



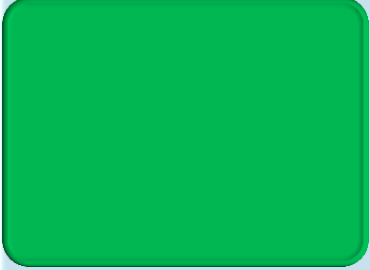
Клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями

Врач-педиатр
ГБУЗ «ИОЦ СПИД»
Л. М. Костюнина

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

www.aids38.ru

Направления работы



**Диагностика ВИЧ–инфекции у детей
по показаниям**



**Ведение детей с перинатальным
контактом по ВИЧ–инфекции**

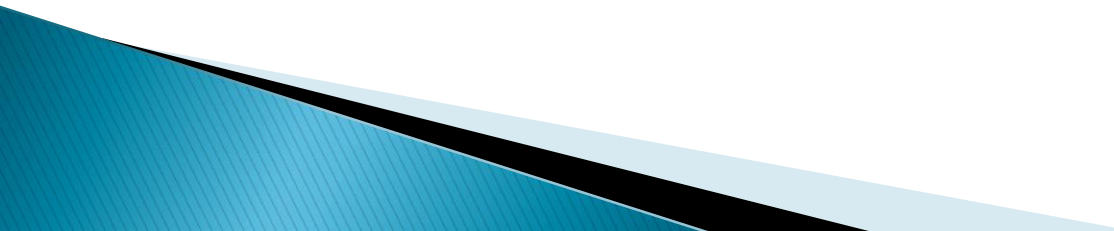


Ведение детей с ВИЧ–инфекцией

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»,
- **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** «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями».

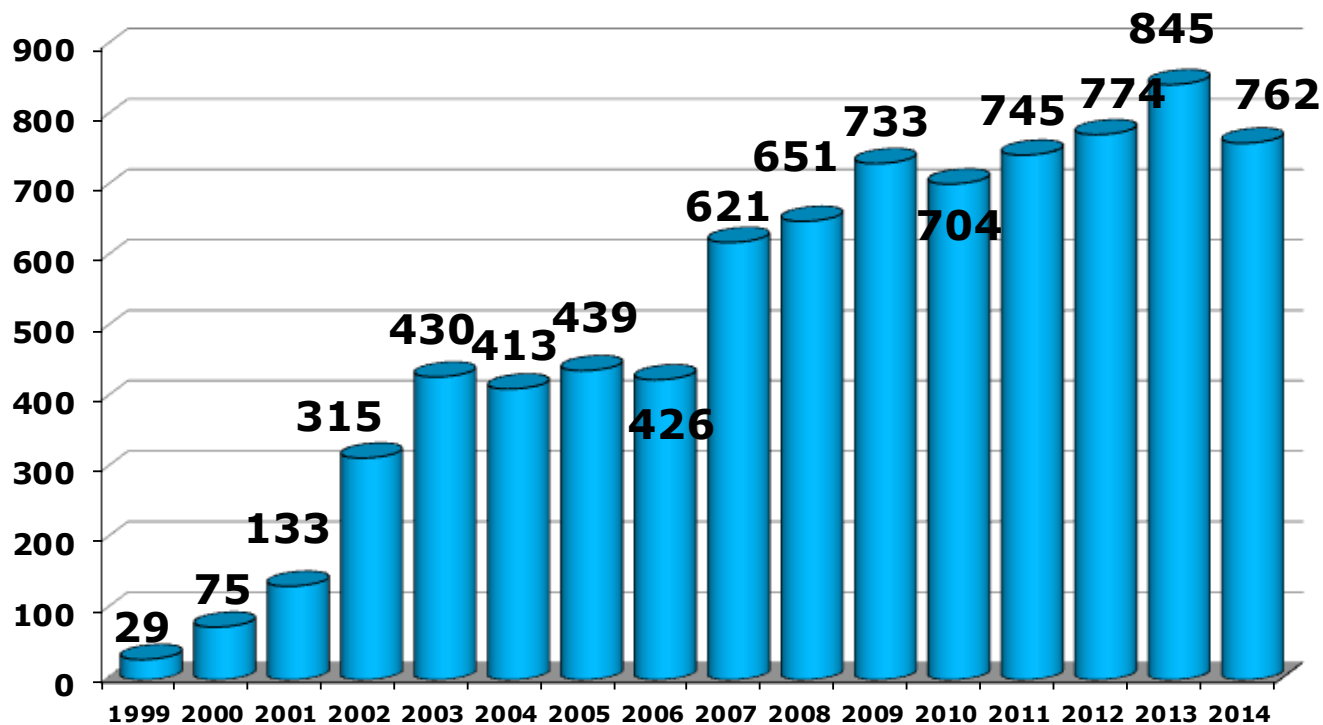
**Приказ Минздрава России от 16.09.03.
№ 442 «Об утверждении учетных форм для
регистрации детей, рожденных ВИЧ-
инфицированными матерями»**

- **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»**
- 

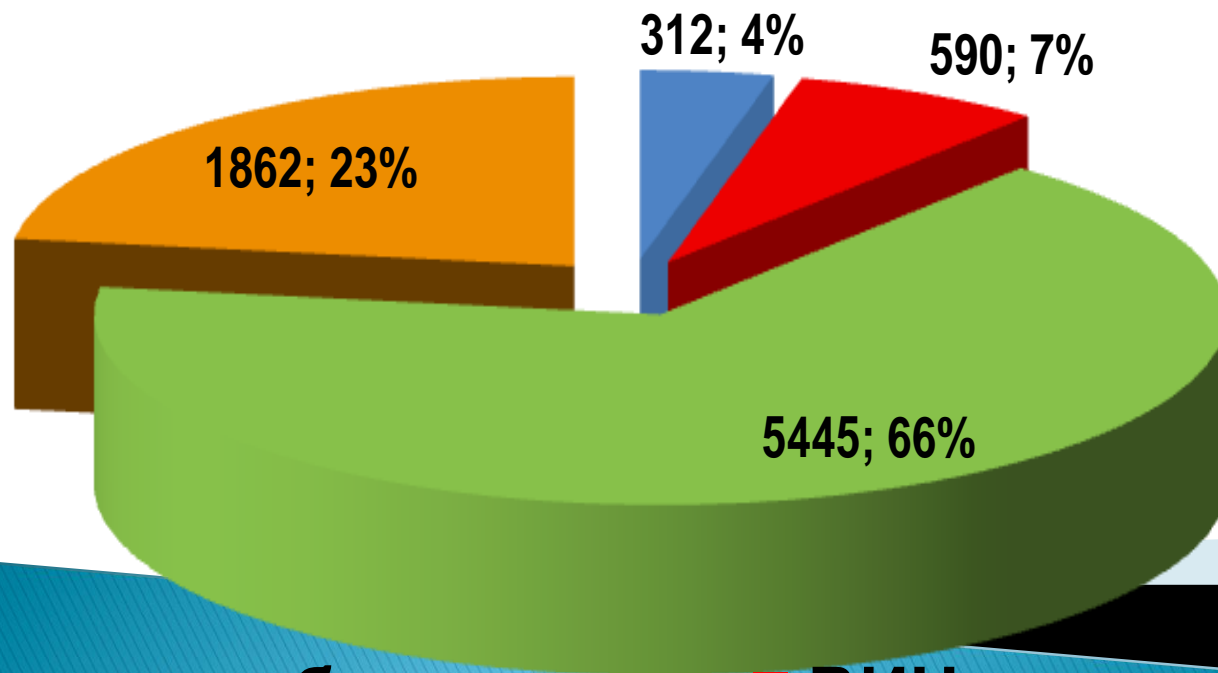
Региональная нормативная база

- **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».

Динамика рождения живых детей от женщин, больных ВИЧ-инфекцией, в 1999-2014 гг.



**Ситуация по наблюдению детей, рожденных от
ВИЧ-инфицированных матерей,
на 01.01.15г. (всего за все годы 8128 +81пр)**



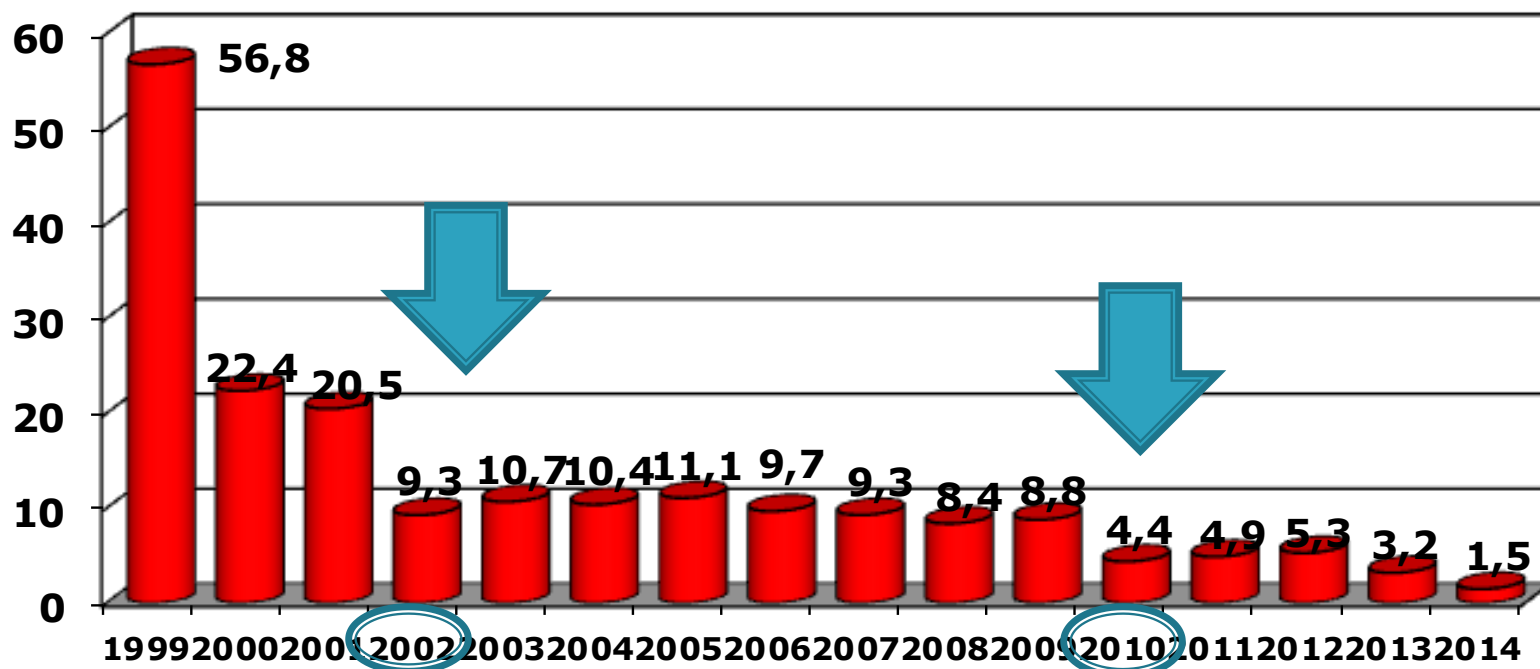
■ Умерло и убыло

■ снято как ВИЧ-

■ ВИЧ+

■ Состоят как R75

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



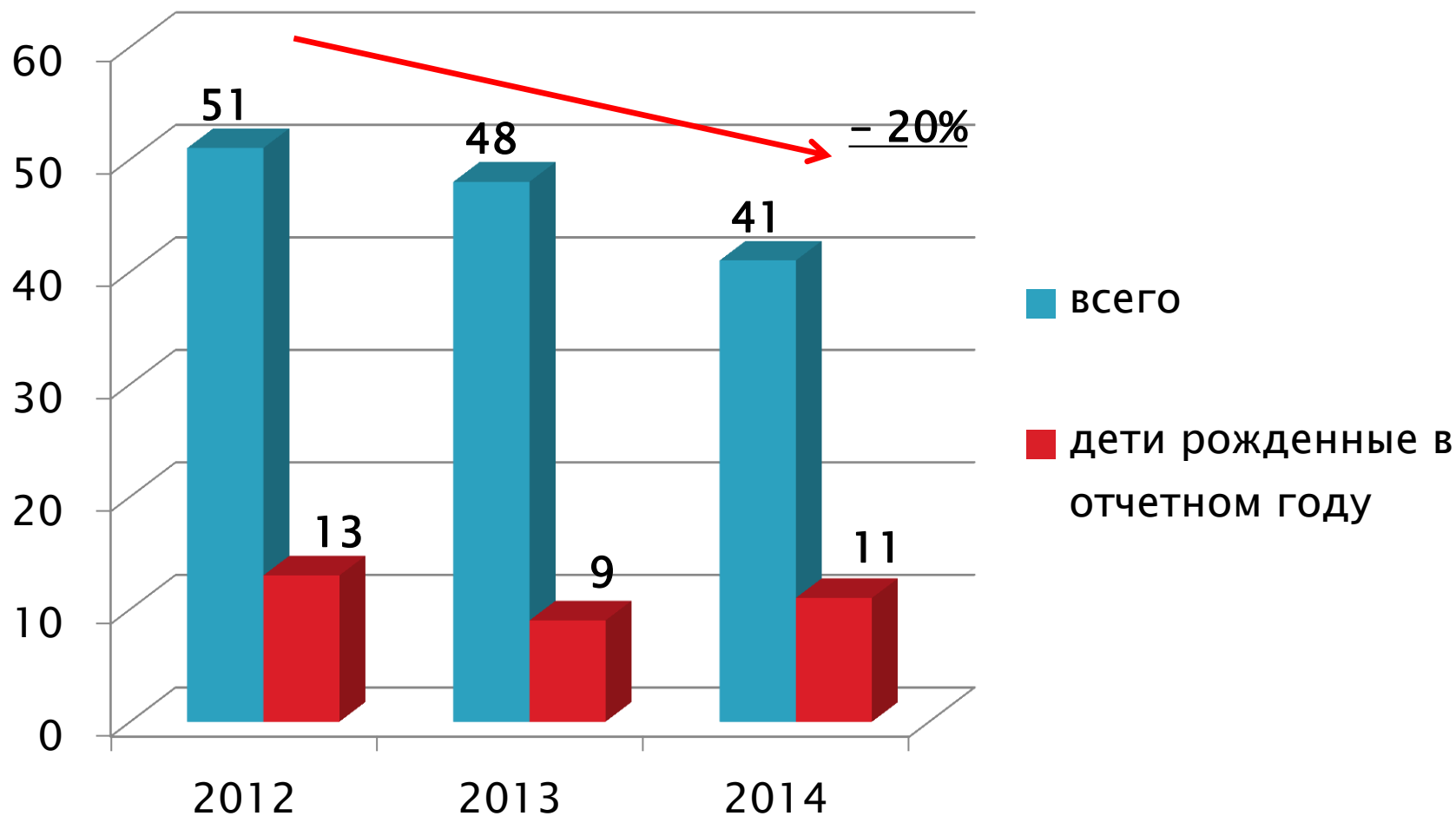
Данные на 01.04.2015г. по Иркутской области

	Количество детей	На АРВТ
Всего выявлено детей с ВИЧ-инфекцией за все года	674	
Из них с ПК ВИЧ	600	
На настоящий момент в области детей с диагнозом ВИЧ	599	519
Из них с ПК ВИЧ	559	489
Из них детей младше 12 месяцев	9	9

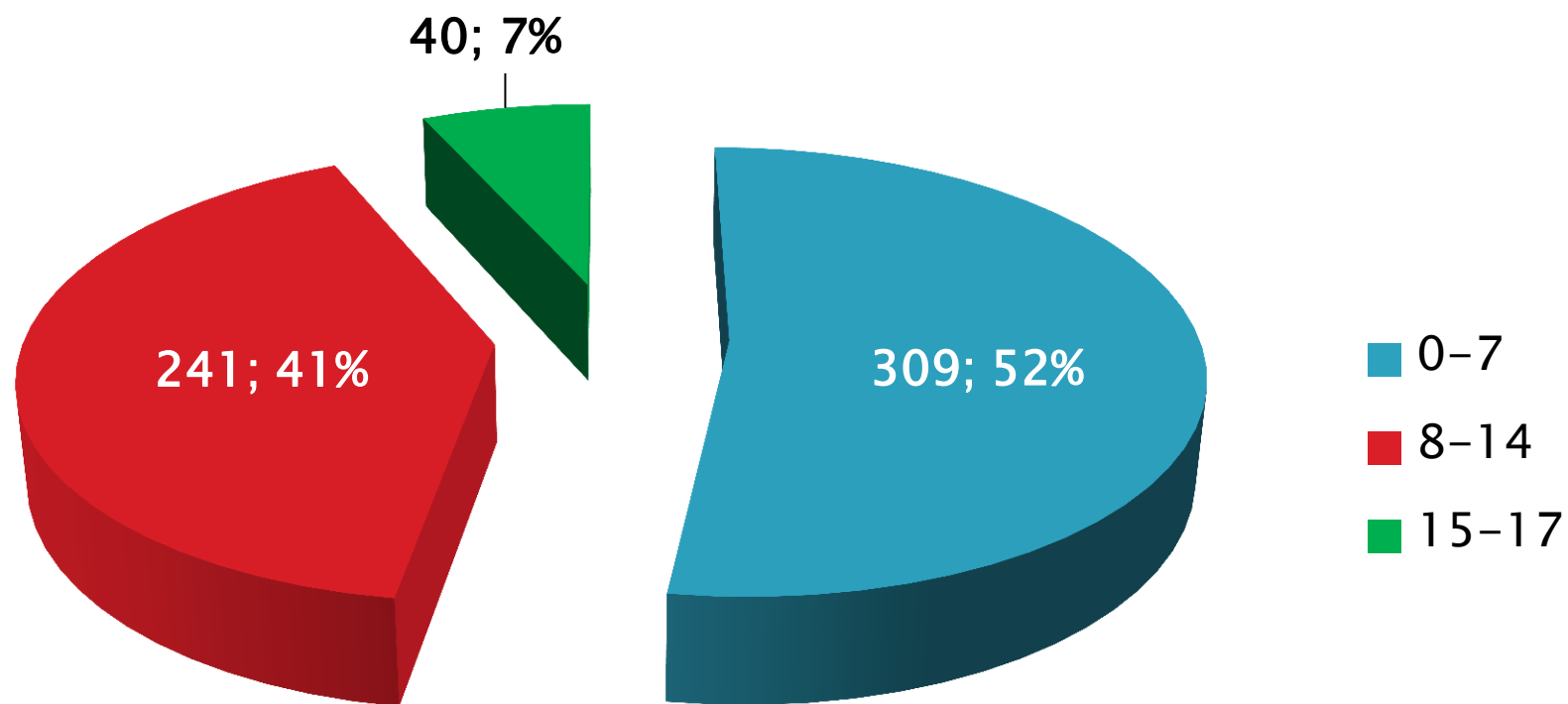
Территории с наибольшим количеством детей с ВИЧ в Иркутской области на 01.04.2015г.

1.	Иркутск	242
2.	Ангарск	50
3.	Саянск	28
4.	Братск	24
5.	Черемхово,	25
6.	Шелеховский район	25
7.	Иркутский район	21
8.	Нижнеудинский район	19
9.	Усолье Сибирское	17
10.	Зима	14
	ВСЕГО	465 = 77,6%

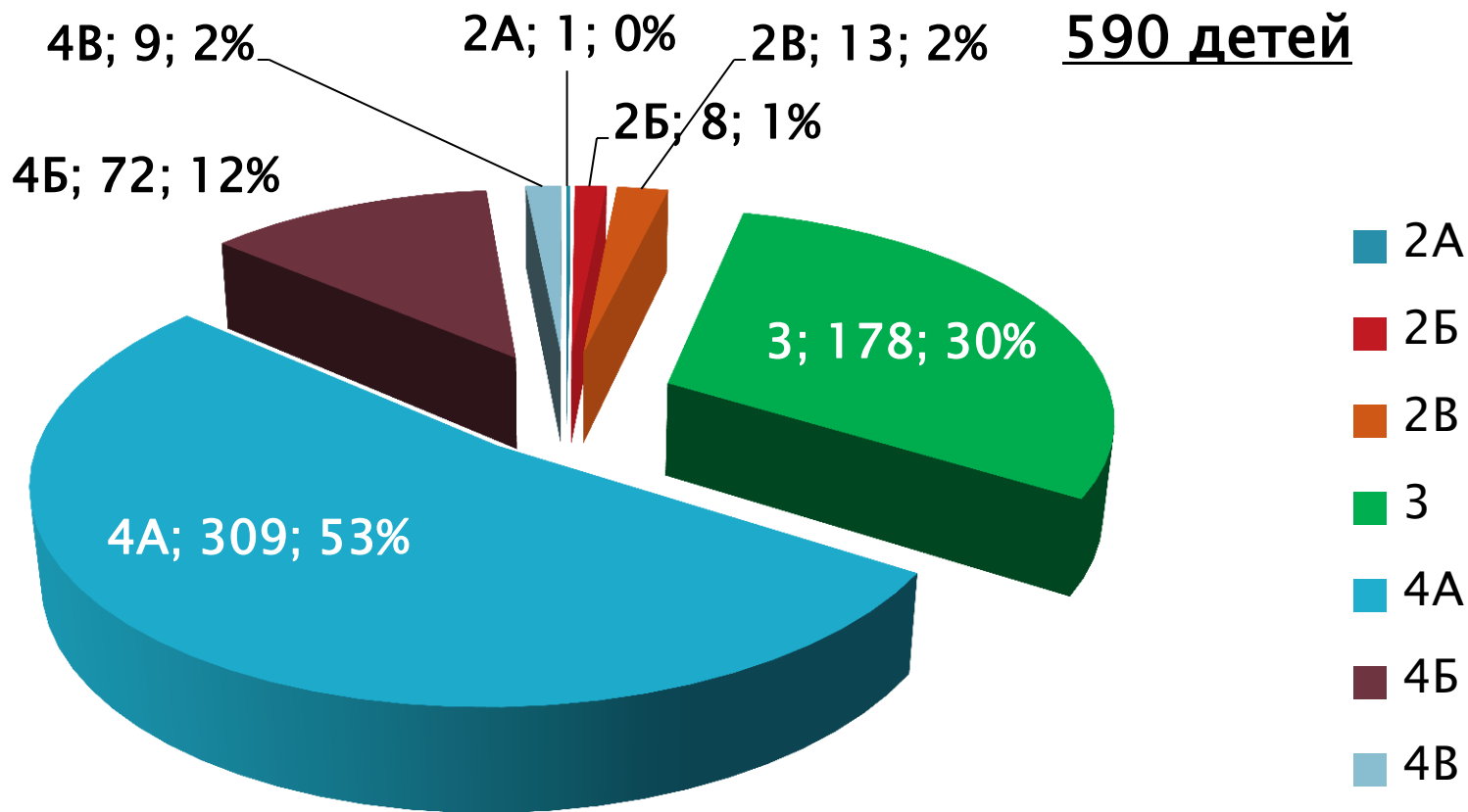
Динамика постановки диагноза ВИЧ-инфекция у детей с ПК ВИЧ за период 2012-2014 гг.



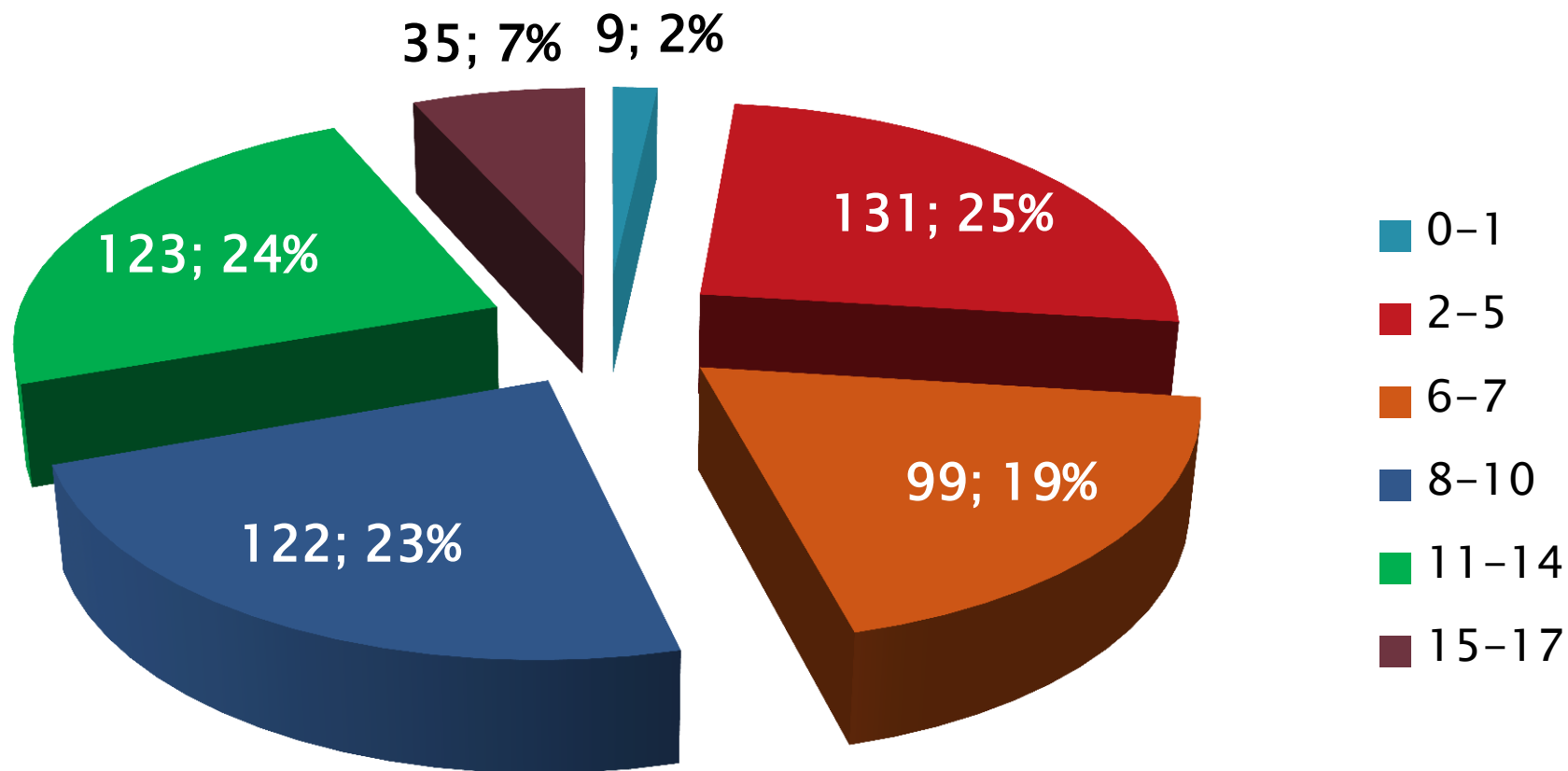
Распределение ВИЧ-инфицированных детей по возрасту на 31.12.2014 г., 590 детей (ф. 61)



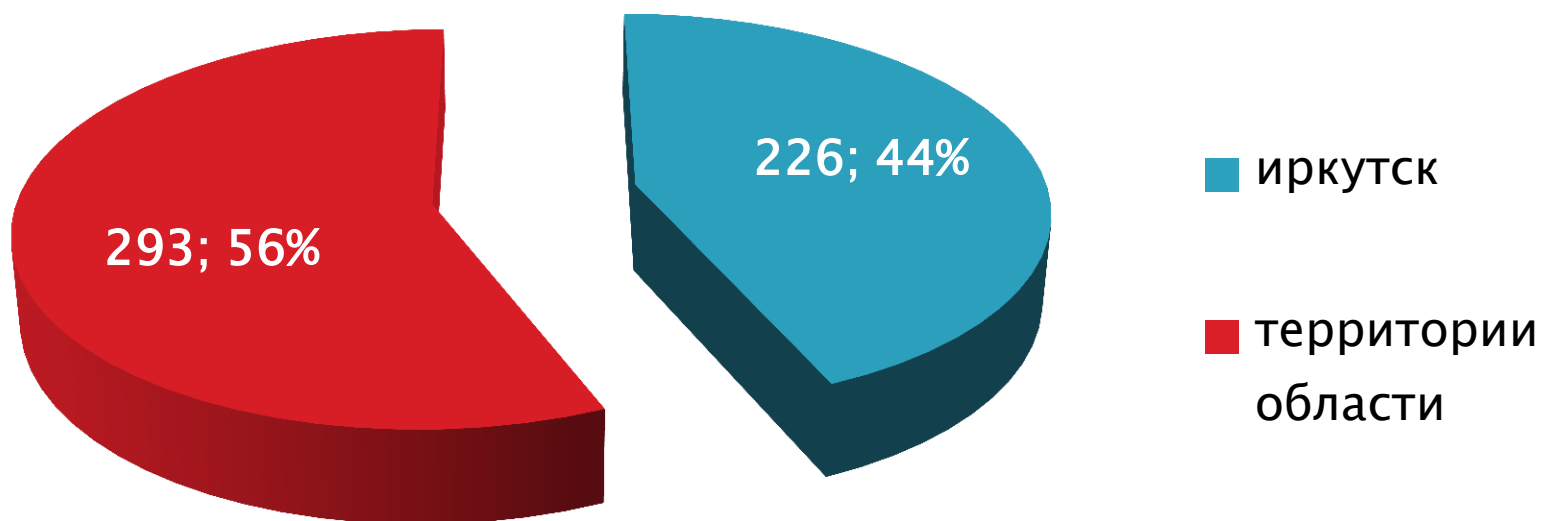
Распределение детей по стадиям заболевания на конец 2014 г.



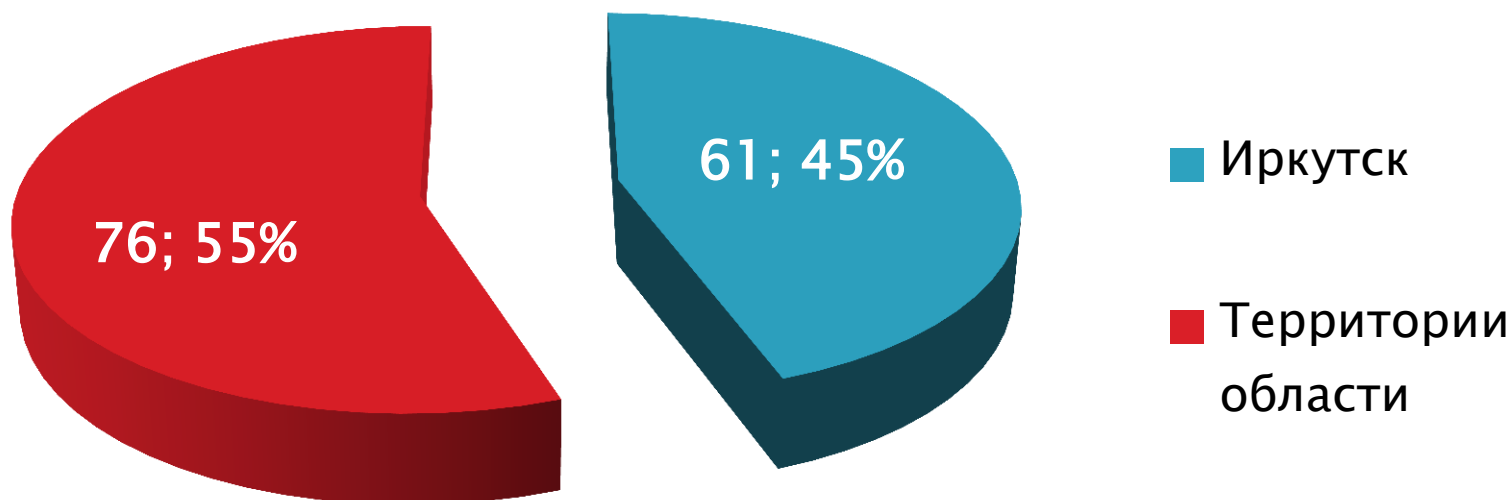
Дети по возрастам, получающие АРВТ, на 1.04.15г. Всего 519 детей.



Место получения АРВТ. Всего 519 детей.



Отказные дети (всего 137).



Из территорий области больше всего отказных детей в Ангарске (16), Черемхово (14), Братске (10).

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 (в настоящее время разработаны новые рекомендации по ХП)
- ▶ Обеспечивает постановку реакции Манту 1 раз в 6 месяцев до снятия с диспансерного учета независимо от вакцинации БЦЖ-М с обязательной консультацией детского врача-фтизиатра

Возраст ребенка, недель	Масса тела ребенка при рождении, кг	Разовая доза	Суточная доза
-------------------------	-------------------------------------	--------------	---------------

Зидовудин (Ретровир, раствор для приема внутрь 10 мг/мл) 4 недели

Гестационный возраст > 35 недель	≤ 2,5	10 мг (1,0 мл)	20 мг (2,0 мл)
	> 2,5	15 мг (1,5 мл)	30 мг (3,0 мл)
Независимо от гестационного возраста	< 2,0	2 мг/кг	4 мг/кг

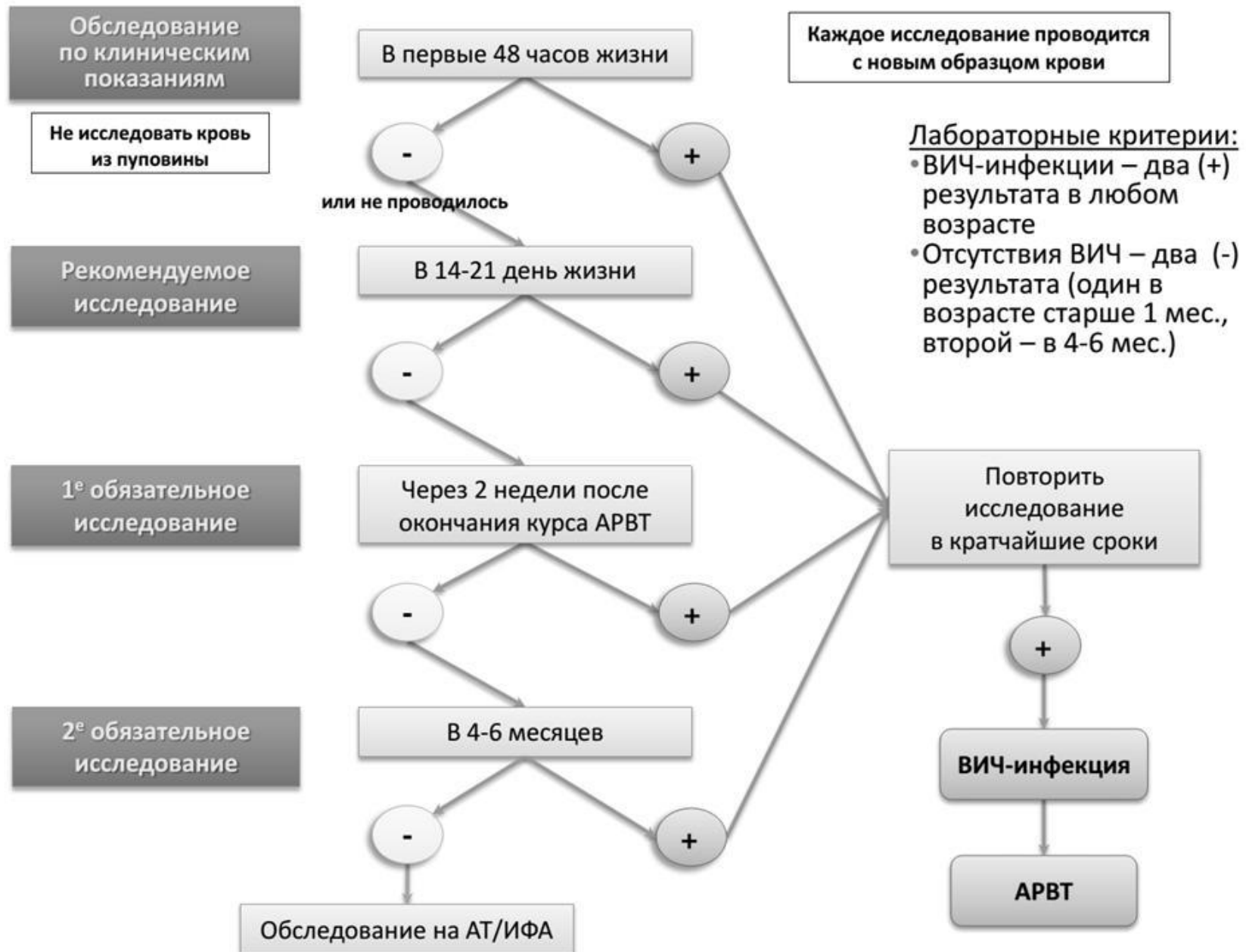
Ламивудин (раствор для приема внутрь, 10 мг/мл)*

< 4 недель	независимо	2 мг/кг	4 мг/кг
------------	------------	---------	---------

Невирапин (суспензия для перорального применения, 10 мг/мл) 2 недели

С рождения в течение 2-х недель	< 2,0	2 мг/кг	2 мг/кг
	2,0 – 2,499	10 мг (1,0 мл)	10 мг (1,0 мл)
	≥ 2,5	15 мг (1,5 мл)	15 мг (1,5 мл)

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



Врач-педиатр амбулаторно-поликлинической сети:

- ▶ Обеспечивает профилактику пневмоцистной пневмонии бисептолом (150 мг/м² - 2/сут в пересчете на триметоприм, 3 сут в неделю, с соответствующим перерасчетом дозы каждые 10 дней) с 4 недель до получения 2-го отрицательного результата ПЦР-диагностики ДНК, РНК ВИЧ, с индивидуальным подходом и комплексной оценкой необходимости ее применения на основании данных клинико-лабораторного обследования

Рекомендации по профилактике пневмоцистной пневмонии (CDC, 1995; приложение 3 к приказу МЗ ИО №87-мпр)

Возраст, ВИЧ-статус	Профилактика ПЦП
С рождения до 4-6- недель <i>Контакт по ВИЧ-инфекции</i>	Не проводится
С 4-6 недель до 4 месяцев <i>Контакт по ВИЧ-инфекции</i>	Проводится
С 4 до 12 месяцев •ВИЧ-инфекция или Контакт по ВИЧ-инфекции •ВИЧ-инфекция достоверно исключена	Проводится Не проводится
С 1 до 5 лет •ВИЧ-инфекция, $CD4 < 500$ или $< 15\%$	Проводится
С 6 до 12 лет •ВИЧ-инфекция, $CD4 < 200$ или $< 15\%$	Проводится

Число детей R75, не снятых после 18 месяцев с Д-учета

ВСЕГО: 624 ребенка

Иркутск – 403

Усолье Сибирское - 60

Иркутский - 47

Ангарский - 39

Братск - 32

Черемховский - 17

Кроме того, более половины не снятых детей – старше 18
месяцев в районах:

Усть Илимск – 8 из 8


Качугский – 5 из 5

Балаганск- 5 из 6

Бодайбо – 8 из 15

В настоящее время подготовлено распоряжение МЗ ИО по
розыску на территориях не снятых с Д-учета, потерянных
детях R75.

Замечания к работе детских поликлиник города Иркутска

- ▶ **Поликлиника № 4** – протоколы и донесения на снятия с ДУ по R-75 нечитабельны, нет этапных эпикризов на детей с диагнозом
 - ▶ **Поликлиника № 5** – нет этапных эпикризов на детей с диагнозом
 - ▶ **Поликлиника № 9** – нет этапных эпикризов на детей с диагнозом
 - ▶ **Поликлиника № 17** – двое детей с ВИЧ, наблюдение страдает!
- 

Дата _____

Протокол № _____

**Заседания подкомиссии по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции
при снятии ребенка с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции с «Д» учета.**

Ребенок _____,
в возрасте _____, родился от матери с эпидномером № _____,
получила _____ химиопрофилактику во время беременности с _____ недель
по схеме _____, в родах - _____,
в периоде новорожденности - _____.
Вскармливание _____

Нервно-психическое развитие: соответствует возрасту.

Вакцинация : по календарю РФ.

Клиника иммунодефицитного состояния : отсутствует.

Обследование на ИФА ВИЧ:

От _____ г.- № _____ - антитела к ВИЧ **не обнаружены** (ГБУЗ «ИОЦ СПИД»)

От _____ г.- № _____ - антитела к ВИЧ **не обнаружены** (ГБУЗ «ИОЦ СПИД»)

Обследование на ПЦР РНК ВИЧ:

От _____ г.- **не обнаружена** (менее _____ к/мл)

От _____ г - **не обнаружена** (менее _____ к/мл) _____

Содержание Ig от _____ г.: IgA = _____, Ig M = _____, IgG = _____

Примечания, рекомендации : прививки живыми вакцинами разрешены

Решение: Снятие с Д-учета по перинатальному контакту по ВИЧ-1 (R-75).

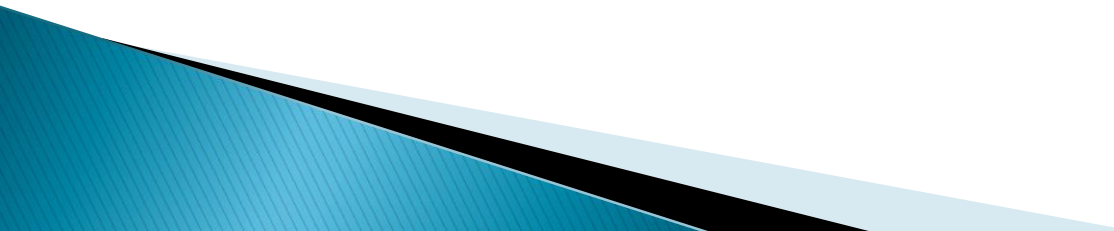
Наблюдение в детской поликлинике по месту жительства.

Председатель _____

Секретарь _____

Члены подкомиссии _____

Наблюдение ВИЧ-инфицированного ребенка

- ▶ Осуществляется совместно врачом–педиатром по месту жительства и педиатром – специалистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.
 - ▶ Необходимы регулярные медицинские обследования
- 

Пример: Девочка, 30.09.2000 г.р.

Поликлиника г. Иркутска

- ▶ На учете с рождения. До 2009года наблюдалась регулярно, затем явка в 2012 г., 2014г., 2015г.
- ▶ Находится под опекой
- ▶ Мама умерла в апреле 2014г.
- ▶ Бабушка-опекун о диагнозе ребенку не сообщает, АРВТ не принимают.

От 01.04.2015г. Результаты обследования:

- ▶ ВН=4200000к/мл
- ▶ CD4=42кл/мкл; 2,7%.

Требования к ведению детей с ВИЧ- инфекцией

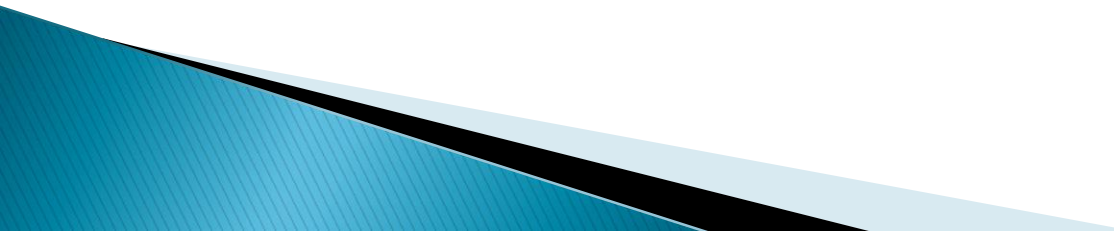
- ▶ Своевременно контролировать и направлять на консультацию ребенка и его законного представителя в ГБУЗ «ИОЦ СПИД»
- ▶ Предоставлять ф112.
- ▶ Оформлять направление на консультацию в соответствии с образцом (Приложение №5 к методическим рекомендациям – распоряжение МЗ ИО от 30.01.14г. №154–мр)
- ▶ Направлять ребенка на консультации к узким специалистам по месту жительства или пребывания 1 раз в год.

Требования к ведению детей с ВИЧ- инфекцией

- ▶ Обеспечивать постановку реакции Манту 1 раз в 6 месяцев с обязательной консультацией детского врача–фтизиатра
- ▶ Вести документацию в соответствии с нормативными документами, с обязательным предоставлением в ГБУЗ «ИОЦ СПИД»
- ▶ Эпикриз на ребенка (1 р/3мес)
Заполнять данные(мед.осмотр, вакцинация, дополнит.методы обследования) за период от момента последнего посещения по настоящее время.
Не нужно включать данные CD4 и вирусной нагрузки.

Требования к ведению детей с ВИЧ-инфекцией

Дополнительные методы обследования по месту жительства/пребывания ребенка:

- ▶ ОАМ
 - ▶ ЭКГ
 - ▶ УЗИ органов брюшной полости
 - ▶ Рентгенограмма органов грудной клетки
- 

Клинический случай поздней диагностики ВИЧ-инфекции у ребенка

▶ Мальчик К., 20.06.2009г.р., 5 лет

▶ Anamnesis Vitae :

Ребенок от 4 беременности (1 беременность – девочка (здоровая), 2 и 3 беременность – м/а), 2-х самостоятельных родов в 40 недель, вес при рождении = 2950г, рост = 53 см, оценка по шкале Апгар = 9/ 9 баллов, ППМР – не получал, **грудное вскармливание - до 4-х лет.**

Прививки по возрасту.

Перенесенные заболевания :

ОРВИ, **анемия неуточненная (Hb = 80-100г/л) с 2010г.**

Травм, операций, переливания крови – не было.

Данные о родителях ребенка :

- ▶ Мать наблюдалась в ЖК с 21 недели.
- ▶ ППМР не проводилась.
- ▶ ИФА ВИЧ- отрицательно во время беременности со слов матери.
- ▶ Перенесенные заболевания матери:
хр.пиелонефрит, хр.никотиновая интоксикация,
сифилис от 1999г.
- ▶ ИБ (+) матери от 19.09.2014г. впервые.
- ▶ Отец ребенка в базе ГБУЗ ИОЦ «СПИД» не значится, рег № по ИО не имеет.

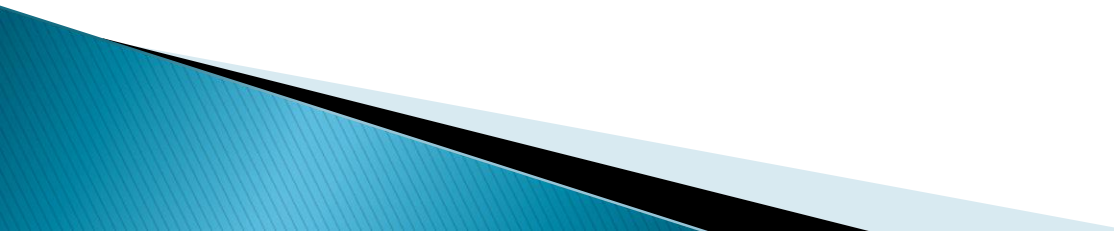
Anamnesis morbi :

С августа 2014г. отмечались подъемы t-до 39 С,
получал лечение по месту жительства.

С 28.08.2014г. по 12.09.2014г. находился на
стационарном лечении с диагнозом:

Внебольничная правосторонняя пневмония,
тяжелой степени, смешанной этиологии.

В лечении получал : цефотаксим, амоксиклав,
цефипим, меропинем – улучшения не отмечалось.



Данные обследований

Рентгенография органов гр.клетки от 28.08.2014г.:

острая пневмония S1правого легкого.

Рентгенография органов гр.клетки от 05.09.2014г.:

Острая деструктивная пневмония справа (стафилококк ?).

Диф.ДЗ – инфильтративный Твс легких ?

МСКТ органов гр.клетки от 01.09.2014г. : Пневмония ?

S1правого легкого.

МСКТ органов гр.клетки от 08.09.2014г. :

Туберкулез ? Верхней доли правого легкого.

диссеминированный процесс обоих легких
(туберкулезного генеза?). Малый правосторонний
гидроторакс.

Данные обследований

- Бронхоскопия от 03.09.2014г. : Гнойный эндобронхит справа.
- УЗИ бр.полости : Диффузные изменения в печени.
- Посев мокроты из ТБД на флору – Strep.haemolyticus 10^4 КОЕ/мл.
- ИФА ВИЧ-1 ребенок от 09.09.2014г. – положительный.
- ИФА ВИЧ-1 матери от 10.09.2014г. – положительный.
- 28.08.2014г. Ребенку установлен периферический катетер для проведения ИТ
- 02.09.2014г. – трансфузия эритроцитарной массы без осложнений, донор 412315.

После проведенного эпидемиологического расследования установлено:

Грудное вскармливание ребенка продолжалось до 4 лет (с 2009 по 2013 гг.), за это время биологический отец ребенка ушел из семьи и появился отчим (ВИЧ+). С 2010 года у матери ребенка имелись незащищенные половые связи с ВИЧ-инфицированным партнером.

Гражданский супруг матери, который не является биологическим отцом ребенка, имеет эпидномер по Иркутской области (ИБ (+) от 22.03.2010 г.), работает в г. Иркутске вахтовым методом, редко появляется в семье, в 2011 г. и 2012 г. находился на стационарном лечении с диагнозом: Алкогольная интоксикация. Брак не зарегистрирован, совместно не проживают. Из анамнеза также выяснено, что отчим ребенка болен туберкулезом.

Диагноз

После консультации фтизиатра ОДТБ выставлен диагноз: Двусторонний туберкулез ВГЛУ, фаза инфильтрации. Диссеминированный туберкулез легких. Правосторонний экссудативный туберкулезный плеврит, 1 ГДУ. Ребенок направлен на консультацию в ГБУЗ «ИОЦ СПИД».

Данные лабораторного обследования:

- ▶ ИФА (+) от 18.09.2014г. ИБ (+) от 19.09.2014г.
- ▶ ПЦР РНК ВИЧ от 03.10.2014г. = 386.172 копий/мл.
- ▶ Иммунограмма от 30.09.2014г. : $CD4 = 3,184\%$
 29 кл/мкл
 $CD8 = 49,438 = 450 \text{ кл.}, \text{ ИРИ} = 0,064.$
- ▶ ОАК от 30.09.2014г.: Нв 101 г/л, эр $4,06 \times 10^{12}/\text{л}$, тромб. $70 \times 10^6/\text{л}$

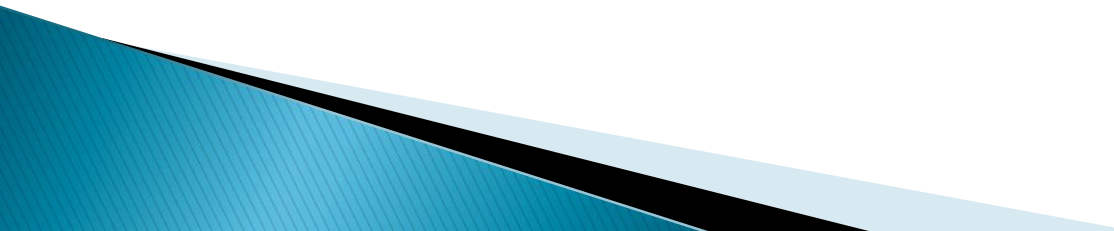
Диагноз ВИЧ-инфекции

- ▶ Установлен диагноз: (В 20.0). ВИЧ–инфекция стадия 4Б, фаза прогрессирования без АРВТ, СПИД, ИК–4. Двусторонний туберкулез ВГЛУ, фаза инфильтрации. Диссеминированный туберкулез легких. Правосторонний экссудативный туберкулезный плеврит, 1 ГДУ. Тромбоцитопения тяжелой степени без геморрагического синдрома. Анемия средней степени тяжести. Лейкопения.

Выводы:

- ▶ Путь заражения ребенка в данном случае вертикальный – через грудное вскармливание до 4 –х летнего возраста (с 2009 по 2013гг.).
- ▶ У данного ребенка имелись клинические показания по обследованию на ВИЧ–инфекцию в более раннем возрасте при наблюдении на участке – анемия неуточненной этиологии с 2010г. (с возраста 1 года $Hb = 80-100$ г/л); при госпитализации в стационар в августе 2014г – затяжное течение внебольничной пневмонии, подозрение на туберкулез легких, семейный контакт по туберкулезу.

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 (как в данном случае).
 - ▶ Не всегда отрицательные результаты обследования на ВИЧ-инфекцию родителей во время беременности гарантируют отсутствие ВИЧ-инфекции у ребенка.
- 

Необходимо:

- ▶ Уделять большее внимание клиническим проявлениям иммунодефицитного состояния у детей (лимфаденопатия, 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.

Спасибо за внимание !



www.aids38.ru