Анализ диспансеризации и смертности больных ВИЧ-инфекцией в Иркутской области за 2017год. Достигнутые результаты, проблемные вопросы. Задачи на 2018 год.

Л.М.Костюнина

Иркутский Областной Центр СПИД

ОФИЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА по Иркутской области на 01.01.2018 год

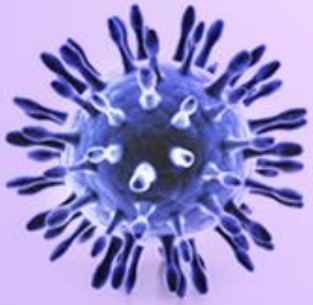
Показатель заболеваемости – **162,3**

Показатель пораженности – **1391,0**

Живые ВИЧ-позитивные по данным ФР ВИЧ – **32013 человек**

На диспансерном учете по данным ФР ВИЧ – **21562 человека**

Умершие в 2017 году – **1332 ВИЧ+**
(Смертность – **55,2, летальность 3,9%**)
снижение смертности на 13%



Существующие реалии: динамика пораженности ВИЧ – инфекцией (на 100 тыс. населения)

Стратегия противодействия

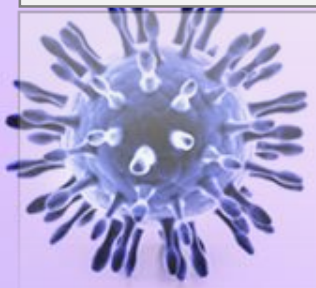
Выявление

Диспансеризация

Охват АРВТ

Test & Treat

Особое внимание ВИЧ+ТБ	Непрерывный анализ смертности	Профилактика и лечение вторичных заболеваний	Предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку



Федеральная нормативно-правовая база

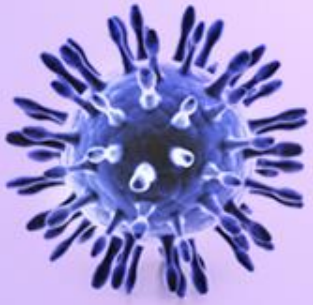
- Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы",
- Из указа **президента** РФ: «В целях совершенствования государственной политики в сфере защиты **детства**, учитывая результаты, достигнутые в ходе реализации Национальной стратегии действий, в интересах детей на 2012–2017 гг. постановляю объявить 2018–2027 гг. в РФ **Десятилетием детства**
- **Указ Президента РФ от 29 мая 2017 года № 240 "Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»**
- Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (утвержденная распоряжением Правительства РФ от 20 октября 2016 года № 2203-р),
- План мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 2017 года № 754-р).

Нормативная база (федеральный уровень)

- **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»,
- **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»,
- **Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10** «Профилактика ВИЧ-инфекции»,
- **Приказ МЗ РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «**Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»,
- **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 МЗ РФ от 24 декабря 2012 г. № 1512н** «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»,
- **Приказ МЗ РФ от 24 декабря 2012 года № 1511н** «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»,
- **Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 года № 758н** «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»,
- **Приказ МЗ РФ от 8 ноября 2012 года № 689н** «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»,
- **Приказ МЗ РФ от 31 января 2012 года № 69н** «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»
- **Приказ МЗ РФ от 1 ноября 2012 года № 572н** «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

Нормативная база (региональный уровень)

- **Приказ МЗ ИО от 17 августа 2009 года № 1027-мпр** «Об организации работы по ВИЧ-инфекции»,
- **Распоряжение МЗ ИО от 05 октября 2016 № 2324-мр** «О медицинской помощи в целях обеспечения предотвращения перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку»
- **Распоряжение МЗ ИО от 11 октября 2016 № 2343-мр** «Об утверждении методических рекомендаций об организации раннего выявления и предотвращения перинатальной передачи ВИЧ»
- **Распоряжение МЗ ИО от 24 апреля 2017 № 1062-мр** «О мониторинге перинатальной профилактики ВИЧ инфекции в 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»,
- **Распоряжение МЗ ИО от 12.11.2013 №1841/1-мр «**О мониторинге причин смерти по отдельным группам заболеваний»
- **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 30.01.2014 №154-мр «**Об организации работы по вопросам ВИЧ-инфекции»
- **Распоряжение МЗ ИО от 17.04.2014 №766-мр** «По проведению освидетельствования на ВИЧ-инфекцию..»



Клинические рекомендации

ВИЧ-инфекция: антиретровирусная терапия у взрослых

МКБ 10: **B20/B21/B22/B23/B24/Z21**

Год утверждения (частота пересмотра): **2017 (пересмотр каждые 2 года)**

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции**

http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html

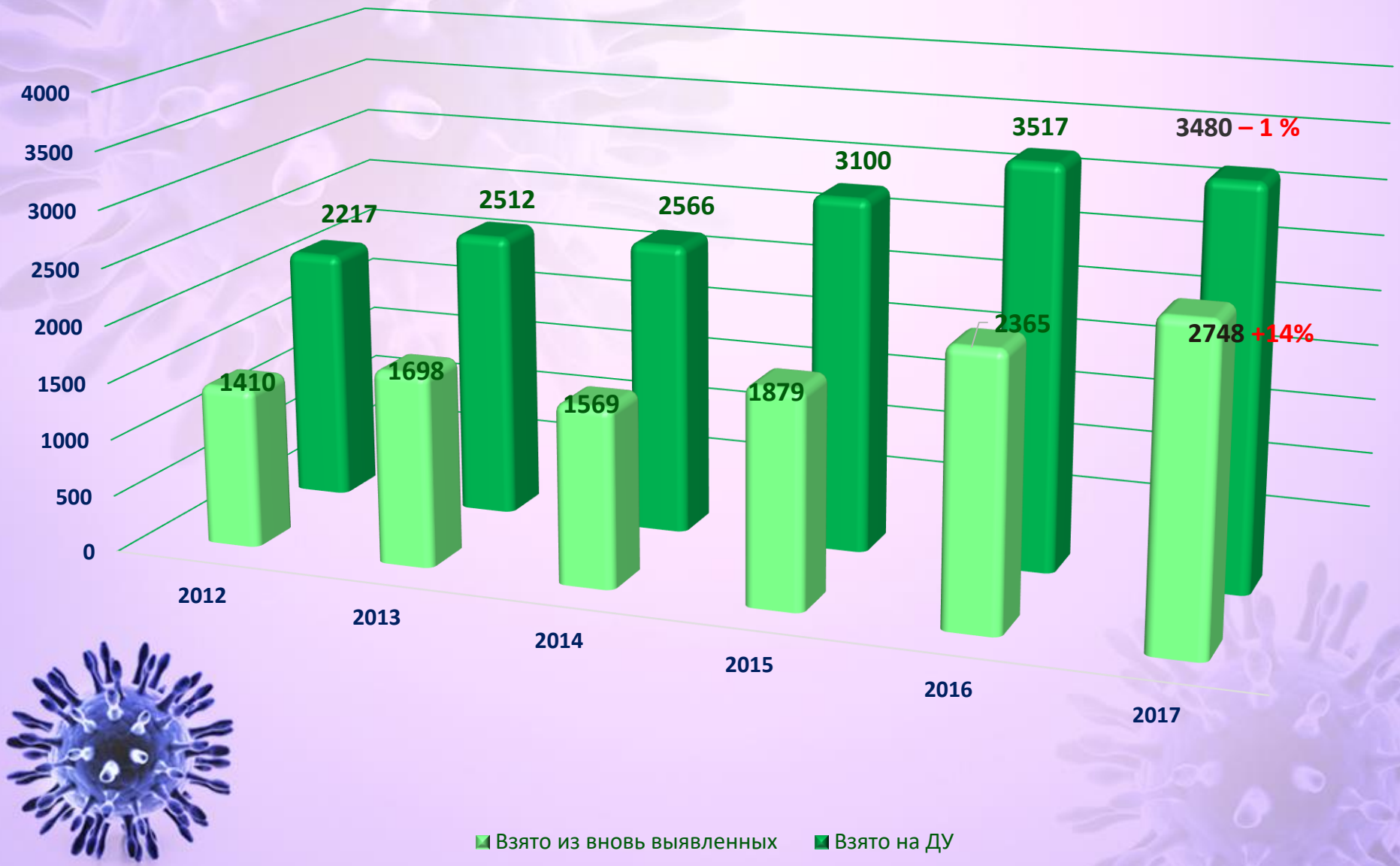
Утверждены	Согласованы
Национальной ассоциацией специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции __ _____201_ г.	Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации __ _____201_ г.

Уровни оказания медицинской помощи (Приказ МЗ ИО от 24 января 2014 года № 7-мпр)

1	фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), врачебные амбулатории, участковые больницы
2	городские больницы, районные больницы, городские поликлиники
3	государственные учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь
4	Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер, медицинские организации, имеющие в составе туберкулёзные диспансеры, отделения, кабинеты
5	Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Диспансерное наблюдение

Постановка на ДУ



Число лиц с ВИЧ-инфекцией, подлежащих и охваченных диспансеризацией в 2017 году

Для чего знать клинику ВИЧ-инфекции?

Знание симптомов вторичных заболеваний при ВИЧ–инфекции

Своевременная диагностика ВИЧ–инфекции

По клиническим показаниям

Код 113

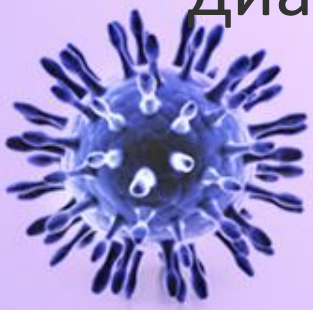
Состоит на учете больных ВИЧ-инфекцией в поздних стадиях (4Б, 4В, 5)

Профилактика каких вторичных заболеваний требуется?

- Пневмоцистоз, токсоплазмоз (котримоксазол)
- Грибковая патология (флуконазол)
- Микобактериозы (азитромицин)
- ЦМВ-инфекция (валганцикловир)
- Туберкулез (ПТП – изониазид, этамбутол, пиразинамид, рифампицин)

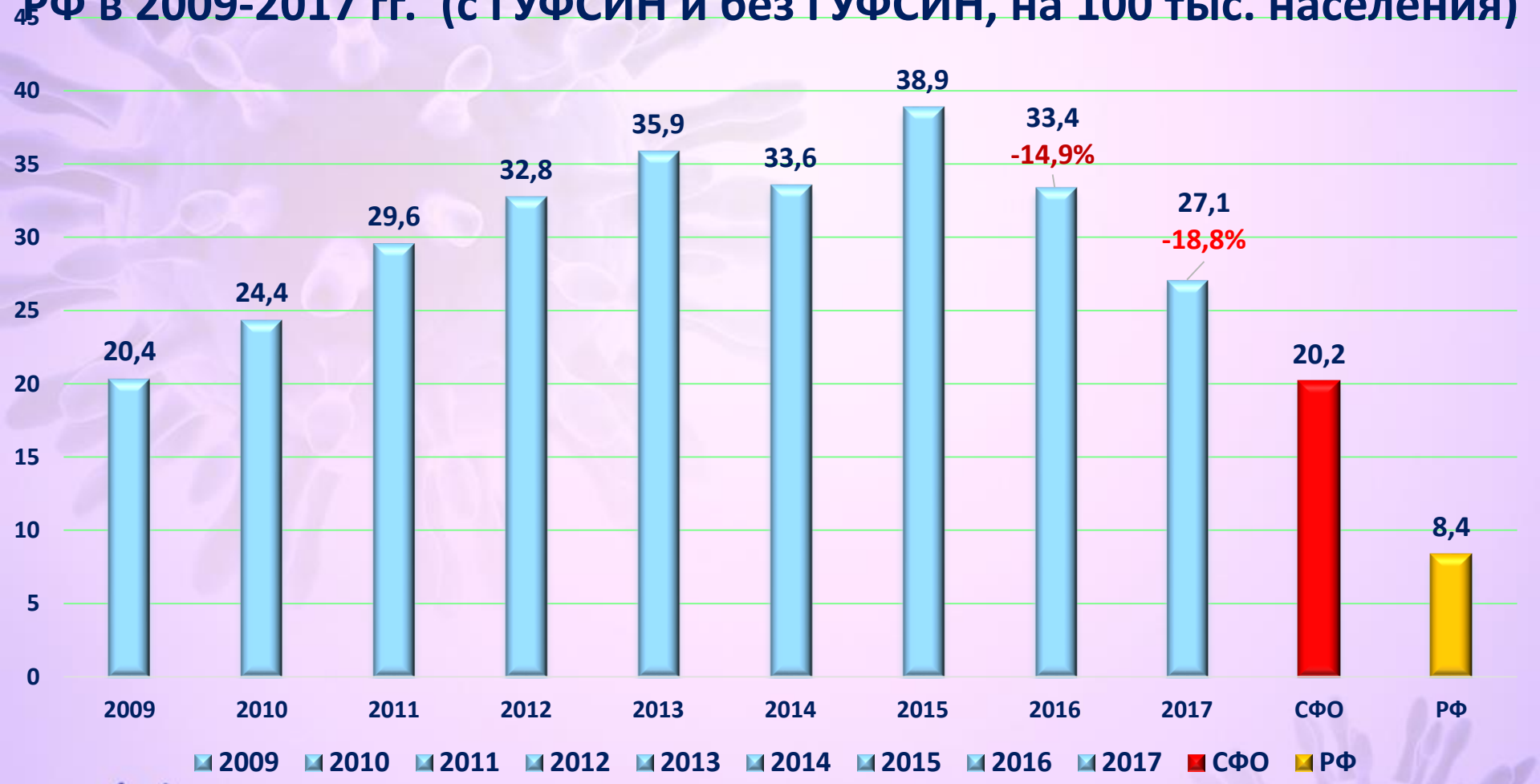
Выводы:

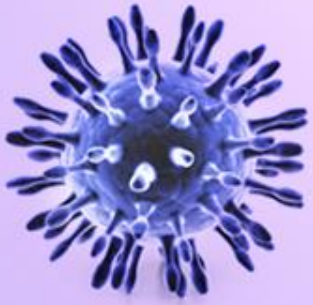
- Показатель ГС, доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в 2018 году должен составлять – 79,5%
- Обследование пациентов на ДУ – 100%
- Обследование пациентов по коду 113, ранняя диагностика ВИЧ, постановка на ДУ.



ВИЧ + Туберкулез

Показатели заболеваемости сочетанной патологией ВИЧ+ТБ в ИО и РФ в 2009-2017 гг. (с ГУФСИН и без ГУФСИН, на 100 тыс. населения)

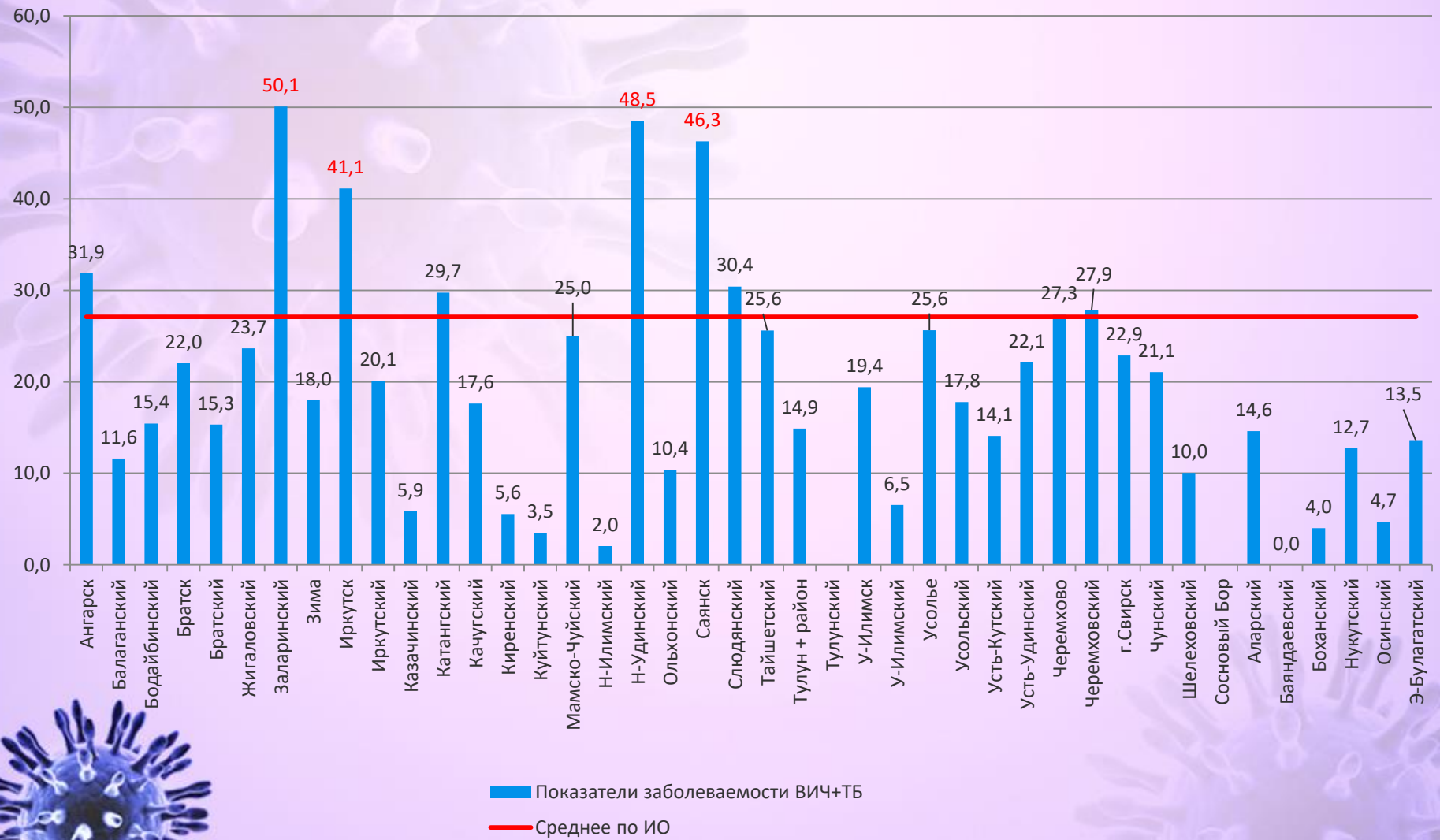




Наличие инфицирования ВИЧ – это самый высокий риск развития туберкулеза

Число случаев активного туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Иркутской области в 2009-2017 гг.

Показатели заболеваемости сочетанной патологией ВИЧ+ТБ по ИО (на 100 000)



ФЛГ туберкулино-диагностика

Своевременное выявление ТБ

ПТТ уменьшение «бациллярного» ядра

Раннее назначение АРВТ

Общая популяция

Популяция ВИЧ+ТБ

Стратегия противодействия

Оптимальная модель

Лечение ТБ

ХП ТБ

+

Лечение ВИЧ

=

Разрыв эпидемиологической цепи

Снижение смертности

Трудности лечения больных туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией:

- 4Б,4В стадии ВИЧ инфекции
- CD4+ лимф менее 350 кл/мкл
- Энцефалопатия
- Невропатия
- Анемия
- Употребление в/в наркотиков
- Употребление алкогольных напитков
- Вирусные гепатиты В и С
- Распространённые формы туберкулеза легких
- Наличие других вторичных заболеваний

С чего начинать?
Когда начинать АРВТ?

Подходы к этиотропной терапии

у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом

Рекомендации Российского научного общества инфекционистов, 2015

CD 4+ кл/мкл	Когда начинать АРВТ?
Менее 100	Как можно раньше В течении 2-3 недель присоединяют АРВТ
100-500	В течении 2 месяцев (возможно после окончания интенсивной фазы ПТТ). При снижении количества CD 4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл назначают незамедлительно
Более 500	Если на фоне ПТТ количество CD4+ клеток становится менее 500 кл/мкл **Присоединить АРВТ после ОКЛ вне зависимости от количества CD4+-клеток**

Показания для назначения ХП туберкулеза

- снижение количества CD4+-лимфоцитов до 350 клеток/мкл и менее
- положительные внутрикожные пробы с туберкулином, аллергеном туберкулезным рекомбинантным или лабораторные тесты IGRA вне зависимости от выраженности иммунодефицита
- принадлежность к группам высокого риска развития туберкулеза вне зависимости от количества CD4+лимфоцитов и реакции на иммунологические тесты

К группам больных ВИЧ-инфекцией, имеющим высокий риск развития туберкулеза, относятся:

- лица, ранее перенесшие туберкулез (до инфицирования ВИЧ), в том числе спонтанно излеченный
- лица из контакта с источниками туберкулезной инфекции, в т.ч. лица из очагов смерти от туберкулеза
- лица, вернувшиеся из учреждений ФСИН в течение 3 лет после освобождения (если они не получали ХП ранее)
- лица, находящиеся под следствием и отбывающие наказание в учреждениях ФСИН

Режимы химиопрофилактики туберкулеза

- Изониазид (5мг/кг) и витамин В6(15-25мг/кг) + Пиразинамид (25мг/кг) курсом 3 месяца

- Изониазид (5мг/кг) и витамин В6(15-25мг/кг) + Этамбутол (15 мг/кг) курсом 3 месяца

APBT

Цели АРВТ

1	Увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов
2	Снижение контагиозности пациента, снижение риска передачи ВИЧ-инфекции горизонтальным и вертикальным путем
3	Уменьшение финансовых затрат, связанных с госпитализацией, лечением вторичных заболеваний, нетрудоспособности пациента

Принципы

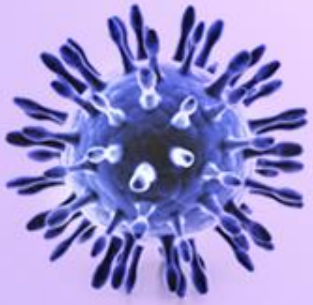
Добровольность

Своевременность

Непрерывность

В неотложном порядке

- Количество CD4 менее 200 клеток
- При выявлении ВИЧ-инфекции у беременной женщины на сроке гестации 13 недель и более
- При выявлении ВИЧ-инфекции у беременной женщины с CD4 менее 350 клеток и/или ВН более 100000 копий на сроке гестации менее 13 недель



В приоритетном порядке

Количество CD4 менее 350 клеток

ВН более 100000 копий

Хронического вирусного гепатита В, требующего лечения

Клинические стадии 2Б, 2В, 4, 5 по РК

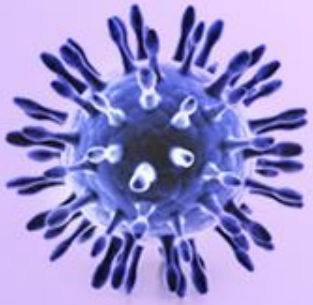
Необходимость использования вспомогательных репродуктивных технологий

Заболевания, требующие длительного применения терапии, угнетающей иммунитет

Рекомендуется отложить начало АРВТ

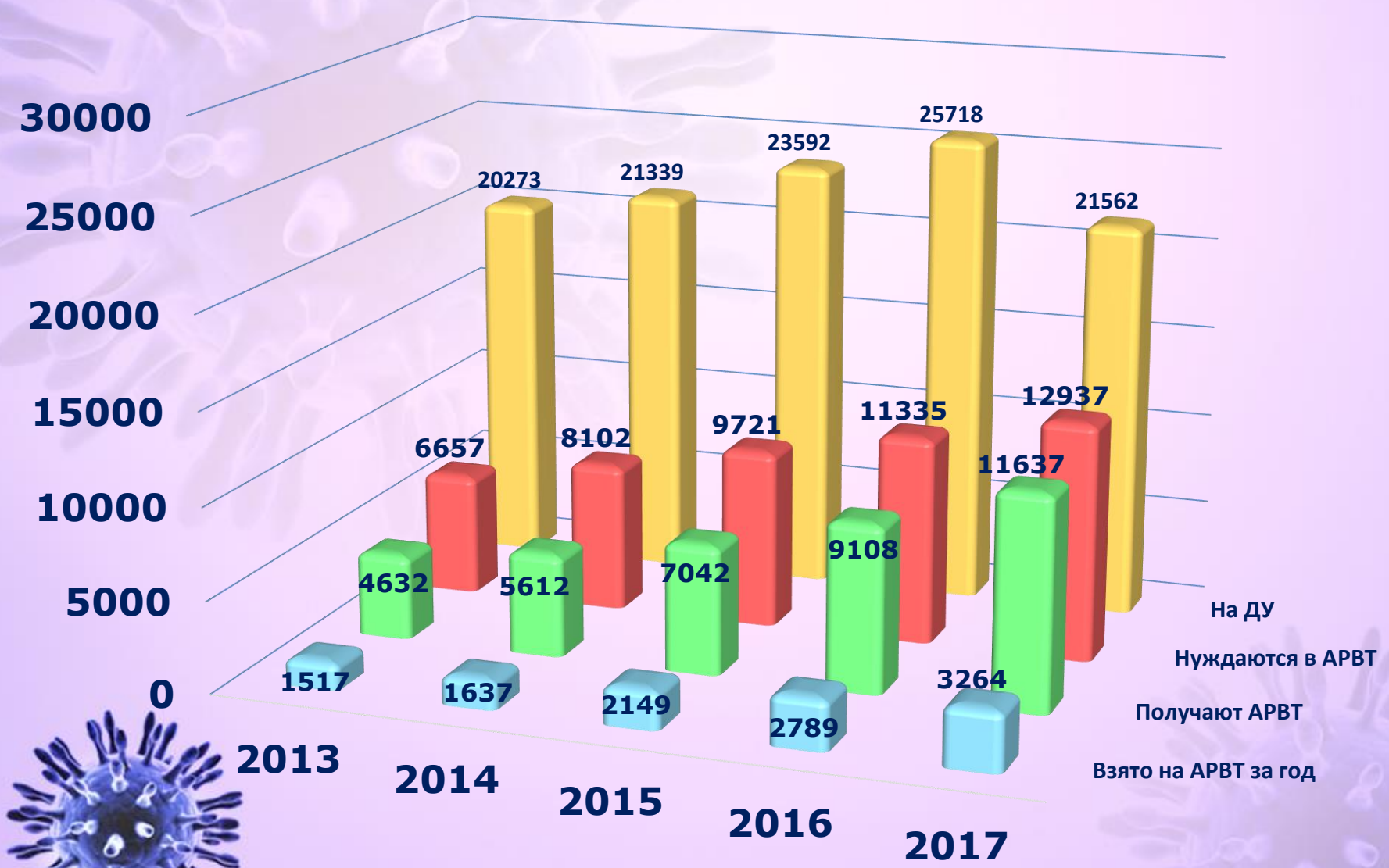
Тяжелое состояние пациента, требующее стабилизации жизненно важных функций

Течение вторичных или сопутствующих заболеваний



Принятие решения о начале проведения АРВТ

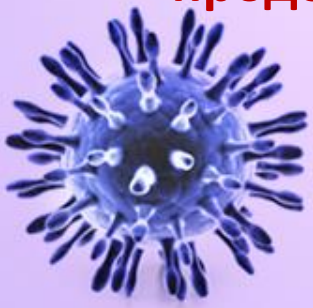
Охват АРВТ


30000
25000
20000
15000
10000
5000
0
20273
21339
23592
25718
21562
6657
8102
9721
11335
12937
4632
5612
7042
9108
11637
1517
1637
2149
2789
3264
2013
2014
2015
2016
2017
На ДУ
Нуждаются в АРВТ
Получают АРВТ
Взято на АРВТ за год

Динамика охвата АРВТ диспансерной группы, %

Задачи:

- **Доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека – 34,3%;**
- **Доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением – 60% ;**
- **Раннее начало применения антиретровирусной терапии позволит снизить число осложнений у лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, и увеличить продолжительность их жизни**



Что необходимо сделать:

1. Планирование беременности
2. Скрининг беременных
3. Обследование половых партнеров
4. Патронаж беременных
5. «Школы беременных»
6. Соблюдение стандартов ведения
7. Исполнение нормативных актов

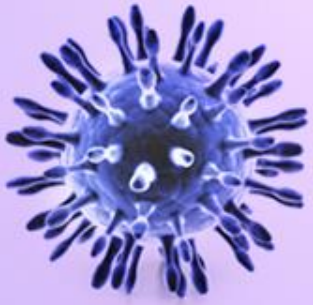
Страдает 1 этап ППМР на этапе ЖК

Российские клинические рекомендации 2017 год

Скрининг на ВИЧ беременных женщин

Обследование на антитела к ВИЧ

- Всех женщин при постановке на учёт по беременности
- Всех половых партнёров ВИЧ-негативных беременных женщин
- Всех ВИЧ-негативных беременных женщин повторно На сроке 30 ± 2 недели



Рекомендуется проведение до – и послетестового консультирования у женщин при скрининге на ВИЧ

Обследование на ВИЧ при обращении беременных на роды

Отсутствуют результаты скрининга во время беременности

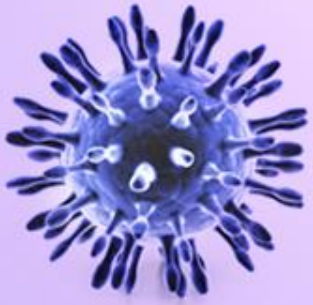
Наличие результатов скрининга только на ранних сроках (до 28 – 32 недель)

Высокий риск заражения ВИЧ

Наличие ВИЧ-инфицированных партнёров у беременной женщины

Употребление во время беременности психоактивных веществ

Необходимо обследование на ВИЧ



при поступлении на роды используется экспресс-метод выявления ВИЧ с дальнейшим подтверждением стандартным методом

Референс-диагностика ВИЧ методом ПЦР у беременных женщин

Отрицательный иммуноблот

- Наличие синдрома острой сероконверсии
- Наличие СПИД-индикаторных заболеваний

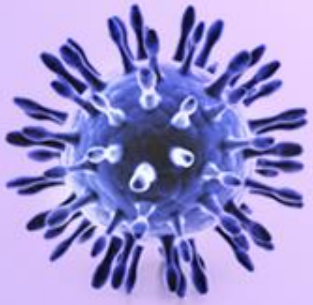
Дискордантные серологические обследования

- Отсутствие анти-ВИЧ при положительных результатах на р 24 ВИЧ 1 или АГ/АТ

Высокий эпидемиологический риск заражения

- Беременные женщины в серодискордантных супружеских парах
- Случаи вероятной передачи ВИЧ

Необходима референс-диагностика ВИЧ



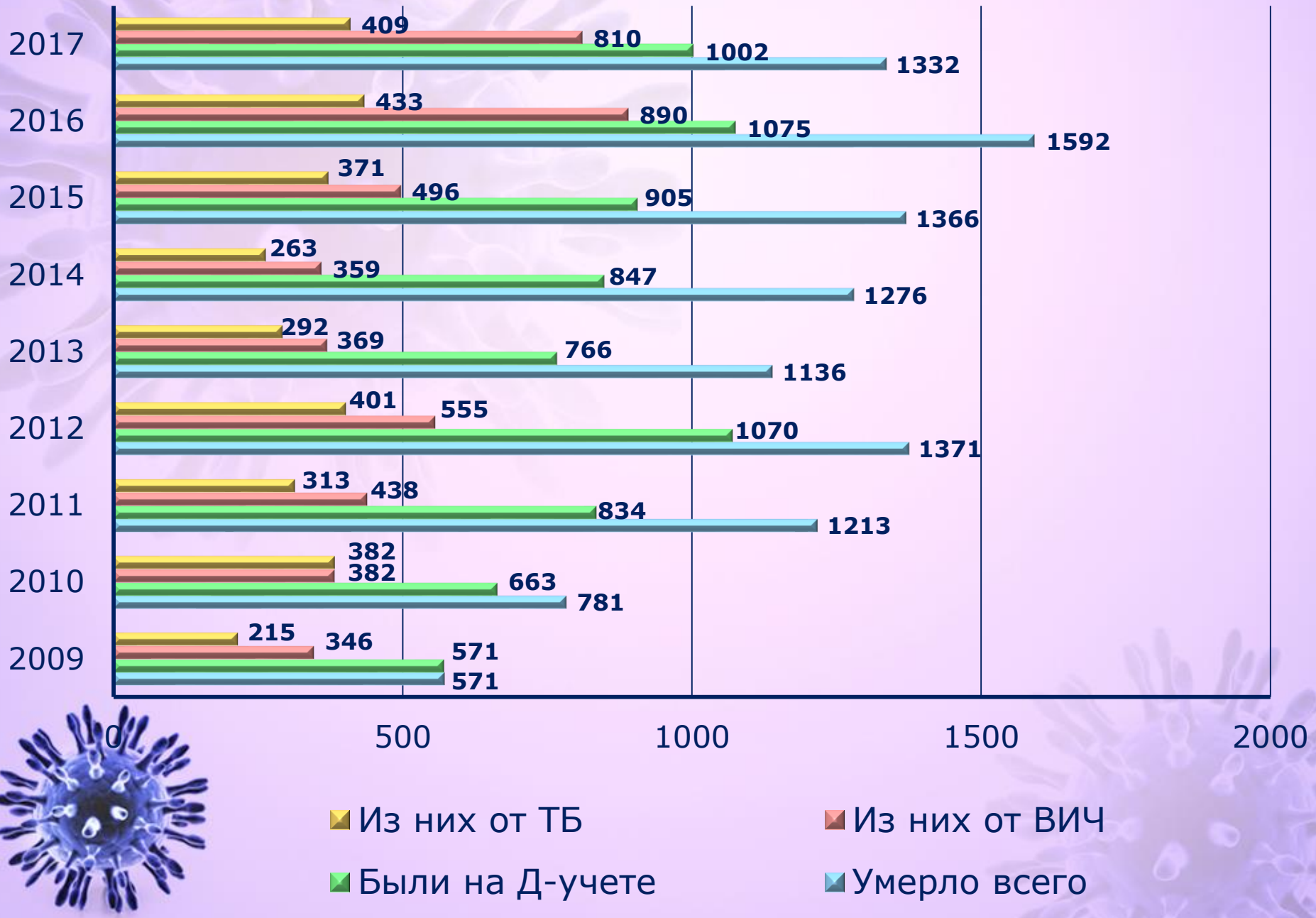
Положительная ПЦР РНК <u>служит основанием для проведения ХП перинатальной передачи у беременных женщин.</u>

Приоритетные направления в работе в 2018 году

- Принять меры, направленные на ликвидацию перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку – до 1,5%
- Проводить анализ каждого случая перинатального инфицирования ребенка
- Проводить анализ всех случаев неэффективно проведенной профилактики, с целью предупреждения вертикальной передачи ВИЧ

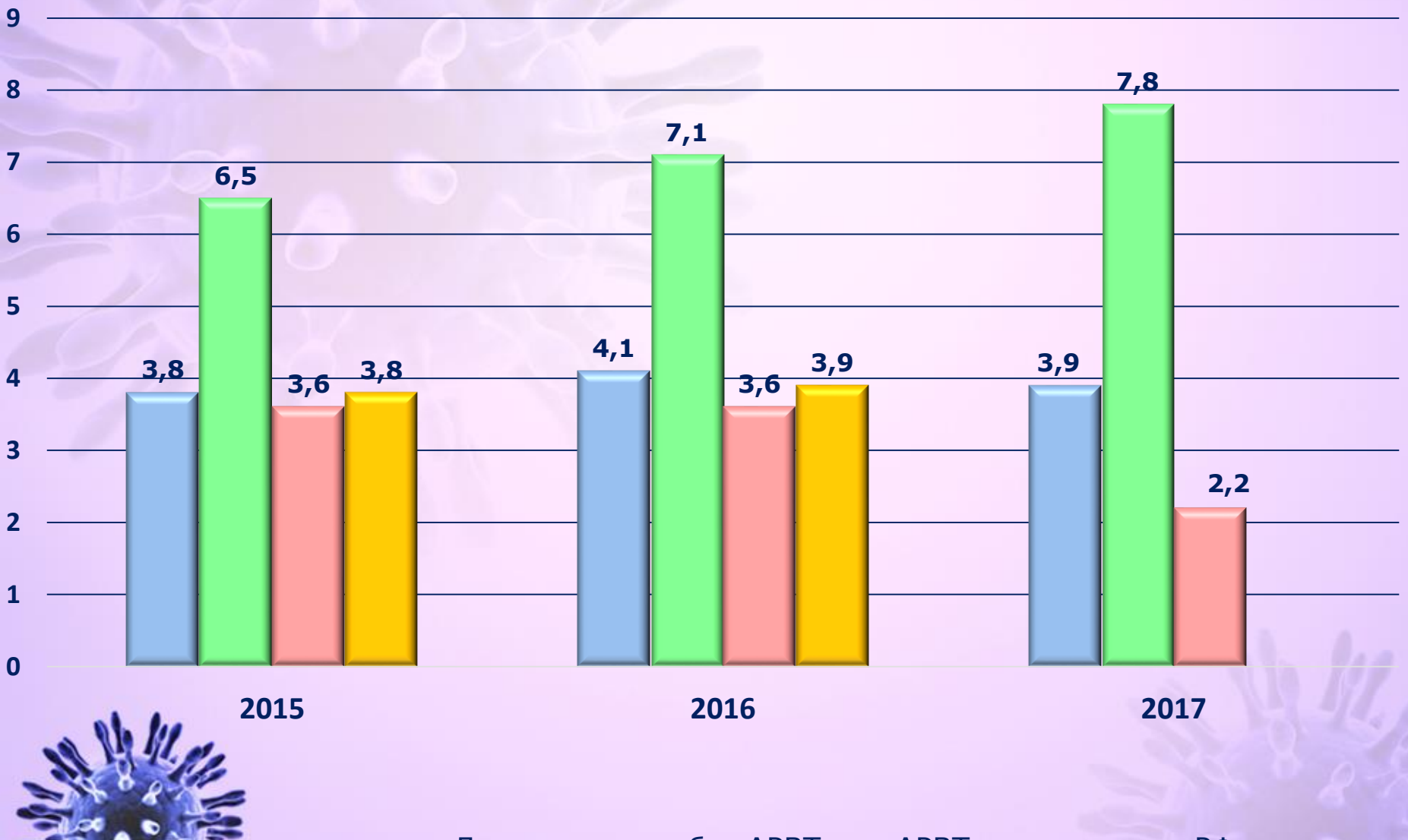
Смертность

Число больных ВИЧ- инфекцией, умерших в течение года в ИО, в 2009-2017 гг.



Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией в 2016-2017гг., %

Летальность, %



Умершие от СПИД-ассоциированных заболеваний

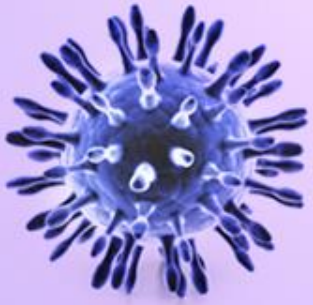
- 1/6 умерших впервые выявлены в течение года
- 1/4 умерших состояла на Д-учёте
- 1/4 умерших получали АРВТ
- В 2/3 случаях произведена аутопсия

Поздняя диагностика

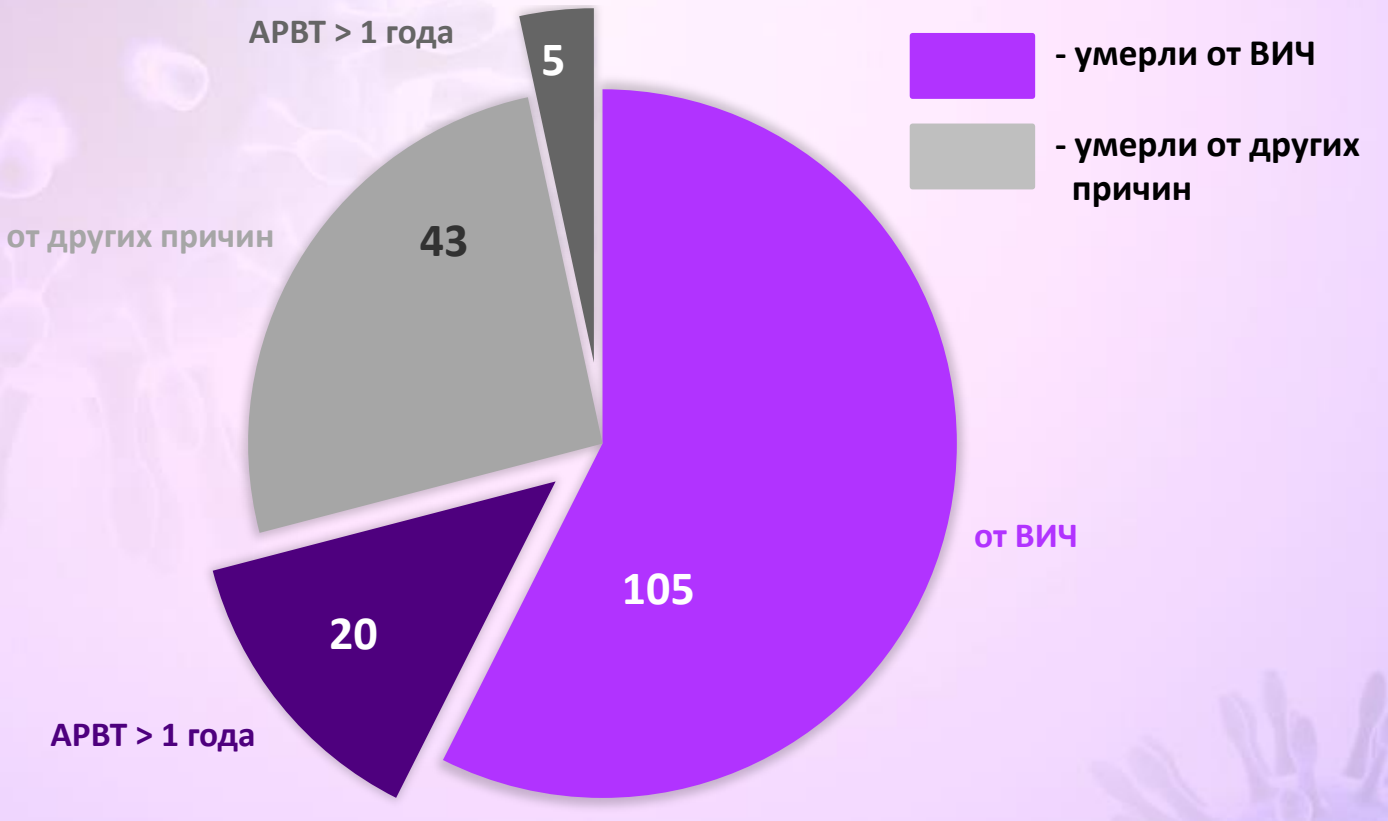
Некачественный Д-учёт

Отсутствие полной картины причин смерти

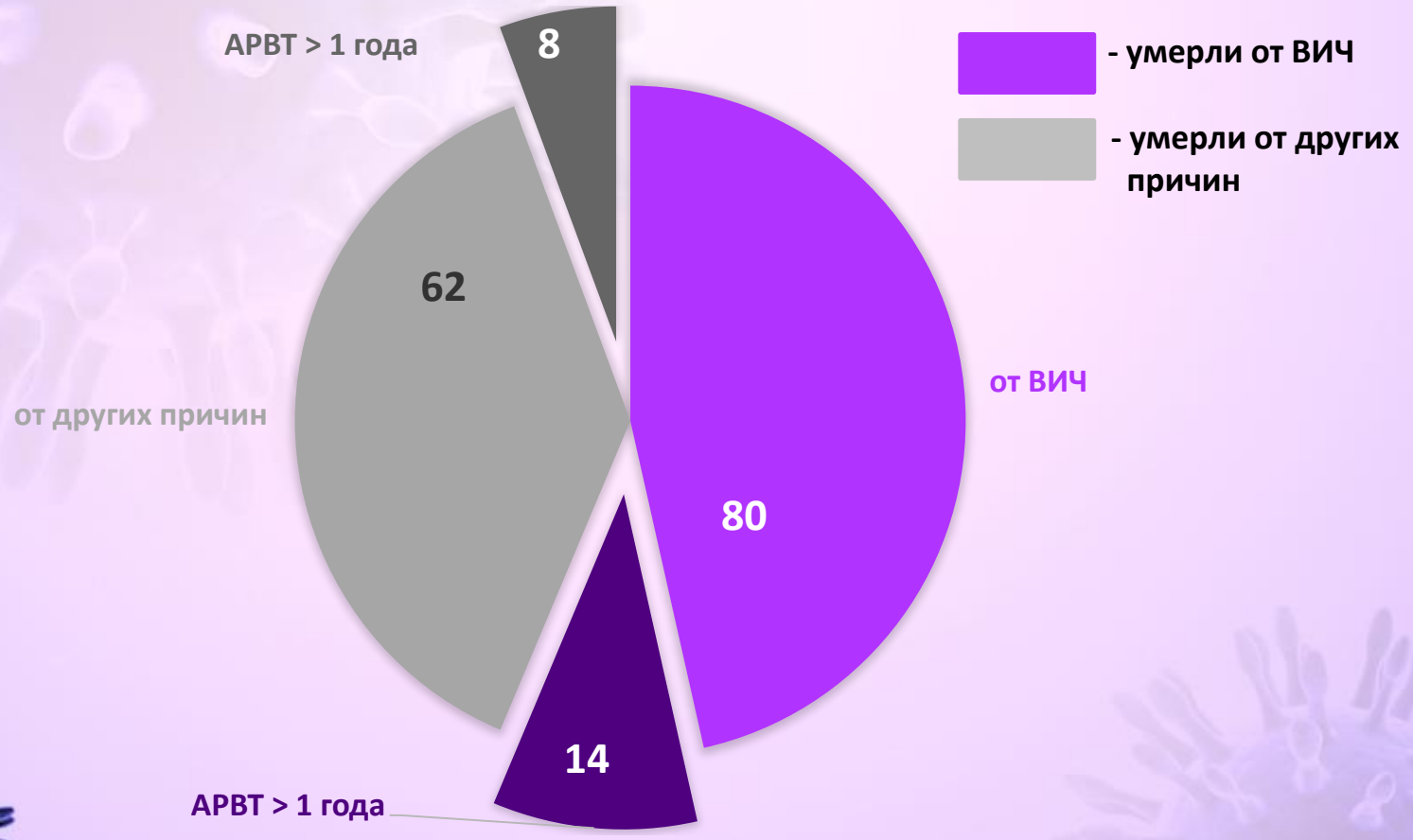
Неэффективное лечение



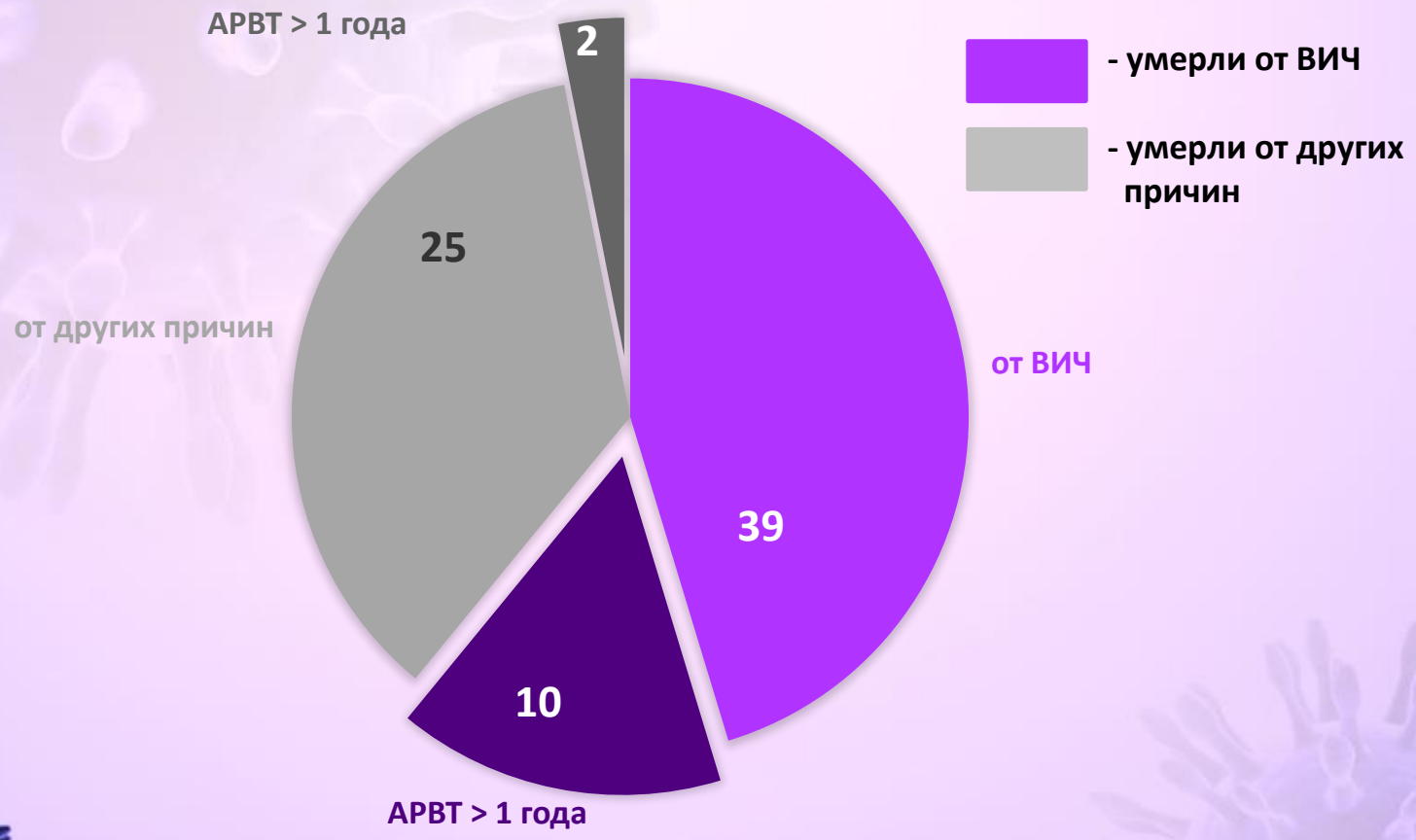
Умершие ВИЧ-инфицированные Ангарск



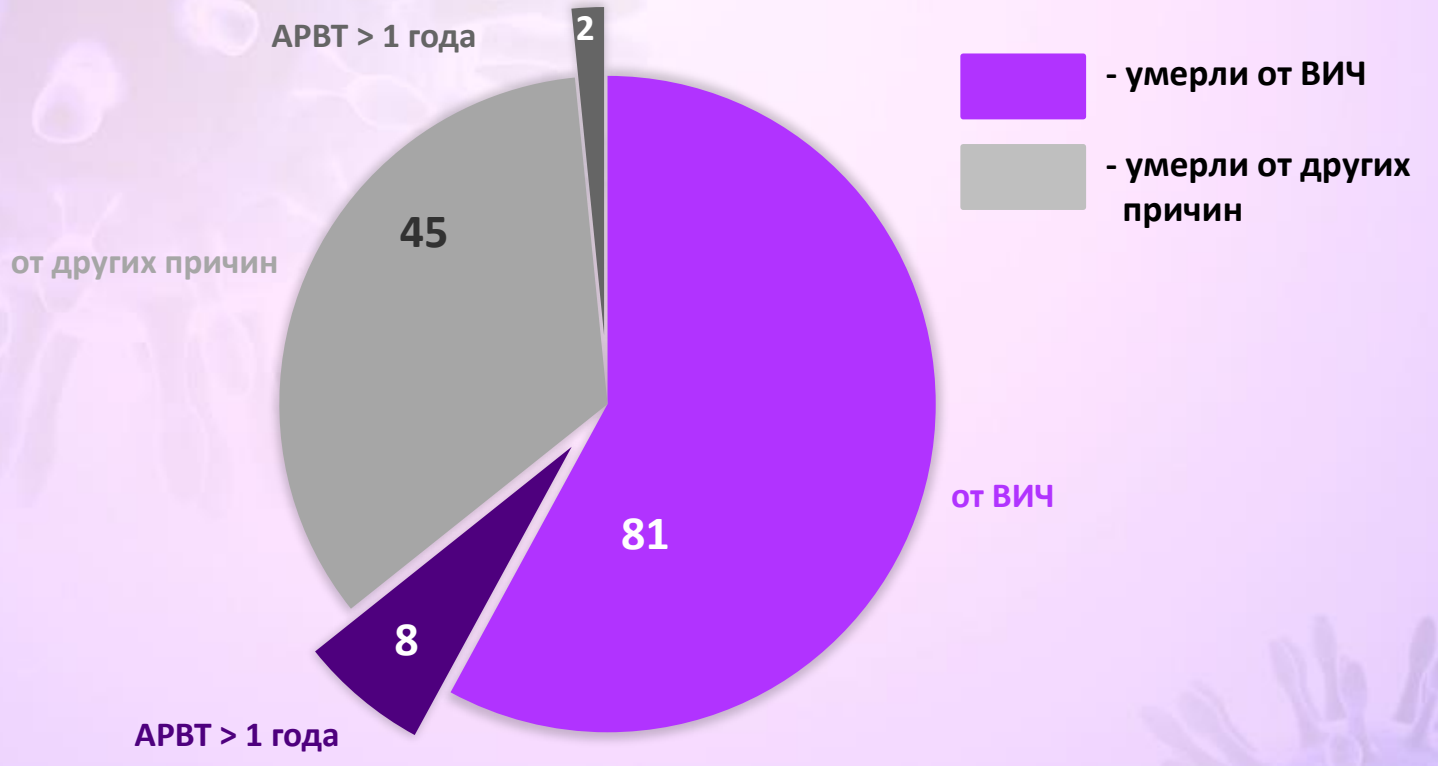
Умершие ВИЧ-инфицированные Братск



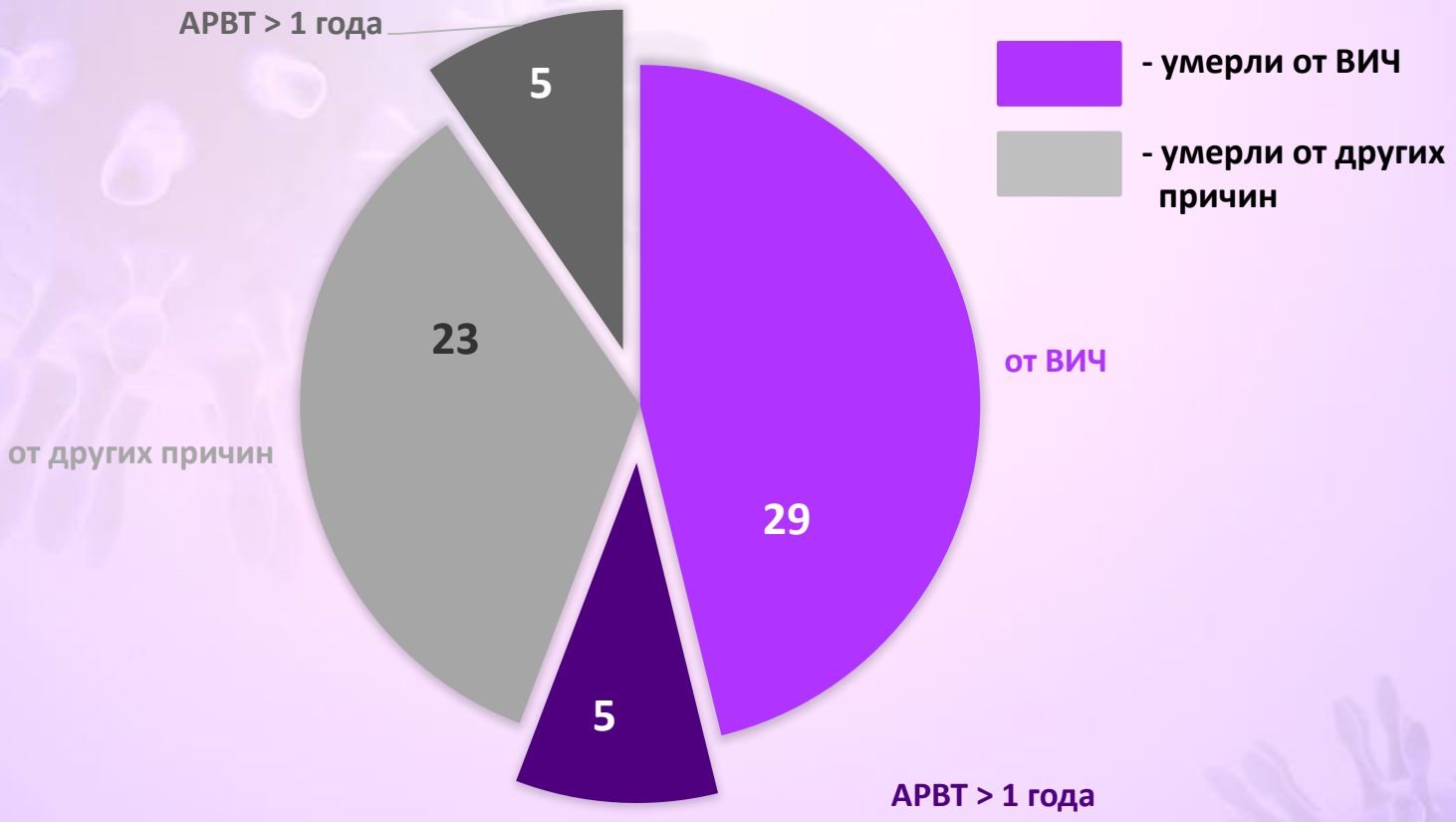
Умершие ВИЧ-инфицированные Зима и Зиминский район



Умершие ВИЧ-инфицированные Усолье Сибирское и Усольский р-он



Умершие ВИЧ-инфицированные Шелеховский р-он

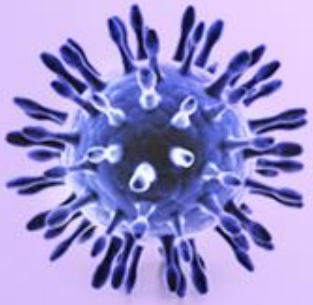


В случае смерти больного ВИЧ-инфекцией требуется

- Подача экстренного извещения о смерти больного от ВИЧ - инфекции в ГБУЗ ИОЦ СПИД (согласно распоряжению МЗ ИО от 12.11.2013 №1841/1-мр)
- Обеспечение аутопсии (вскрытия)
- Посмертное уточнение/изменение диагноза с учетом результатов аутопсии
- Подача извещения о смерти больного ВИЧ - инфекцией в ГБУЗ ИОЦ СПИД (согласно приложению 15 к приказу МЗ ИО от 17.08.09 №1027-мпр)

ВАЖНО!

- Обязательность аутопсии каждого случая смерти при инфекционном заболевании указана в ФЗ-323 от 21.11.11
- Ответственность за контроль этого показателя лежит на руководителе медицинской организации



Приоритетные направления в работе в 2018году

- Поиск пациентов, не вставших на ДУ, из числа ранее выявленных, и постановка/снятие на ДУ;
- Повышение охвата диспансеризацией впервые выявленных пациентов
- Усиление контроля за ВН и показателей иммунитета, состоящих на ДУ
- Охват терапией, в т. ч. пациентов, имеющие жизненные показания для лечения
- Для снижения числа поздно выявленных случаев и уменьшение числа умерших от состояний, связанных со СПИДом – обследование на ВИЧ по клиническим показаниям (113 код)
- Расследование случаев всех смертей, связанных с ВИЧ, с достоверной идентификацией заболеваний, относящихся к СПИД, как причин смерти

Амбициозные задачи – реальные дела!

Успех – командный результат!

Телефон 486228 доб.1100

Спасибо за внимание