Клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. Оценка работы медицинских организаций Иркутской области за 2016 год.

Врач-педиатр
ГБУЗ «ИОЦ СПИД»
Шмыкова Е.О.

ГБУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Направления работы

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей по показаниям

Ведение детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции

Ведение детей с ВИЧ-инфекцией

Федеральная нормативная база.

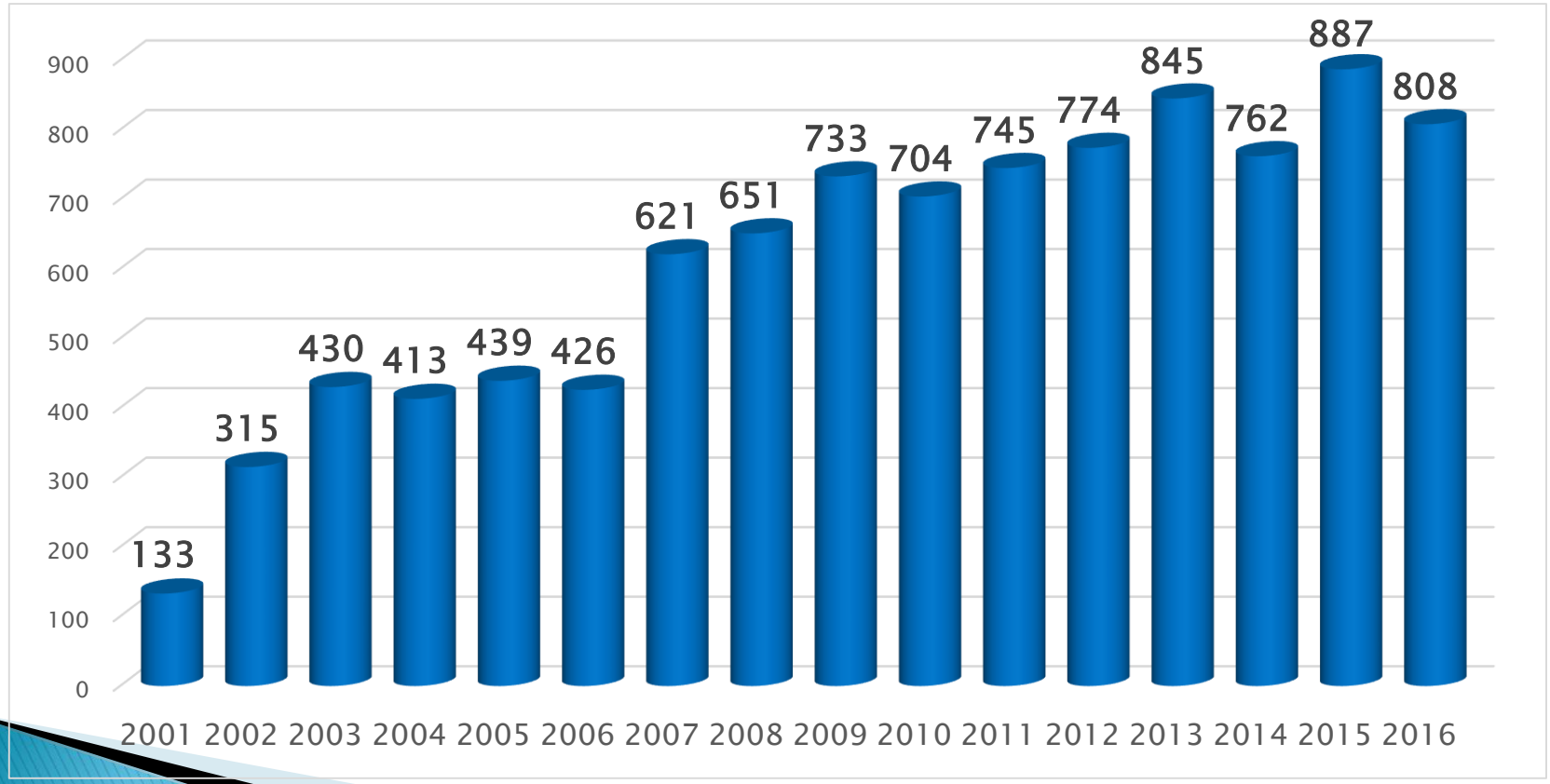
- **Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ** «Об основах охраны здоровья граждан»,
- **Федеральный закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ** «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека»,
- **Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10** «Профилактика ВИЧ-инфекции»
- **Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 21 июля 2016 г. N 95 "О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции"**
- **Приказ МЗ РФ от 24 декабря 2012 г. N 1512н** «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»,
- **Приказ МЗ РФ от 21 марта 2014 г. N 125н** «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»,
- **Приказ МЗиСР от 17 марта 2006 года № 166** «Об утверждении инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»,
- **Приказ МЗиСР РФ от 30 мая 2005 года № 374** «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией»,
- **Приказ МЗ РФ от 16 сентября 2003 г. № 442** «**О**б утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями».

Новые клинические рекомендации

- **Клинические рекомендации (протокол лечения) «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку», утверждены МЗ РФ 03.06.2015г., письмо №15-4/10/2-2661.**

- **Клинические рекомендации (протокол лечения) «Диагностика ВИЧ-инфекции и применение антиретровирусных препаратов у детей», утверждены 24.01.2016г., письмо ФКУ РКИБ от 04.04.2016.**

Динамика рождения живых детей от женщин, больных ВИЧ-инфекцией, в 2001-2016 гг.



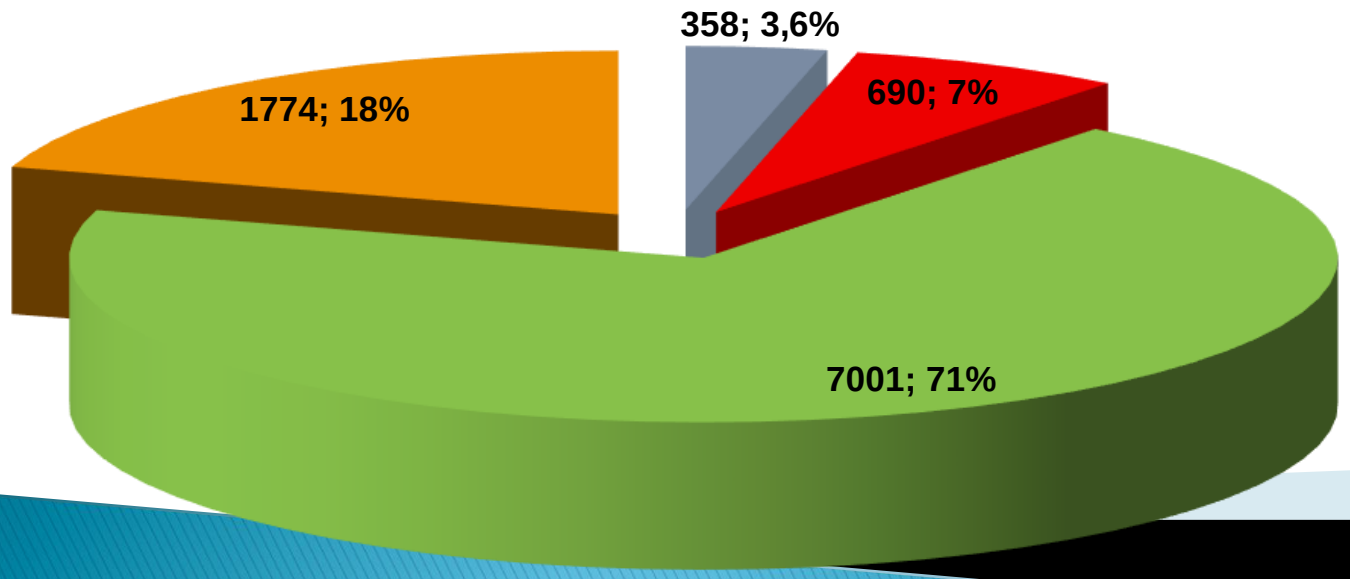
Приказ Минздрава России от 16.09.2003 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями»

- **Учетная форма N 309/у** «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью»
- **Учетная форма N 310/у** «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью»
- **Учетная форма N 311/у** «Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью»

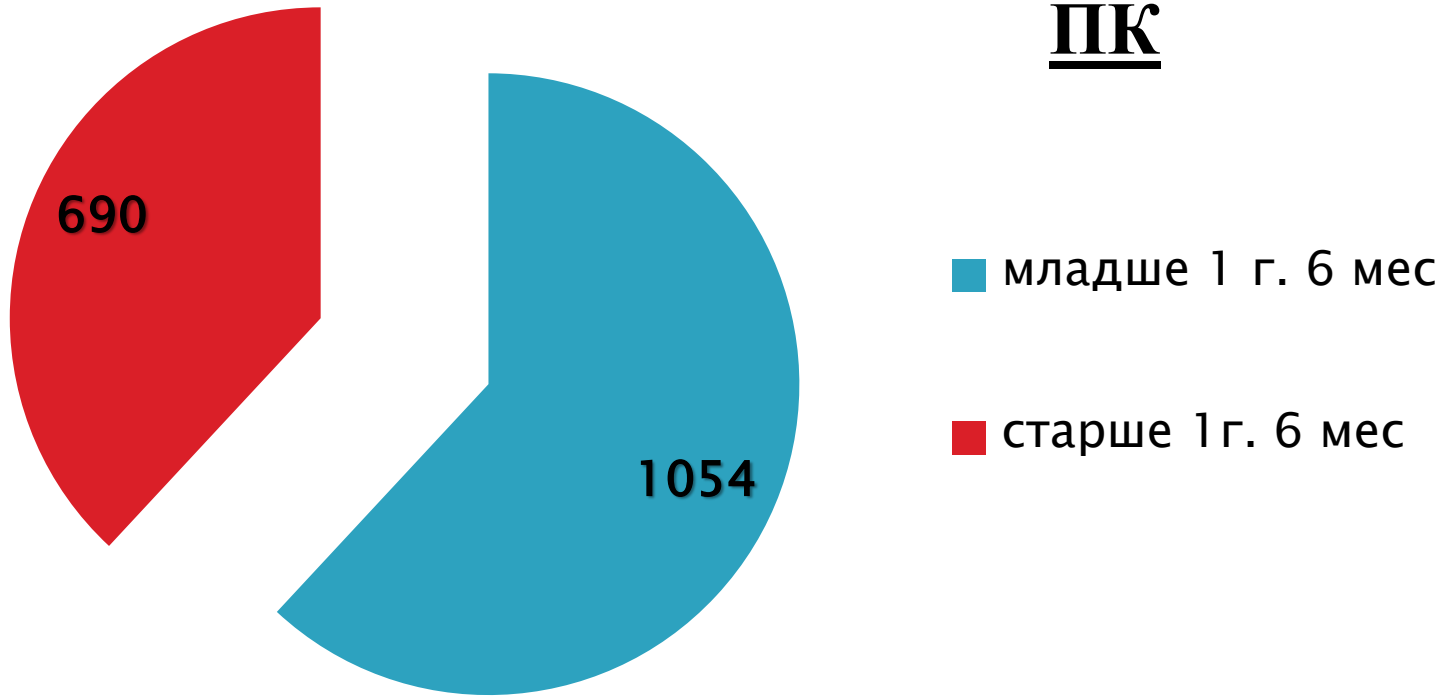
Региональная нормативная база.

- **Приказ МЗ ИО от 20 декабря 2010 года № 350-мпр** «Об организации раннего выявления и профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку, диспансерного наблюдения за беременными женщинами, больными ВИЧ-инфекцией, и новорожденными в раннем неонатальном периоде в учреждениях здравоохранения Иркутской области»,
- **Приказ МЗ ИО от 22 июля 2011 года №87-мпр** «О порядке оказания медицинской помощи детям из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции и детям, больным ВИЧ-инфекцией, в Иркутской области»,
- **Приказ МЗ ИО от 17 августа 2009 года № 1027-мпр** «Об организации работы по ВИЧ-инфекции»,
- **Приказ МЗ ИО от 24 января 2014 года № 7-мпр** «Об организации оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в медицинских организациях Иркутской области»,
- **Распоряжение МЗ ИО от 17.04.2014г. № 766-мр** «О методических рекомендациях по проведению медицинского освидетельствования граждан на наличие антител/антигена к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в медицинских организациях Иркутской области».
- **Методическими рекомендациями** «Об организации раннего выявления и предотвращения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции», утвержденными Распоряжением Министерства здравоохранения Иркутской области № 2343 – мр от 11 октября 2016 года, № 2324 – мр от 05.10.2016года.

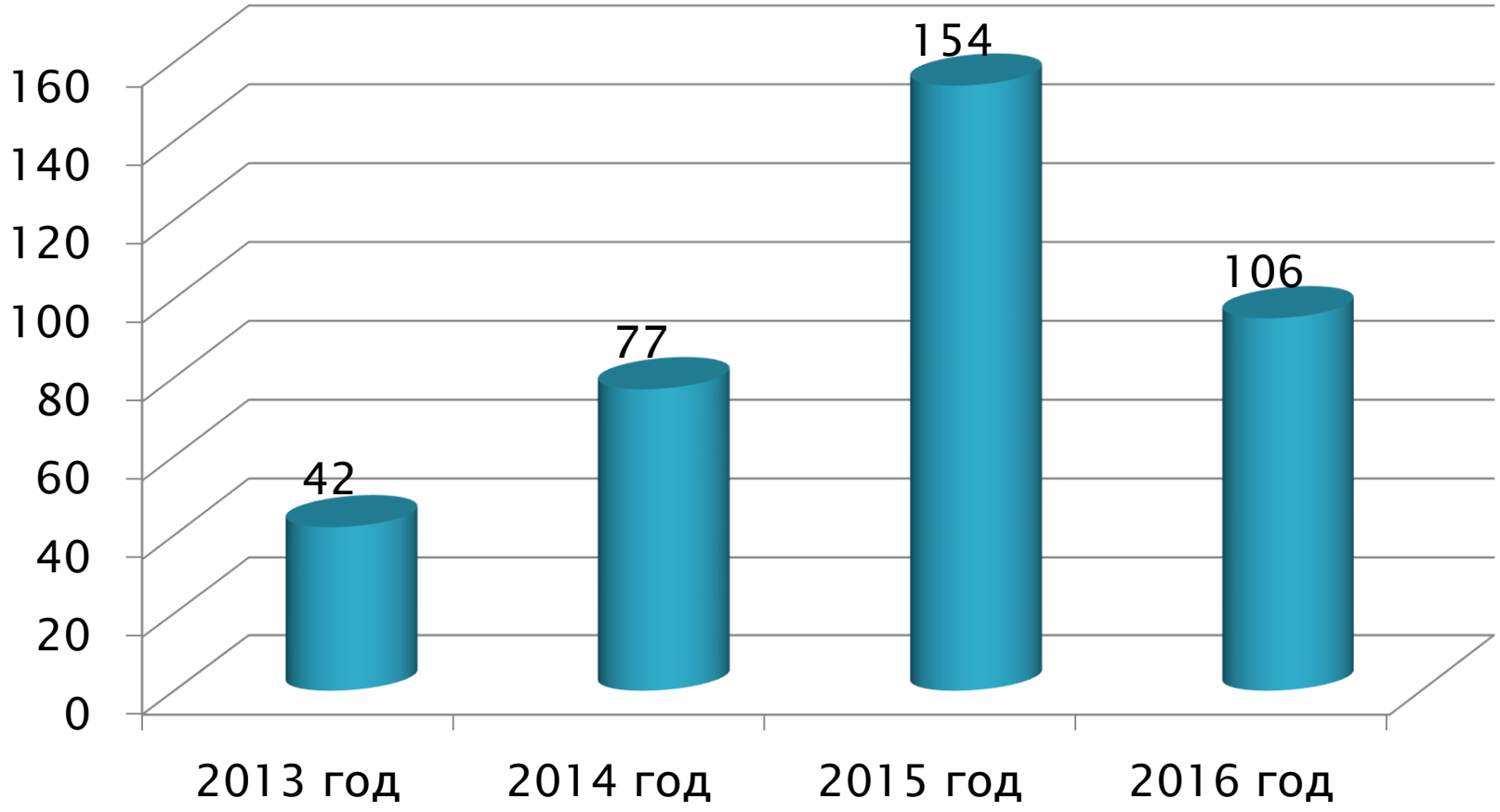
Ситуация по наблюдению детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, на 01.01.2017 г. (всего за все годы 9823)



Количество детей R-75, не снятых с Д-учета на 01.01.2017 г. (1774 чел.)



Дети из группы R -75, рожденные в 2013-2016 гг. , не обследованные методом ПЦР РНК ВИЧ на 01.01.2017 г.



Дети из группы R -75 не обследованные методом ПЦР РНК ВИЧ на 01.01.2017 г.

Территория	Количество детей
Иркутск	244 чел.
Ангарск	44 чел.
Нижнеудинский район	27 чел.
Иркутский район	24 чел.
Усолье-Сибирское и Усольский район	22 чел.
Усть - Кут	16 чел.
Братск	15 чел.
Шелеховский район	11 чел.
Усть -Удинский	8 чел.
Заларинский район	7 чел.

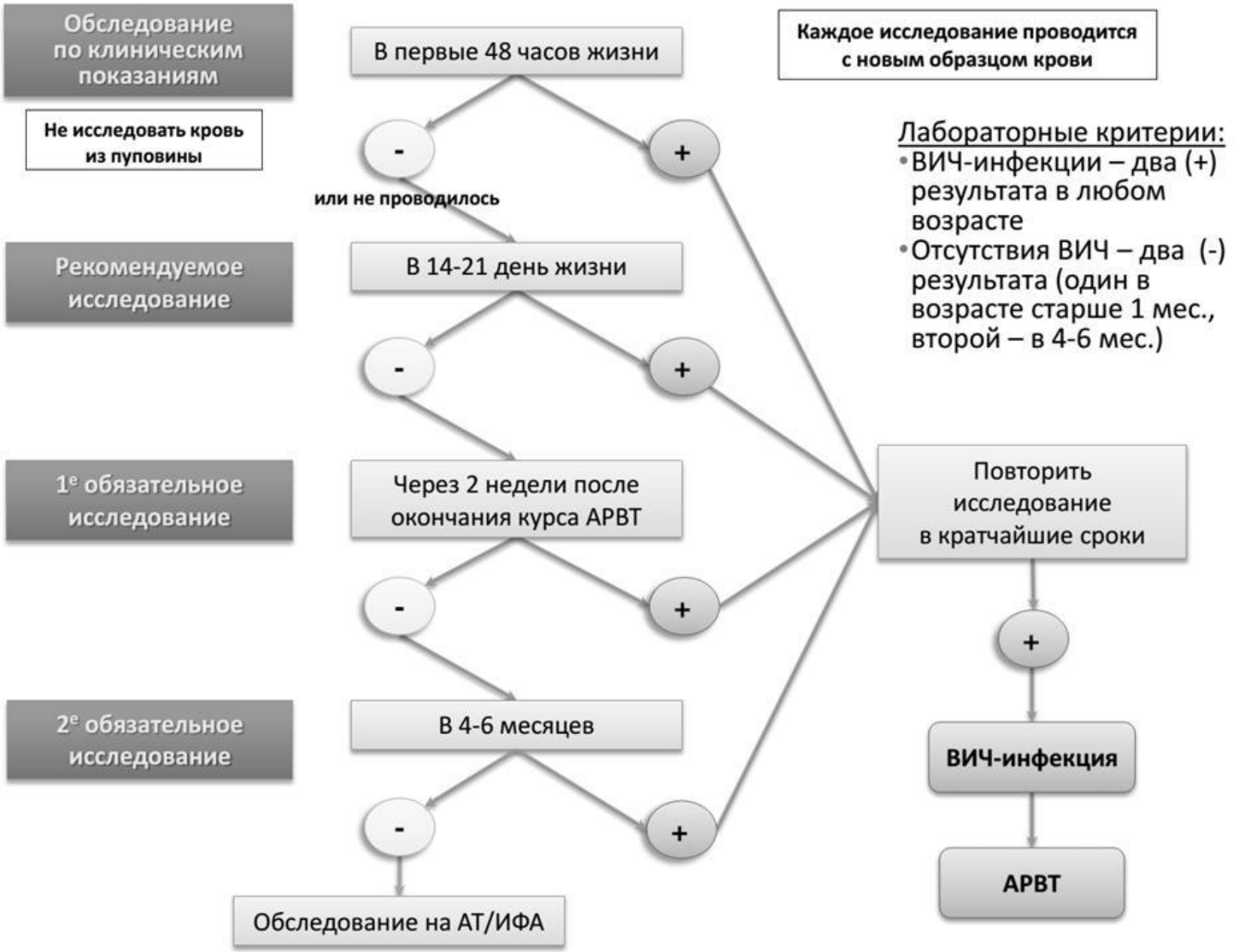
Количество детей старше возраста 18 мес. не снятых по R-75 на 01.01.2017 г.

Город	Всего на ДУ с R-75	Из них старше 1 г 6 мес.
1. Иркутск	778	387
2. Усолье Сибирское	48	24
3. Иркутский район	89	44
4. Ангарск	126	29
5. Братск	92	26
6. Тулунский район	39	10
7. Шелеховский район	49	5
8. Саянск	36	11
9. Тайшетский район	29	4
10. Боханский район	15	7
11. Балаганск	7	7

Количество детей старше возраста 18 мес. не снятых по R-75 по поликлиникам г. Иркутска на 01.01.2017 г.

Поликлиника	Всего на ДУ с R-75	Из них старше 1 г 6 мес.
МСЧ ИАПО	53	28
ДП № 8	84	13
ДП № 10	28	11
ДП № 5	33	10
ДП № 6	59	10
ДП № 9	43	7
ДП № 15	31	7
ДП № 1	23	5
ДП № 17	4	3
ДП № 2	35	3
ДП № 3	24	1
ДП № 4	33	1

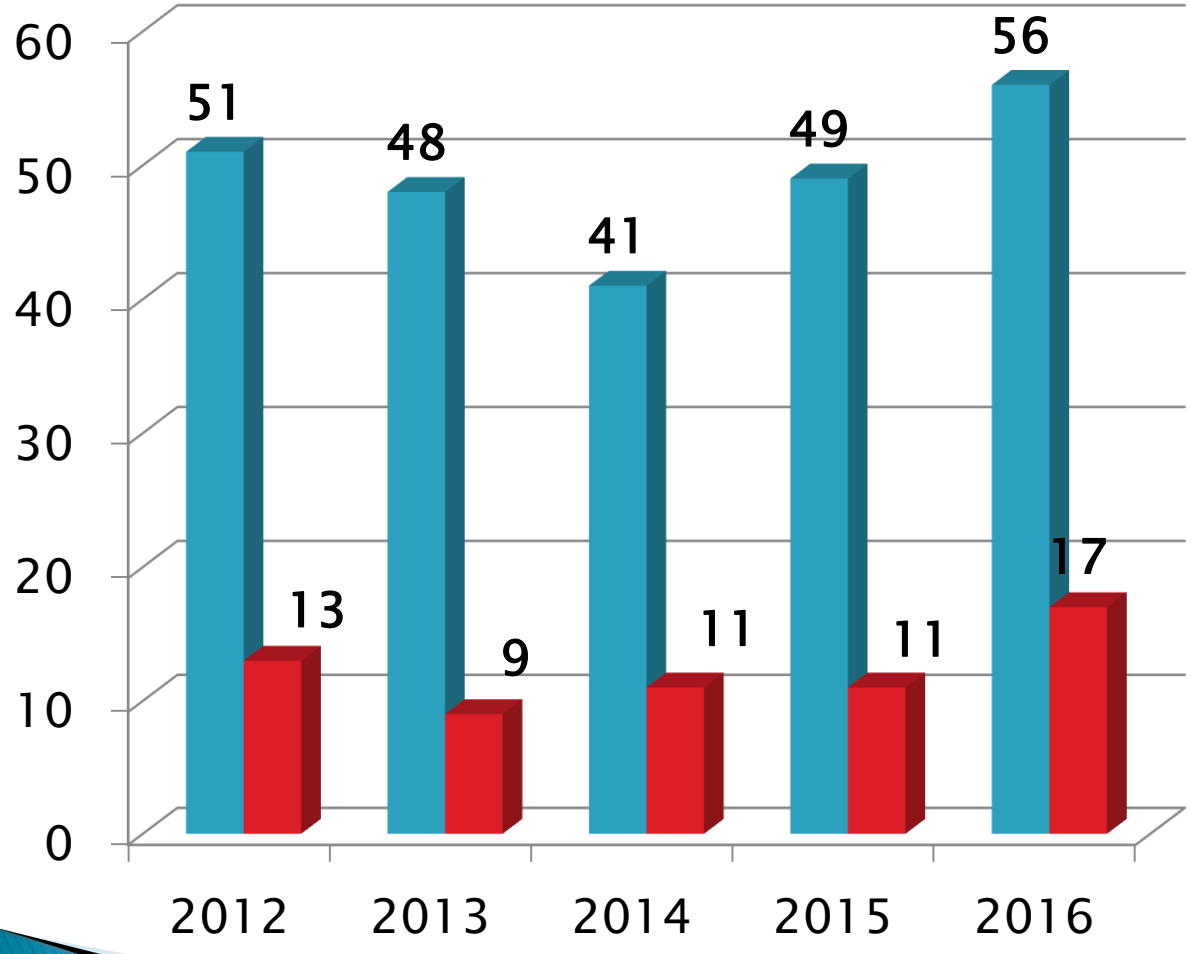
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ (ПЦР).



Данные по детям с ВИЧ-инфекцией на 01.01.2017 г. по Иркутской области

	Количество детей	Из них на АРВТ
Всего выявлено детей с ВИЧ-инфекцией за все года	775	
Из них с ПК ВИЧ за все года	685	
На настоящий момент в области детей с диагнозом ВИЧ	690	595 (86,2%)
Из них с ПК ВИЧ	635	557 (87,7 %)
Из них детей младше 12 месяцев	17	17

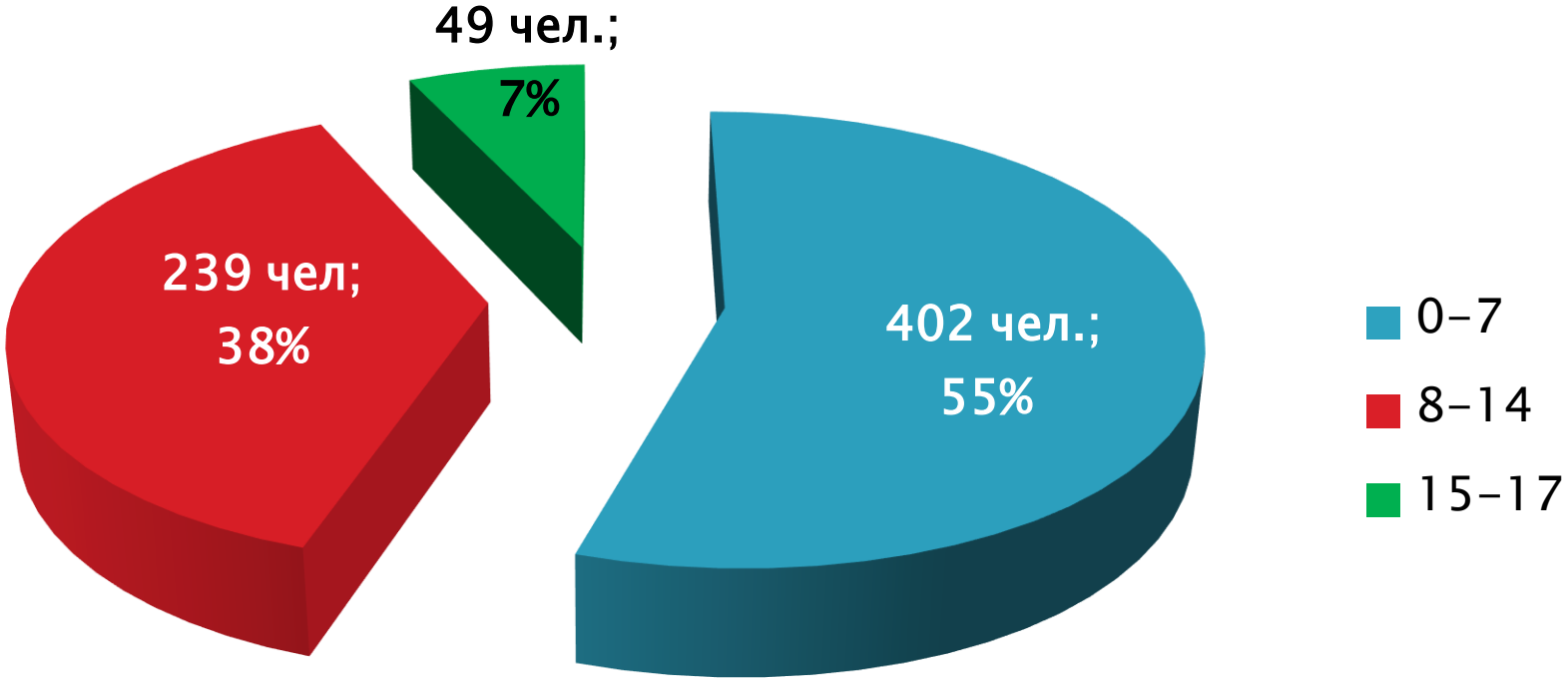
Динамика постановки диагноза ВИЧ-инфекция у детей с ПК ВИЧ за период 2012-2016 гг.



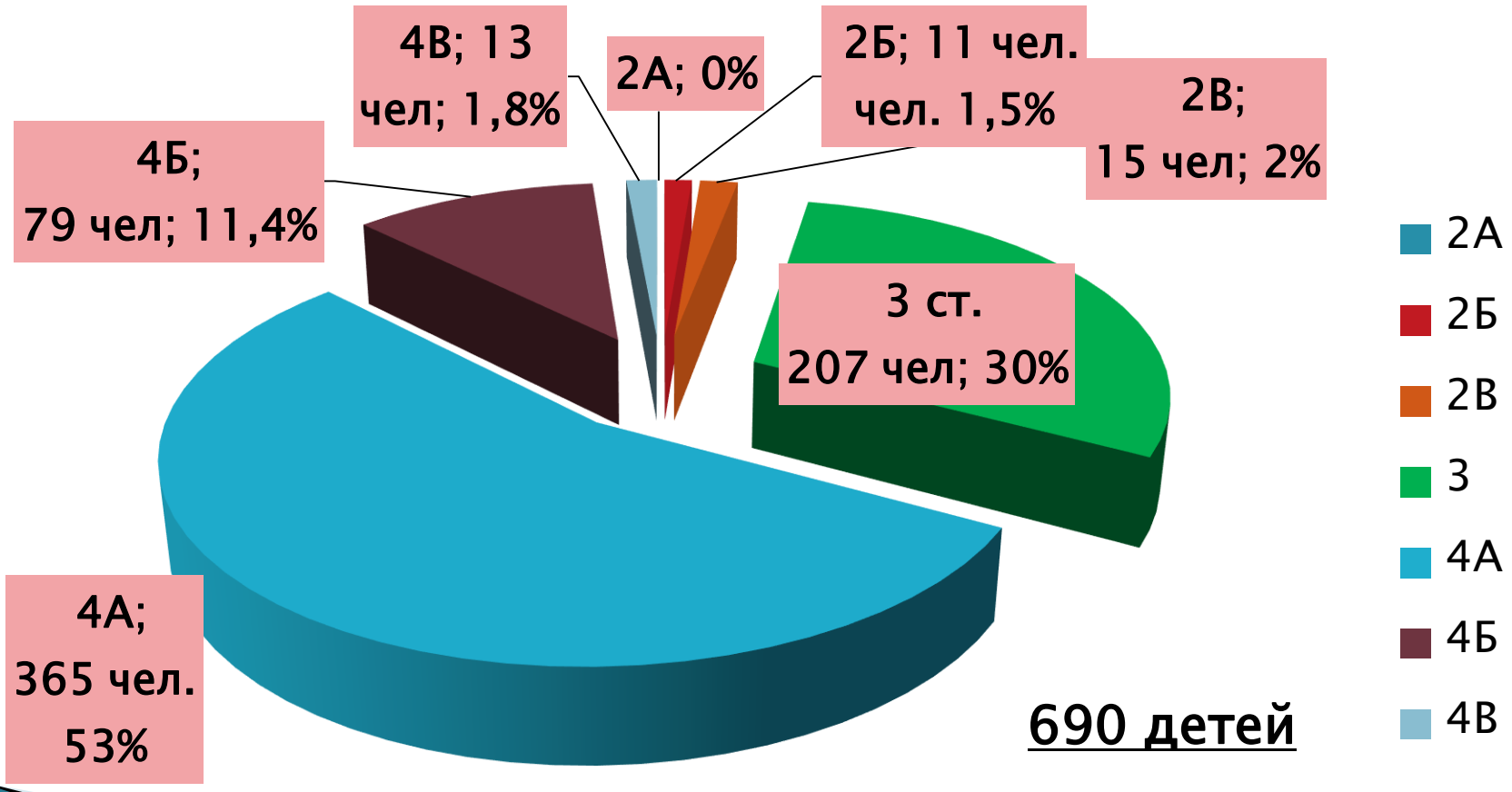
Территории с наибольшим количеством детей с ВИЧ в Иркутской области на 01.01.2017г.

1.	Иркутск	260 чел.
2.	Ангарск	47 чел.
3.	Черемхово	37 чел.
4.	Саянск	31 чел.
5.	Братск	31 чел.
6.	Шелеховский район	30 чел.
7.	Иркутский район	30 чел.
8.	Нижнеудинский район	22 чел.
9.	Усолье Сибирское	23 чел.
10.	Усть-Ордынский	18 чел.
	ВСЕГО	499 чел. = 73 %

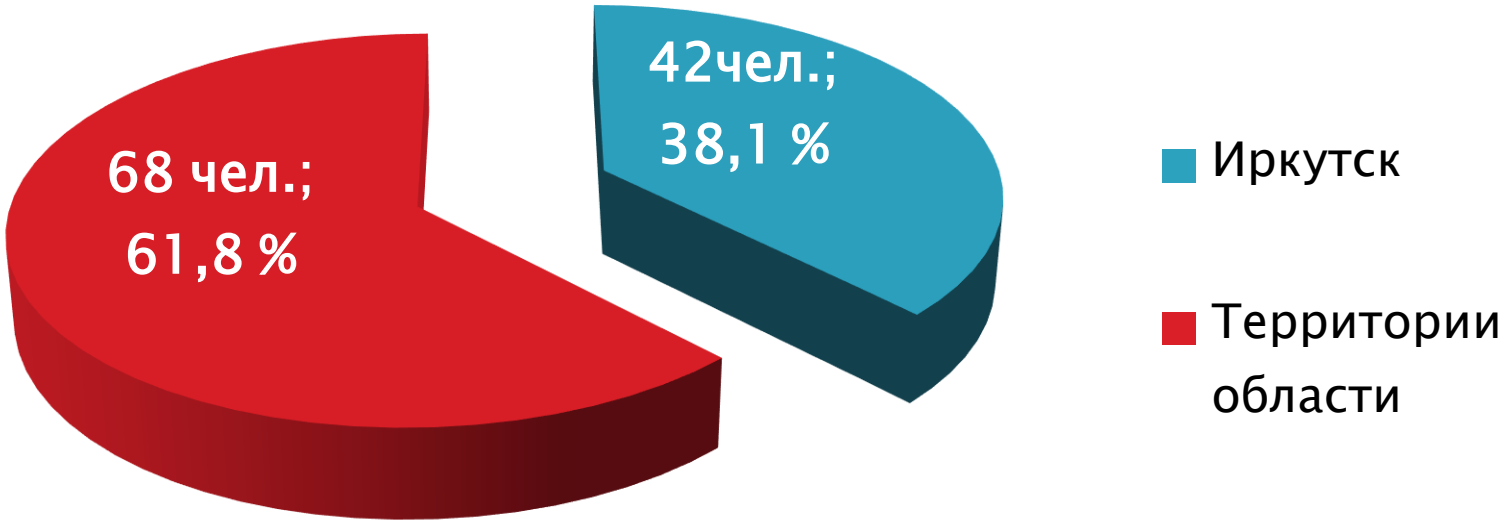
Распределение ВИЧ-инфицированных детей по возрасту на 01.01.2017 г., 690 детей (форма 61)



Распределение детей по стадиям заболевания на 01.01.2017 г.

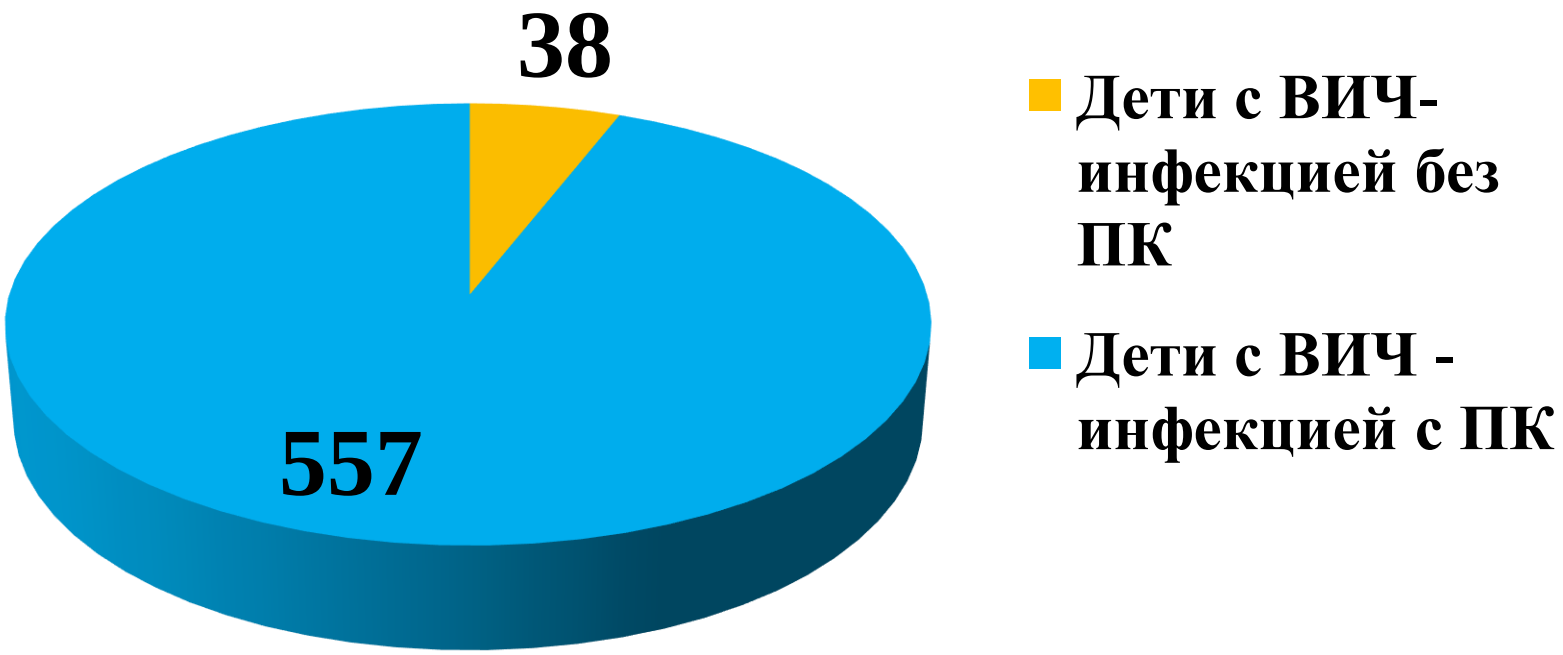


Отказные ВИЧ (+) дети на 01.01.2017 г. (всего 109 чел.)



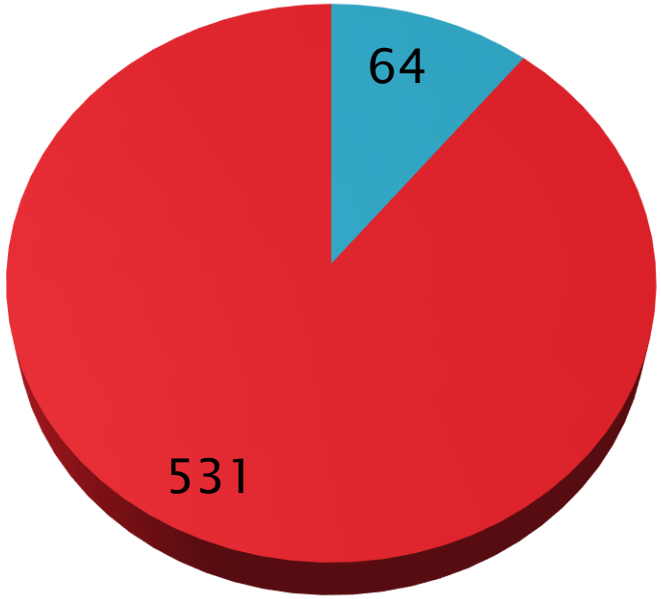
Из территорий области больше всего отказных детей в г. Черемхово (15 чел.), г. Ангарске (14 чел.), г. Братске (10 чел.).

Дети с ВИЧ-инфекцией на АРВТ на 01.01.2017 г. (595 ребенка)

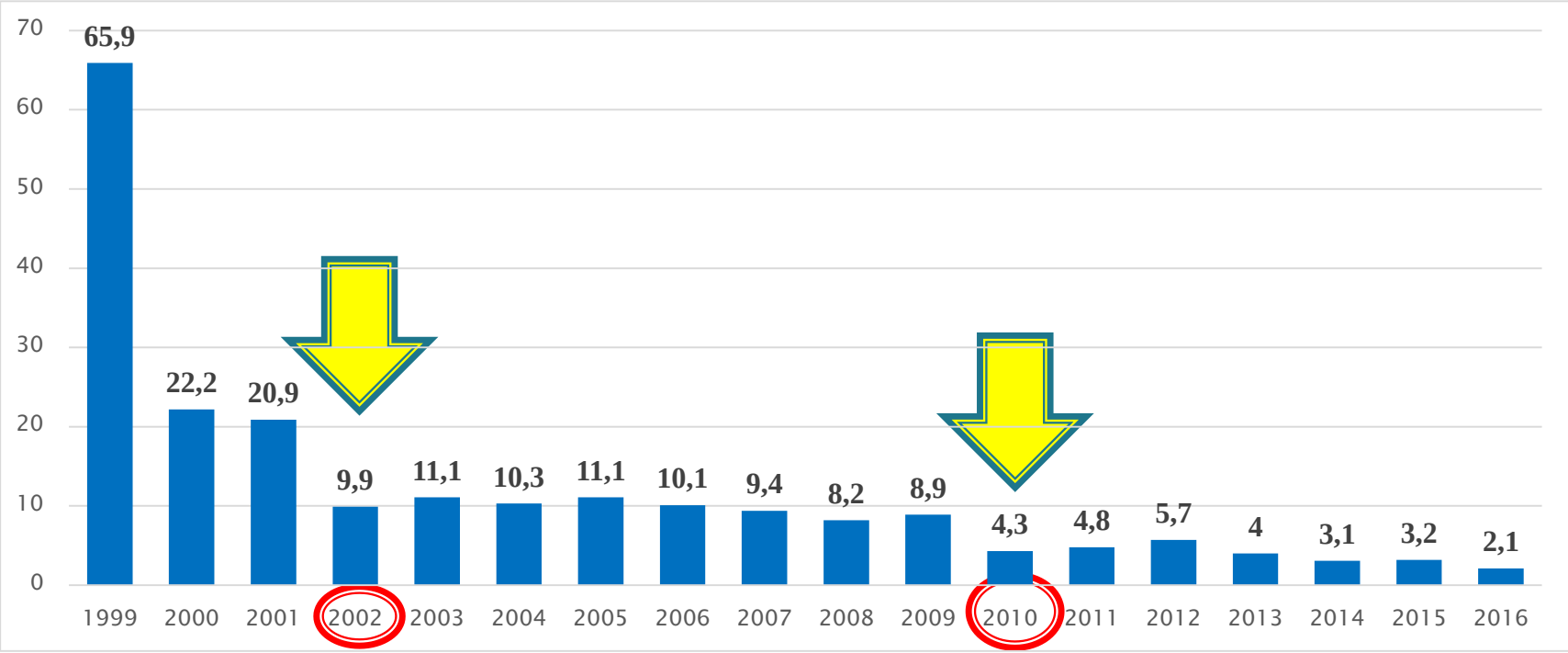


595 ребенка на АРВТ на 01.01.2017 г.
Эффективность АРВТ = 90 %

- виремия на АРВТ 64 чел.
- ПЦР РНК ВИЧ на неопределяемом уровне 531 чел.



Процент перинатальной передачи ВИЧ (от числа обследованных, в т.ч. ПЦР) из рожденных за год



На 1 января 2016 года всего родилось 9823 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, из них выставлен диагноз ВИЧ-инфекция – 775 детям (7,8%), из них на диспансерном учете в настоящее время состоит 690 ребенка.

Требования к ведению детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции

Врач-педиатр амбулаторно-поликлинической сети:

- **Анализирует имеющуюся медицинскую документацию матери и ребенка с определением индивидуального риска перинатального заражения ВИЧ-инфекцией**

- **Обеспечивает перерасчет дозы и оценку побочных эффектов антиретровирусных препаратов в первые 4 недели жизни каждые 10 дней у детей, получающих химиопрофилактику вертикальной передачи ВИЧ после родов**

Наблюдение ВИЧ-инфицированного ребенка осуществляется совместно :

1. Участковым врачом-педиатром по месту жительства (своевременное «Д» обследование пациентов по стандарту, направление на обследование в ГБУЗ ИОЦ «СПИД» по графику, госпитализация при ухудшении состояния пациента)
2. Педиатром - специалистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (выдача ВААРТ, клинический осмотр больного, оценка динамики СД4 и ПЦР РНК ВИЧ, эффективности ВААРТ).

Требования к ведению детей с ВИЧ- инфекцией

- Своевременно контролировать и направлять на консультацию ребенка и его законного представителя в ГБУЗ «ИОЦ СПИД»
- Предоставлять формы 112.
- Оформлять направление на консультацию в соответствии с образцом (Приложение № 5 к методическим рекомендациям – распоряжение МЗ ИО от 30.01.14г. № 154-мр)

Требования к ведению детей с ВИЧ- инфекцией.

- При составлении заявок для аптеки ГБУЗ ИОЦ «СПИД» на лечения детей АРВТ указывать

последние данные веса и роста ребенка,

а не предыдущие показатели...

Особенности поздней диагностики ВИЧ-инфекции у детей:

- У детей, заразившихся в более старшем возрасте (старше 1 года), заболевание прогрессирует медленнее, чем у взрослых.
- У детей чаще, чем у взрослых, отмечаются тяжелые бактериальные поражения, а также обусловленные ВИЧ анемия и/или тромбоцитопения.
- Не всегда отрицательные результаты обследования на ВИЧ-инфекцию родителей во время беременности гарантируют отсутствие ВИЧ-инфекции у ребенка.

Клинический случай поздней диагностики ВИЧ-инфекции у ребенка.

Девочка 16.08.2002 г.р., 14 лет
Адрес проживания: Иркутская область Усть-Удинский район, с. Халюты.

Anamnesis Vitae :

Данных по беременности матери нет, мама девочки умерла, 29.04.3015 г. (причина смерти: бактериальная пневмония неуточненная), отец ребенка погиб в автокатастрофе в 2002г.), грудное вскармливание - до 2 месяцев . Прививки по возрасту.

Перенесенные заболевания :

ОРВИ более 8 раз в год, бактериальный конъюнктивит обоих глаз , острый двусторонний гнойный гайморит, острый гнойный двусторонний отит, инфекция мочевой системы, ветряная оспа (тяжелое течение), пролапс митрального клапана, дисплазия тазобедренных суставов, AVN головок бедер, анемия средней степени тяжести, лейкопения, синдром ускоренной СОЭ , задержка физического развития.

Данные о родителях ребенка :

Данных о беременности мамы нет. В выписке из родильного дома, ребенок доношенный, выписан на 5 сутки в удовлетворительном состоянии с диагнозом: период новорожденности.

Мама девочки умерла, 29.04.3015 г. (причина смерти: бактериальная пневмония неуточненная), отец ребенка погиб в автокатастрофе в 2002г.).

В семье две старшие сестры и 1 брат.

Anamnesis morbi :

С рождения ребенок часто болел ОРВИ. ОРВИ более 8 раз в год, бактериальный конъюнктивит обоих глаз , острый двусторонний гнойный гайморит, острый гнойный двусторонний отит, инфекция мочевой системы, ветряная оспа (тяжелое течение), пролапс митрального клапана, дисплазия тазобедренных суставов, AVN головок бедер, анемия средней степени тяжести, лейкопения, синдром ускоренной СОЭ , задержка физического развития.

2 раза в год ребенок стабильно проходил стационарное лечение по поводу гнойно – воспалительных заболеваний лор органов, инфекции мочевыводящих путей.

На протяжении всего периода, лейкопения, анемия, тромбоцитопения.

Начиная с 2013 года, в рекомендациях у онколога, рекомендовано обследование иммунологического статуса. Однако обследование ребенок не проходил.

07.06.201 5 г. девочка поступила в отделение интенсивной терапии Иркутской областной инфекционной клинической больницы, с диагнозом: двусторонняя, внебольничная, пневмония, ДН III. Состояние на момент поступления тяжелое. ИВЛ с 07.06.2015г. – по 15.06.2015г.

Anamnesis morbi :

В процессе обследования, учитывая тяжелое течение пневмонии, девочка обследована на ВИЧ-инфекцию:

1. **ИФА ВИЧ** 11.06.2015 г. – положительные;
2. **ИБ ВИЧ** 15.06.2015 г. – положительно;
3. **РНК ВИЧ ВН** 18.06.2015 г. – 75 896 коп/мл;
4. **CD 4 17.06.2015 г. – 0.005 (1,12%);**
5. В ОАК лейкопения, гемоглобин 95, СОЭ 48;
6. ПЦР ЦМВ – обнаружена;
7. Мазок из зева и носа – candida albicans 10 в 3;

Консультация педиатра ГБУЗ ИОЦ «СПИД» 24.06.2014г.

Состояние ребенка тяжелое, заторможена, вес = 22 кг, ДМТ = 35 %. НЕ стоит, самостоятельно не ходит. Кожные покровы бледные, чистые. Увеличение подчелюстных л/у до 0,4 см , паховые л/у до 0,3 см, б/б при пальпации. Слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. В легких дыхание жесткое, без хрипов.

Тоны cor приглушены, ритмичные с ЧСС = 108 уд в мин. Живот мягкий, б/б при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Над легкими по задней поверхности перкуторно укорочение чередуется с коробочным оттенком. Интенсивность вдоха резко снижена, разнокалиберные хрипы, слабой интенсивности. Менингеальные знаки отриц.

Консультация педиатра ГБУЗ ИОЦ «СПИД» 24.06.2014г.

ДЗ : В 20.7 (В20.6 + В 20. 6 + В 20.2 +В 20.4), ВИЧ-инфекция, стадия СПИД, ИК – 4, без ВААРТ, 4 В. Двусторонняя цитомегаловирусная пневмоцистная пневмония, тяжелое течение, ДН III. Кандидоз полости слизистых рта.

Очаговые изменения в белом веществе лобных долей. Внутренняя компенсированная гидроцефалия. Дистопия миндалин мозжечка. Арохноидальные кисты мостомозжечковых углов с обеих сторон. Инфекция мочевой системы неуточненной локализации. Пролапс митрального клапана. Артралгии на фоне хронических инфекций.

Назначение АРВТ

25.06.2015 г. начата стартовая терапия по схеме:

1. Abacavir 0.3 г. в сутки;
2. Amiviren 0.15 г. в сутки;
3. Kaletra 0.4/0.1 г. в сутки.

На фоне терапии через месяц положительная динамика, становление иммунной системы.

Через год приема терапии, умеренная иммуносупрессия при отсутствии вирусной нагрузки: дискордантный иммунный ответ (как результат поздно начатой терапии).

Клинически ребенок реабилитирован.

Необходимо:

- Уделять большее внимание клиническим проявлениям иммунодефицитного состояния у детей (лимфоаденопатия, анемия, частые ОРВИ, затяжные и рецидивирующие пневмонии, кандидоз) как при оказании амбулаторной помощи, так и на стационарном этапе, для своевременного обследования на ВИЧ-инфекцию.

- Уточнять семейный анамнез и данные родителей в период длительного грудного вскармливания детей.

- Обследовать «новых» половых партнеров родителей с тяжелой сопутствующей патологией, наркотической зависимостью, находившихся в местах лишения свободы.

Все в наших руках

ГБУЗ «ИОЦ СПИД»

Медицинские организации области

Спасибо за внимание !

www.aids38.ru