодействием с противотуберкулезной службой при наличии эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу в окружении новорожденного;

за взаимодействием с учреждениями социальной защиты населения при выявлении социально неблагополучных семей для организации их сопровождения;

5) проведение в подведомственных учреждениях ежеквартального анализа работы по наблюдению детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и больных ВИЧ-инфекцией детей в соответствии с приложением №2;

6) оформление медицинскими работниками форм информированного добровольного согласия на обработку персональных данных, на обследование и лечение детей в отношении ВИЧ-инфекции (Приложение №3).

3. Главному врачу ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Подымовой А.С.:

1) направлять в ежеквартальном режиме в отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области информацию о диспансеризации детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и больным ВИЧ-инфекцией детям;

2) оказывать методическую помощь специалистам учреждений педиатрической службы в части:

организации работы по наблюдению и по оказанию медицинской помощи детям с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и больных ВИЧ-инфекцией детей;

проведения мероприятий по профилактике социального сиротства при ВИЧ-инфекции.

4. Главным врачам ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» Цветкову А.И., ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер №2» Павлову В.И., ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер №3» Николаевой Ю.А.:

1) оказывать методическую помощь специалистам учреждений педиатрической службы в части:

организации работы по профилактике и диагностике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией детей и детей с перинатальным контактом с ВИЧ-инфекцией;

консультации больных ВИЧ-инфекцией при подозрении у них туберкулеза;

2) обеспечить взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями и ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» в случае эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу.

5. Считать утратившим силу рекомендации по диспансерному наблюдению за детьми, рожденными больными ВИЧ-инфекцией матерями и больными ВИЧ-инфекцией детьми, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.06.2008г. №1011-п «О реализации мероприятий ПНП «Здоровье» (компонент ВИЧ/СПИД).

6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения С.Р. Беломестнова .

Министр

А.Р.Белявский

**Рекомендации
по диспансерному наблюдению за детьми, рожденными
от больных ВИЧ-инфекцией матерее, и детьми, больных ВИЧ-инфекцией**

(Подготовлены на основе руководства для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом «Диспансерное наблюдение, уход и лечение детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, и детей с ВИЧ-инфекцией», г. Москва, 2011г, и практических рекомендаций ФКУБУ «РКИБ» Минздрава России г. Санкт- Петербург, 2013г.)

**Особенности наблюдения и ведения детей, рожденных
от больных ВИЧ-инфекцией матерей.**

1. Регистрация в соответствии с МКБ-10.

1) Код R75 “Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека. (Неокончательный тест на ВИЧ, выявленный у детей)” выставляется, если ребенок обследован на ВИЧ-инфекцию лабораторными методами (как правило, ИФА на ВИЧ в роддоме).

2) Код Z20.6 “Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека” выставляется, если ребенок, рожденный больной ВИЧ-инфекцией женщиной, не обследован на ВИЧ-инфекцию лабораторными методами.

В обоих случаях устанавливается диагноз “Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции”.

2.Оценка риска инфицирования ВИЧ ребенка.

Повышают риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции:

- 1) высокая вирусная нагрузка у женщины, определяемая в период:
 - инфицирования женщины во время беременности и менее чем за 6 месяцев до беременности;
 - выраженной иммуносупрессии (СД4 клетки менее 500 кл. в мкл, особенно – менее 200 кл. в мкл);
- 2) патология плаценты (фетоплацентарная недостаточность, хориоамнионит, плацентит), инвазивные процедуры во время беременности, хроническая гипоксия плода;
- 3) наркомания во время беременности;
- 4) повторная беременность;
- 5) роды ранее 32 недель беременности (риск увеличивается в 4 раза);
- 6) безводный период более 4 часов (увеличение риска на 2% каждый час);
- 7) в родах: разрывы, эпизиотомия, кровотечение, использование электродов, язвенные формы венерических заболеваний, кольпит;
- 8) первый ребенок в паре близнецов.
- 9) отсутствие профилактического лечения;
- 10) грудное вскармливание.

Чем больше факторов риска имеется у ребенка, тем выше риск передачи ему ВИЧ-инфекции.

Снижают риск инфицирования ребенка ВИЧ:

- 1) профилактическая антиретровирусная терапия, которая включает 3 этапа: профилактическое лечение во время беременности, во время родов и ребенку после рождения. Чем больше этапов профилактического лечения выполнено, тем выше его эффективность. Профилактическое лечение с применением 3 препаратов во время беременности снижает риск передачи ВИЧ до 1-2%;
- 2) плановое кесарево сечение без дородового отхождения околоплодных вод снижает риск инфицирования в 2 раза;
- 3) искусственное вскармливание с рождения.

3. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции у ребенка.

Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции назначается в роддоме с восьмого часа жизни ребенка, но не позже 72 часов после рождения или последнего прикладывания к груди с оформлением информированного согласия матери. Проводится консультирование женщины с разъяснением цели назначения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку, при необходимости к консультированию привлекается психолог или специалист по социальной работе ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ». В случае отказа женщин от проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку, делается запись в медицинской документации с оформлением письменного отказа.

Для проведения ребенку химиопрофилактики ВИЧ-инфекции назначаются:

- если у матери неопределяемый уровень вирусной нагрузки перед родами, зидовудин (раствор) из расчета 2 мг(0,2 мл)/кг каждые 6 часов в течение 6 недель. Если ребенок не может глотать, препарат вводится внутривенно из расчета 1,6 мг/кг каждые 6 часов;

- по эпидемиологическим показаниям (вирусная нагрузка не известна, АРВП во время беременности не проводилась) назначается суспензия невирапина перорально из расчета 0,002 г/кг однократно (т.е. 1 доза) сразу после рождения и зидовудин для приема внутрь с первых часов жизни в течение 6 недель;

- в других случаях (у матери определяется вирусная нагрузка более 200 копий/мл, антиретровирусная химиопрофилактика ВИЧ-инфекции во время беременности и родов ей не проводились или прерывалась (дополнительный фактор риска - длительный безводный период) ребенку назначается раствор зидовудина внутрь в течение 6 недель плюс невирапин трехкратно по схеме (в первые 48 часов жизни; через 48 часов после первой дозы; через 96 часов после второй дозы).

Если ребенку назначен зидовудин на 6 недель, профилактическое лечение продолжается после выписки из родильного дома (препарат мать получает на руки в родильном доме или у инфекциониста КИЗа(КДК) по месту жительства, ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»). Не допускаются пропуски в приеме препарата. Перерасчет дозы производится при изменении массы тела ребенка на 10% и более. После завершения курса зидовудина рекомендуется контроль уровня гемоглобина крови.

После выписки ребенка из родильного дома приверженность к приему химиопрофилактики ВИЧ-инфекции отслеживает патронажная медицинская сестра детской поликлиники. Выясняются факторы нарушения режима приема препаратов, анализируются причины нарушений. С женщиной проводится консультирование, направленное на поддержание приверженности режиму химиопрофилактики ВИЧ-инфекции.

4. Диспансеризация детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей

Диспансерное наблюдение детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, осуществляется на общих основаниях в детской поликлинике по месту жительства ребенка с учетом рекомендаций врача-инфекциониста ГБУЗ СО «ОЦСПИД и ИЗ» и стандарта

наблюдения ребенка до года в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.05.05г. № 375 «Об утверждении стандарта передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» до снятия или подтверждения диагноза ВИЧ-инфекция (таблица №1):

Таблица №1

Вид обследования	Сроки обследования
физикальное обследование, антропометрия, оценка физического, психомоторного развития	в периоде новорожденности 1 раз в 10 дней, затем ежемесячно до снятия с учета
осмотр невролога, ЛОР, дерматолога	в 1 месяц, далее – каждые 6 месяцев до снятия с учета
осмотр окулиста, хирурга, ортопеда	в 1 месяц, в 1 год
осмотр стоматолога	в 9 месяцев
осмотр иммунолога	при составлении календаря прививок и вакцинации
Туберкулинодиагностика, Флюорография (детям до 15 лет по назначению фтизиатра)	1 раз в 6 месяцев
ОАК с тромбоцитами	1 раз в 3 месяца

Первичный осмотр и обследование детей в ГБУЗ СО «ОЦСПИД и ИЗ» проводятся в возрасте 1-2 месяцев. Повторный осмотр, обследование при отсутствии признаков инфицирования в 1-2 месяца проводится в возрасте 5-6 месяцев, затем в 12, (15) и 18 месяцев для окончательного исключения диагноза ВИЧ-инфекция.

Тактика наблюдения и оказания помощи детям с перинатальным контактом

Участковые педиатры учреждений здравоохранения в Свердловской области	Участковые педиатры учреждений здравоохранения в г. Екатеринбурге	филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»	ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»
Диспансерные осмотры детей и лечение острых заболеваний на общих основаниях	Осмотры детей и лечение острых заболеваний на общих основаниях	Диспансерный осмотр в 1.5 и 18 мес. (для снятия с учета) детей территорий	Диспансерный осмотр в 1.5, 5, 12 и 18 мес. (для снятия с учета) детей Екатеринбурга
Контроль приема ретровируса в первые 6 недель жизни	Контроль приема ретровируса в первые 6 недель жизни	ПЦР ВИЧ в 1.5 и 5 мес.	ПЦР ВИЧ в 1.5 и 5 мес.
ИФА ВИЧ в 12, 15, 18 мес.	Вакцинация по индивидуальному графику	Составление календаря прививок детей территорий	ИФА ВИЧ в 12, 15, 18 мес.
Белковые фракции в 18 мес.	Контроль своевременности явки ребенка в ОЦ СПИД	Контроль за своевременной (ранней до 1.5 мес.) диагностикой ВИЧ	Белковые фракции в 18 мес
Профилактика пневмоцистной пневмонии с 6 нед., до достоверного исключения диагноза	Профилактика пневмоцистной пневмонии с 6 нед., до достоверного исключения диагноза	СД4 в 5 мес. при отсутствии БЦЖ-М	СД4 в 5 мес. при отсутствии БЦЖ-М

Участковые педиатры учреждений здравоохранения в Свердловской области	Участковые педиатры учреждений здравоохранения в г. Екатеринбурге	филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»	ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»
Вакцинация по индивидуальному графику		Консультативная помощь при ведении детей с перинатальным контактом территориям	Составление календаря прививок детей Екатеринбурга
Доставка материала для специализированных исследований (ПЦР ДНК ВИЧ) в филиал или ОЦ СПИД			Окончательная верификация диагноза детей всех территорий
Диагностика ВИЧ или снятие диагноза			Консультативная помощь при ведении детей с перинатальным контактом

Вакцинация ребенка

Вакцинация проводится с максимальным приближением к национальному календарю прививок (приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 года № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям») и региональному календарю профилактических прививок (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области от 17.11.2011 года №1265-п и №01-01-01-01\620 «Об утверждении регионального календаря профилактических прививок Свердловской области»):

- БЦЖ-М – при отсутствии общих для БЦЖ противопоказаний, ребенок прививается в роддоме. Если ребенок не привит в первые дни жизни, решение вопроса о вакцинации осуществляется в возрасте 6 месяцев после клинико-лабораторного обследования в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»;
- оральная живая полиомиелитная вакцина заменяется на инактивированную полиомиелитную (типа 1, 2, 3) вакцину, в том числе совместно проживающим детям. Ревакцинация у детей, снятых с учета по контакту, также рекомендуется инактивированной вакциной для исключения риска вакциноассоциированного полиомиелита у взрослых иммунокомпromетированных членов семьи;
- инактивированные вакцины (АКДС, против вирусного гепатита В, против вирусного гепатита А, против гриппа, клещевого энцефалита и др.) – вводятся в соответствии с календарем прививок. Вакцинация против вирусного гепатита В рекомендуется по схеме 0 мес.-1 мес.- 2 мес.- 12 мес.;
- вакцинация против кори, паротита, краснухи проводится при отсутствии клинико-лабораторных признаков инфицирования ребенка.
- Вакцинация против ветряной оспы проводится при отсутствии клинико-лабораторных признаков инфицирования ребенка и отсутствии в семье больных ВИЧ-инфекцией членов семьи со снижением CD4 менее 200 в мкл.

Профилактика пневмоцистной пневмонии

Пневмоцистная пневмония (ПЦП) – самое частое и одно из самых опасных вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией детей. Поэтому все дети, подвергшиеся риску заражения ВИЧ-инфекцией, должны получать медикаментозную профилактику ПЦП. Проведение профилактики осуществляется в зависимости от возраста и результатов обследования ребенка (таблица №2)

Таблица №2

Возраст, диагноз	Профилактика ПЦП
С рождения до 6 недель, контакт по ВИЧ-инфекции	<u>Не проводится</u>
6 недель - 4 месяца, контакт по ВИЧ-инфекции	<u>Проводится</u> до первого отрицательного результата ПЦР ВИЧ
4 – 12 месяцев,	<u>Проводится</u> при менее 2-х отрицательных ПЦР ВИЧ
Старше 4 месяцев,	<u>Не проводится</u> при 2-х и более отрицательных ПЦР ВИЧ

С целью профилактики пневмоцистной пневмонии назначается триметоприм+сульфаметоксазол 150/750 мг/м²/сут. за 2 приема перорально 3 последовательных дня в неделю. При непереносимости триметоприм+сульфаметоксазол назначается дапсон 2 мг/кг (не более 100 мг) перорально ежедневно.

Интерпретация лабораторных анализов.

Обследование крови ребенка на наличие ДНК ВИЧ применяется для ранней диагностики ВИЧ-инфекции и проводится в возрасте 1-2 и 5-6 месяцев. Достоверность отрицательного результата в первые 48 часов жизни около 30%, в 1 месяц - 93%, в 5-6 месяцев - 99,9%.

Обнаружение провирусной ДНК ВИЧ в редких случаях может быть ложноположительным, поэтому при получении положительного результата проводится обследование крови на наличие РНК ВИЧ для подтверждения диагноза и оценки риска прогрессирования инфекции.

Положительный иммуноферментный анализ (ИФА) ВИЧ при рождении отмечается у всех детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией женщин (материнские антитела), за исключением детей, родившихся в период серонегативного окна у матери с ВИЧ-инфекцией.

Наличие антител к ВИЧ в крови ребенка контролируется в периоде новорожденности (с целью проведения эпидемиологического надзора), затем в 12 и 18 месяцев. Если в возрасте 12 месяцев не произошла серонегативация, ИФА ВИЧ дополнительно проводится в возрасте 15 месяцев. В случае отсутствия заражения ребенка серонегативация происходит к 12- 18 месяцам (к 9 месяцам – 10-20%, в 12 месяцам – 70%, к 15 месяцам – 95%, к 18 месяцам – 99,9% неинфицированных детей).

Описаны случаи серонегативного окна у больных ВИЧ-инфекцией детей на первом году жизни (между исчезновением материнских и появлением собственных).

Положительный результат ИФА ВИЧ до достижения 15 месяцев не требует подтверждения в иммуноблоте. Отрицательный ИФА ВИЧ - основной анализ для снятия с учета по контакту.

Белковые фракции исследуются в возрасте 6,12 и 18 месяцев. Гиперглобулинемия – косвенный признак инфицирования ребенка. Гипоглобулинемия – состояние, при котором собственные антитела к ВИЧ у ребенка могут начать синтезироваться в возрасте старше 18 месяцев.

Иммунный статус: в первую очередь при инфицировании ребенка характерно нарастание Ig всех классов (G, M, A), ЦИК, СД8, после снижения СД4.

● **Ранние признаки заражения ВИЧ-инфекцией:**

- Лимфоаденопатия (более чем в 2 группах, более 0,5 см, более 1 месяца)
- Гепатоспленомегалия
- Задержка роста и развития
- Персистирующий оральный кандидоз
- Хроническая диарея
- Рецидивирующие бактериальные инфекции (отиты, синуситы, пневмония, менингит)
- Лабораторно: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гиперглобулинемия.

Большое значение имеет сочетание и персистенция этих признаков.

● **Наиболее частая клиника ВИЧ-инфекции:**

- Длительная лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия.
- Задержка физического, психомоторного развития, нарастание гипотрофии.
- Энцефалопатия.
- Рецидивирующий кандидоз кожи и слизистых.
- Рецидивирующие респираторные инфекции, отиты, синуситы.
- ЦМВ-инфекция с поражением ЦНС, легких, печени, кишечника, слюнных желез, сетчатки.
- Рецидивирующий, герпес кожи и слизистых, опоясывающий герпес, повторная ветряная оспа.
- Миокардиопатия.
- Торпидное течение анемии, нарастающая тромбоцитопения.
- Торпидное течение дерматита.
- Лимфоидная интерстициальная пневмония, пневмоцистная пневмония.
- Туберкулез

Критерии подтверждения или исключения диагноза у ребенка, рожденного больной ВИЧ-инфекцией матерью

Диагноз подтверждается:

1) при наличии вторичных при ВИЧ-инфекции заболеваний или 2 положительных результатов ПЦР ВИЧ из разных проб крови в возрасте менее 18 месяцев;

2) 2 положительных результата ИФА ВИЧ с подтверждением в иммуноблоте в возрасте старше 18 месяцев.

Диагноз ВИЧ-инфекция исключается при одновременном наличии 3 условий:

1) повторное отсутствие антител к ВИЧ в возрасте 18 месяцев и более (минимальный интервал – 1 месяц);

2) отсутствие клинических проявлений;

3) отсутствие гипогаммаглобулинемии.

В случае обнаружения гипогаммаглобулинемии наблюдение за ребенком продлевается.

Если ребенок вскармливался грудным молоком, решение вопроса о снятии с учета принимается по тем же критериям и не ранее 12 месяцев после последнего прикладывания ребенка к груди.

Клинические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию

- лихорадка более 1 месяца
- увеличение лимфоузлов 2 и более групп свыше 1 мес.
- диарея более 1 месяца
- необъяснимая потеря массы на 10% и более
- затяжная и рецидивирующая пневмония (более 2 раз в год) или не поддающаяся обычной терапии
- затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные, паразитарные заболевания, сепсис
- рецидивирующая пиодермия
- подострый энцефалит и слабоумие у ранее здоровых лиц
- волосистая лейкоплакия языка
- больные с подозрением или подтвержденным диагнозом:
 - саркома Капоши
 - лимфома
 - Т-клеточный лейкоз
 - туберкулез любой локализации
 - заболевание, обусловленное ЦМВ
 - генерализованные или хронические формы инфекции, обусловленной ВПГ
 - рецидивирующий опоясывающий лишай у лиц моложе 60 лет
 - инфекционный мононуклеоз (при постановке диагноза, через 3 и 6 м)
 - пневмоцистная пневмония
 - токсоплазмоз ЦНС
 - внелегочный криптококкоз
 - криптоспорадиоз
 - изоспороз
 - гистоплазмоз
 - стронгилоидоз
 - кандидоз пищевода, бронхов, трахеи
 - глубокие микозы
 - атипичный микобактериоз
 - прогрессирующая мелкоочаговая лейкоэнцефалопатия
 - анемия, лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения неясного генеза
 - стойкие иммунодефицитные состояния неясного генеза
 - серозный менингит и менингоэнцефалит неясной этиологии с затяжным или рецидивирующим течением (при выявлении и через 3 месяца)

Примечание:

при обследовании на ВИЧ-инфекцию оформляется информированное согласие родителей (опекуна).

В случае подтверждения диагноза диспансерное наблюдение осуществляется пожизненно совместно с педиатрами ГБУЗ «ОЦ СПИД и ИЗ» и его филиалов.

5. Диспансерное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией детьми

После подтверждения диагноза «ВИЧ-инфекция», ребенок регистрируется в соответствии с МКБ-10 кодом В20 или Z21, диспансеризация ребенка и клинико-лабораторный контроль в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ» проводится 1 раз в 3 месяца.

В случае отказа матери от диспансерного наблюдения ребенка или проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции, оформляется письменный отказ.

Классификация ВИЧ-инфекции (Покровский В.В., 2006г.)

1. Стадия инкубации.
2. Острая ВИЧ-инфекция:
 - 2А- острая инфекция бессимптомная
 - 2Б- острая инфекция с вторичными инфекциями
 - 2В- острая инфекция с оппортунистическими инфекциями.
3. Субклиническая стадия.
4. Стадия вторичных заболеваний:
 - 4А - потеря массы менее 10%, грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых; опоясывающий герпес; повторные фарингиты, синуситы
 - 4Б - потеря массы более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие грибковые, вирусные, бактериальные, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий герпес; локализованная саркома Капоши.
 - 4В - кахексия; генерализованные грибковые, вирусные, бактериальные, протозойные, паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода, бронхов, легких; внелегочный туберкулез; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения ЦНС различной этиологии.
5. Терминальная стадия.

Тактика наблюдения и оказания помощи детям с ВИЧ-инфекцией.

Участковые педиатры учреждений здравоохранения в Свердловской области	Участковые педиатры учреждений здравоохранения в г. Екатеринбурге	филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»	ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»
Наблюдение педиатра на общих основаниях и др. специалистов (конс. ЛОР, окулиста, стоматолога, дерматолога, гинеколога)	Наблюдение педиатра на общих основаниях и др. специалистов (конс. ЛОР, окулиста, стоматолога, дерматолога, гинеколога)	Диспансерный осмотр детей с территорий	Консультативная помощь при ведении детей с ВИЧ
Проведение стандартных и дополнительных лабораторных обследований (ОАК, б\х, маркеры гепатитов, сифилис, ВУИ)	Проведение стандартных и доп. лаб. обследований (ОАК, б\х, маркеры гепатитов, сифилис, ВУИ)	ИС, ПЦР РНК ВИЧ, ОАК, б\х 1раз в 3 мес., обследование на гепатиты, внутриутробные инфекции	Диспансерные осмотры детей г.Екатеринбурга 1 раз в 3 мес. (по стандарту) и консультации детей с территорий (1 раз в год и при ухудшении)
Доставка материала для специализированных исследований (ПЦР РНК ВИЧ) в филиал или ОЦ СПИД	Реакция Манту с ТЕ два раза в год	Составление календаря прививок	ИС, ПЦР РНК ВИЧ, ОАК, б\х 1раз в 3 мес., обследование на гепатиты, внутриутробные инфекции

Участковые педиатры учреждений здравоохранения в Свердловской области	Участковые педиатры учреждений здравоохранения в г. Екатеринбурге	филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»	ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»
Реакция Манту с 2 ТЕ два раза в год	Контроль за получением и приемом АРВТ	Назначение АРВТ, согласовав с КДОН№2	Составление календаря прививок детей Екатеринбурга
Контроль за получением и приемом АРВТ	Вакцинация по индивидуальному графику	Контроль за получением и приемом АРВТ	Назначение АРВТ детям всех территорий области
Психосоциальная поддержка семьи	Контроль своевременности явки ребенка в ОЦ СПИД	Отслеживание побочного действия АРВП	Отслеживание побочного действия АРВП
	Психосоциальная поддержка семьи	Контроль за соблюдением плана диспансерного наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией территорий области	Контроль за получением и приемом АРВТ детей Екатеринбурга
		Профилактика и диагностика вторичных и оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции	Профилактика и диагностика вторичных и оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции
		Выдача АРВП	Контроль за соблюдением плана диспансерного наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией территорий области
		Психосоциальная поддержка семьи	Психосоциальная поддержка семьи

Вакцинация больных ВИЧ-инфекцией детей на педиатрическом участке

- БЦЖ, БЦЖ-м - пожизненный медотвод;
- ОПВ- заменяется на инактивированную полиомиелитную (типа 1,2 3) вакцину, в том числе другим совместно проживающим детям;
- вакцинация против кори, паротита, краснухи- при отсутствии выраженной иммуносупрессии перед вакцинацией;
- инактивированные вакцины по календарю;
- вакцинация против гемофильной, пневмококковой инфекций, гриппа;
- реакция Манту с 2 ТЕ - 2 раза в год вне зависимости от прививочного анамнеза.

При положительной реакции Манту, необходимо провести пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и направить ребенка на консультацию к фтизиатру.

После вакцинации рекомендуется обследование на титр антител к прививаемым инфекциям с введением дополнительных доз вакцины при обнаружении недостаточного уровня антител.

Диспансеризация по месту жительства

Ребенку, не получающему на антиретровирусную терапию, проводится:

- мониторинг СД4 и полимеразной цепной реакции (ПЦР РНК) на ВИЧ- 2 раза в год (забор крови в территориях и доставка в филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»);
- ОАК развернутый, с исследованием уровня тромбоцитов – 1 раз в 3 месяца (при отсутствии возможности обследования в центре СПИД);
- УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ОАМ – 2 раза в год;
- консультация невропатолога. ЛОР, окулиста, гинеколога, стоматолога – 1-2 раза в год;
- рентгенография грудной клетки детям до 15 лет назначается фтизиатром по показаниям.

Ребенку, получающему антиретровирусную терапию, проводится:

- мониторинг СД4 и полимеразной цепной реакции (ПЦР РНК) на ВИЧ- 4 раза в год (забор крови в территориях и доставка в филиал ГБУЗ «ОЦ СПИД и ИЗ»);
- ОАК развернутый, с исследованием уровня тромбоцитов, биохимический анализ крови (печеночные пробы для выявления синдромов цитолиза, холестаза, липидный спектр, уровень глюкозы) – 1 раз в 3 месяца (при отсутствии возможности обследования в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»);
- УЗИ брюшной полости, ЭКГ, ОАМ – 2 раза в год;
- консультация невропатолога. ЛОР, окулиста, гинеколога– 1 раз в 12 недель;
- консультация стоматолога – 2 раза в год;
- рентгенография грудной клетки детям до 15 лет назначается фтизиатром по показаниям.

Консультативные приемы в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»

Для детей из муниципальных образований Свердловской области 1 раз в год и при ухудшении самочувствия. Диспансерные приемы для детей г. Екатеринбурга осуществляются 1 раз в 3 месяца.

Прием ребенка предусматривает:

- осмотр с оценкой развития, регистрацией вторичных заболеваний;
- ОАК развернутый, с исследованием уровня тромбоцитов;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы для выявления синдромов цитолиза, холестаза, липидный спектр, уровень глюкозы);
- мониторинг СД4;
- мониторинг полимеразной цепной реакции (ПЦР РНК) на ВИЧ или вирусную нагрузку.

В раннем возрасте часто регистрируется очень высокая вирусная нагрузка, при благоприятном течении она снижается без лечения на 0,6 lg в год.

Персистенция высоких уровней вирусной нагрузки - маркер быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Высокой вирусной нагрузкой у детей младше 30 месяцев считают уровень более 30 000 с\ml.

Профилактика пневмоцистной пневмонии

После подтверждения диагноза ВИЧ-инфекция у ребенка (предварительно или окончательно), профилактическое лечение пневмоцистной пневмонии продолжается в зависимости от возраста и результатов обследования ребенка (таблица № 4)

Возраст, количество СД4	Профилактика ПЦП
С рождения до 12 месяцев, независимо от СД4	Проводится
1 – 5 лет	Проводится, если СД4 менее 0,5 10*9/л или менее 15%
6 лет и старше	Проводится, если СД4 менее 0,2 10*9/л или менее 15%

С целью профилактики пневмоцистной пневмонии назначается триметоприм+сульфаметоксазол 150/750 мг/м2/сут за 2 приема перорально 3 последовательных дня в неделю. При непереносимости триметоприм+сульфаметоксазол назначается дапсон 2 мг/кг (не более 100 мг) перорально ежедневно.

Антиретровирусная терапия

Антиретровирусная терапия назначается после получения информированного добровольного согласия родителей или иных законных представителей ребенка:

Антиретровирусная терапия позволяет снизить вирусную нагрузку ниже порога определения, восстановить количество СД4 клеток и перевести течение ВИЧ-инфекции из прогрессирующего в хроническое.

Для достижения стойкого эффекта назначается высокоактивная терапия (минимум 3 препарата), с момента назначения лечение продолжается постоянно.

Антиретровирусная терапия эффективна только при строгом соблюдении режима приема препаратов:

- пропуск 1 дозы в неделю - эффект в 83%
- пропуск 2 доз в неделю - эффект в 64%
- пропуск 3 - 4 доз в неделю - эффект в 25%
- пропуск более 4 доз в неделю - эффект в 4%

Показания для начала АРВТ:

- клинические проявления ВИЧ-инфекции – стадии 2В, 4А-В, 5 – независимо от возраста и вирусной нагрузки. При умеренно выраженных симптомах (стадии 3 и 4А) лечение рекомендуется при иммуносупрессии (категории 2 и 3) и/или вирусной нагрузке выше 100000 с/ml;
 - иммуносупрессия (категории 2 и 3), а также быстрое снижение уровня СД4 (на 30% за 3-6 месяцев);
 - значительное нарастание вирусной нагрузки или длительно высокие уровни РНК ВИЧ.
- Окончательное решение о начале антиретровирусной терапии принимает инфекционная комиссия ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ» на основании клинических, лабораторных данных, а также на основании социальной обстановки в семье.

Социальные льготы для больных ВИЧ-инфекцией детей

На основании статьи 19 Федерального закона от 30.03.1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» больных ВИЧ-инфекцией несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством РФ.

6. Профилактика и выявление туберкулеза у детей, рожденных больными ВИЧ-инфекцией матерями и у больных ВИЧ-инфекцией детей и подростков.

В последние годы в Свердловской области отмечается резкое повышение показателя заболеваемости туберкулезом детей больных ВИЧ-инфекцией. Так, в сравнении с 2010 в 2013 году данный показатель вырос в 2,4 раза и составил: 1358,2 на 100 тысяч детей ВИЧ-инфекцией. Заболели туберкулезом 8 детей, случаев смерти от туберкулеза среди детей с сочетанной патологией не зарегистрировано. В 2012г. 8 случаев туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией, показатель заболеваемости 1234,6 на 100 тысяч детей с ВИЧ-инфекцией, за 10 месяцев 2013 года зарегистрировано 5 случаев туберкулеза у детей.

Показатель заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией детей в 70 раз превышает показатель заболеваемости туберкулезом детей Свердловской области в возрасте от 0 - 14 лет (2009г. - 14,3; 2010г. - 11,7; 2011г. - 19,3 на 100 тысяч детей). За период с 2004 по 2012 год из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции заболел туберкулезом 101 ребенок, в том числе у 49 (48,5,2%) заболевание развилось на фоне ВИЧ-инфекции и у 52 детей с перинатальным контактом с ВИЧ.

Вакцинация БЦЖ – М:

В родильном доме вакцинация БЦЖ-М детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей выполняется при следующих условиях:

Со стороны матери:

- до родов осуществлялось совместное наблюдение женщины акушером-гинекологом в женской консультации и инфекционистом;
- флюорографическое обследование органов грудной клетки окружения новорожденного проведено перед вакцинацией от туберкулеза ребенка;
- женщина получала трехкомпонентную антиретровирусную терапию во время беременности с увеличением количества CD₄ лимфоцитов и снижением в крови вирусной нагрузки;
- женщине проведена антиретровирусная терапия во время родов и после рождения ребенка;
- отсутствие грудного вскармливания ребенка;
- отсутствие признаков туберкулеза у матери по обзорному снимку легких после родов;
- проведено кесарево сечение в родах (желательное условие).

Со стороны ребенка в роддоме:

- оценка шкалы Апгар не менее 6 баллов;
- абсолютное число нейтрофилов не менее 1000 в общем анализе крови;
- незамедлительное начало антиретровирусной терапии новорожденному после родов;
- отсутствие общих противопоказаний к вакцинации против туберкулеза.

Иммунизация детей БЦЖ-М, родившиеся от больных ВИЧ-инфекцией матерей, при отсутствии вышеуказанных мероприятий, должна осуществляться ребенку после исследования его крови на ВИЧ и исключения иммунодефицитного состояния в возрасте 6 месяцев. При этом должен соблюдаться клинический минимум обследования.

Со стороны окружения ребенка:

- внеочередное обследование на туберкулез всего окружения новорожденного, независимо от места проживания, перед выпиской ребенка из родильного дома (флюорография, рентгенография органов грудной клетки);

- туберкулинодиагностика (проба Манту с 2ТЕ и/или туберкулиновая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и рентгенофлюорография органов грудной клетки у матери ребенка;

- при выявлении больного туберкулезом в окружении новорожденного – госпитализация больного туберкулезом в круглосуточный стационар по направлению фтизиатра и проведение заключительной дезинфекции в очаге туберкулеза перед возвращением родильницы с новорожденным из роддома.

Со стороны ребенка после выбытия из роддома:

- наблюдение на педиатрическом участке в группе риска из числа не вакцинированных в роддоме против туберкулеза;

- отрицательный результат на пробу Манту с 2ТЕ 1 раз в 6 месяцев;

- отсутствие общих противопоказаний для вакцинации против туберкулеза.

В случае выявления туберкулеза в окружении ребенка вопрос о вакцинации БЦЖ-М должен решаться только после обследования у фтизиатра.

Туберкулинодиагностика у детей с ВИЧ-инфекцией и из перинатального контакта с ВИЧ-инфекцией.

Данной категории детей и подростков туберкулинодиагностика должна проводиться 2 раза в год. При положительной пробе Манту с 2ТЕ фтизиатром назначается туберкулиновая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным.

С целью выявления инфицированных микобактериями туберкулеза обеспечить своевременное и качественное чтение результатов пробы Манту с 2 ТЕ и туберкулиновой пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным:

1) четко отражать в документации наличие отрицательной пробы, гиперемии или папулы с указанием размера в мм; при одновременном наличии гиперемии и папулы, размеры гиперемии не учитывают.

2) направлять на дообследование к фтизиатру незамедлительно после постановки пробы Манту с 2 ТЕ в следующих случаях:

- впервые положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ (папула 5 мм. и более), не связанную с предыдущей иммунизацией БЦЖ;

- инфильтрат 17 мм. и более, либо папула 5 мм. и более с везикуло-некротической реакцией, лимфангитом или регионарным лимфаденитом;

- нарастание чувствительности к туберкулину на 6 мм и более от предыдущей;

- нарастание чувствительности папулы до 12 мм и более;

- стойко сохраняющаяся (3-4 года) папула размером 12 мм и более;

- детей до 3 лет с поствакцинальным знаком БЦЖ более 3 мм;

- наличие папулы размером 12 мм и более;

- наличие папулы 5 мм и более при предыдущих отрицательных или сомнительных реакциях;

- наличие у детей до 3 лет поствакцинального знака менее 3 мм и папулы после пробы Манту с 2 ТЕ размером 5 мм и более.

По результатам постановки туберкулиновой пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным направлять детей и подростков на дообследование к фтизиатру при наличии:

- гиперемии любого размера;

- папулы любого размера.

В случае отказа родителей от проведения ребенку туберкулинодиагностики необходимо направлять этого ребенка на консультацию к фтизиатру с целью исключения туберкулеза и решения вопроса о возможности посещать организованные детские коллективы.

Кроме того, подлежат обследованию у фтизиатра дети и подростки с иммуносупрессией (СД₄ менее 500 кл. в мкл, особенно менее 200 кл. в мкл).

Цифровая малодозная флюорография органов грудной клетки проводится один раз в 6 месяцев подросткам с 15 лет, а также окружению новорожденного ребенка.

Наблюдение в очагах туберкулеза: проводится совместно с фтизиатрами. Участковый педиатр должен проводить сверку с фтизиатром 1 раз в квартал по больным с активным и клинически излеченным туберкулезом, в том числе по случаям смерти больных туберкулезом.

Обследование на туберкулез контактных детей проводится у фтизиатра при взятии на диспансерный учет и затем каждые 6 месяцев до снятия с диспансерного учета взрослого больного туберкулезом (обзорный снимок легких, туберкулинодиагностика, лабораторная диагностика и, по показаниям, другие виды исследований).

Дети от 4 лет и подростки наблюдаются до перевода больного в группу клинического излечения туберкулеза и затем еще 1 год; дети в возрасте 0-3 лет наблюдаются у фтизиатра, как контактные, до снятия взрослого с учета по выздоровлению; из туберкулезных очагов смерти все дети наблюдаются 2 года.

Основные направления профилактической работы в очагах туберкулеза включают:

- проведение заключительной дезинфекции в регламентированные сроки силами учреждений, имеющих лицензию по дезинфектологии, дезинфекцию по туберкулезу заказывает фтизиатрическая служба;
- проведение текущей дезинфекции по туберкулезу в очаге туберкулеза под регулярным контролем фтизиатрической службы;
- изоляция ребенка из очага туберкулеза (госпитализация в соматический стационар или реабилитационное отделение противотуберкулезного диспансера).

Контролируемая химиопрофилактика туберкулеза по назначению фтизиатра проводится 2 раза в год в первые 2 года наблюдения у фтизиатра, затем - по показаниям при наличии отягощающих факторов:

- иммуносупрессия;
- высокая туберкулиновая чувствительность;
- возраст ребенка до 3х лет;
- перенесенные нетуберкулезные заболевания;
- нарастание туберкулиновой чувствительности;
- проживание в асоциальных условиях или новый контакт с больным туберкулезом.

Формы информированных добровольных согласий

ОБРАЗЕЦ

Информированное согласие родителей (опекунов) на проведение терапии ВИЧ-инфекции ребенку

Настоящее информированное согласие действует в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» статья 20, пункт 1, 2,
Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на проведение ребенку противоретровирусной терапии ВИЧ-инфекции с использованием следующих препаратов:

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной терапии необходимо, разъяснено действие назначаемых препаратов, что я получил(а) информационный листок для больного и ознакомился (ознакомилась) с ним, что мне сообщен контактный телефон, по которому я в случае необходимости могу связаться с лечащим врачом или лицом, его замещающим.

Я осознаю:

- что назначаемое ребенку лечение направлено на подавление размножения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в организме и на предотвращение развития связанных с ВИЧ-инфекцией вторичных заболеваний. Что оно не приведет к полному излечению от ВИЧ-инфекции и не предотвратит полностью возможность заражения мною других лиц;
- что назначенное ребенку лечение в любой момент может быть прекращено по моему собственному желанию или решению лечащего врача, в том числе и из-за несоблюдения режима приема препарата или обследования. В случае прекращения лечения по решению врача мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- что назначаемые ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- что, как и любое лекарственное средство, они могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых приведена в информационном листке для больного, с которым я ознакомился (ознакомилась).

Я обязуюсь:

- проводить ребенку медицинское обследование для контроля за лечением по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь и мочу;
- обеспечить ребенку прием назначенных лекарственных препаратов строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях назначенного ребенку лечения или прекращения его по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья ребенка во время лечения и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных ему препаратов;
- в случаях, когда назначается прием других лекарств (например, в экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Я согласен(на) на предоставление информации о факте обращения за медицинской помощью, на экспертизу медицинской документации, подтверждающей контролируемое лечение.

Подпись больного _____ Дата _____
Подпись врача _____ Дата _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» на сбор, обработку, хранение, использование, обновление, систематизацию моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания (фактического места пребывания), адрес регистрации в УФМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медико-профилактической деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право в связи с моим заболеванием медицинским работникам передавать мои персональные данные другим медицинским должностным лицам в интересах моего обследования и лечения при условии, что работа с ними будет осуществляться должностным лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие, данное мной «__» _____ 20__ г, и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично мной под расписку Оператора.

Дата рождения _____ Место рождения _____
(число, месяц, год на основании паспорта или документа его заменяющего)

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Контактный телефон _____ Пол (м/ж) _____ Подпись _____