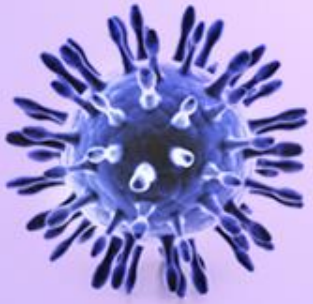
Центр хронических социально значимых инфекционных заболеваний

ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР СПИД

# Оценка работы медицинских организаций по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Иркутской области за 2018 год Задачи на 2019 год.



Л.М.Костюнина

# Ситуация по ВИЧ на 1 января 2019 года

**По данным Федерального регистра:**

| С ВИЧ живет | На Д учете | Получают терапию (АРВТ) |
|---|---|---|
| 28808 человек | 23800 человек | 14374 человека |

# Стратегия противодействия

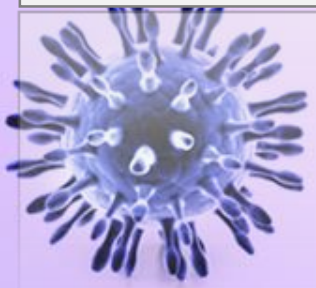
Выявление

Диспансеризация

Охват АРВТ

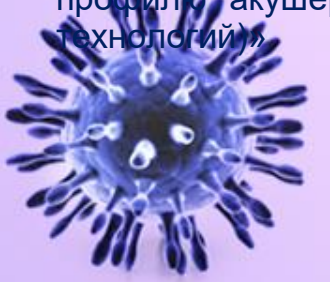
Test & Treat

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



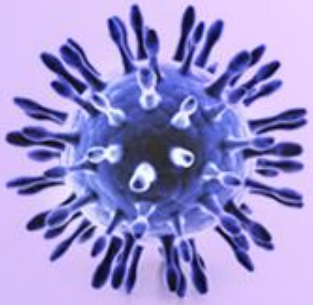
# Нормативная база (федеральный уровень)

- **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»,
- **Приказы МЗ РФ от 20 ноября 2018г. №796-н, №797-н, №798-н, №799-н, №800-н, №801-н, №802-н»** «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при заболевании, вызываемом 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)

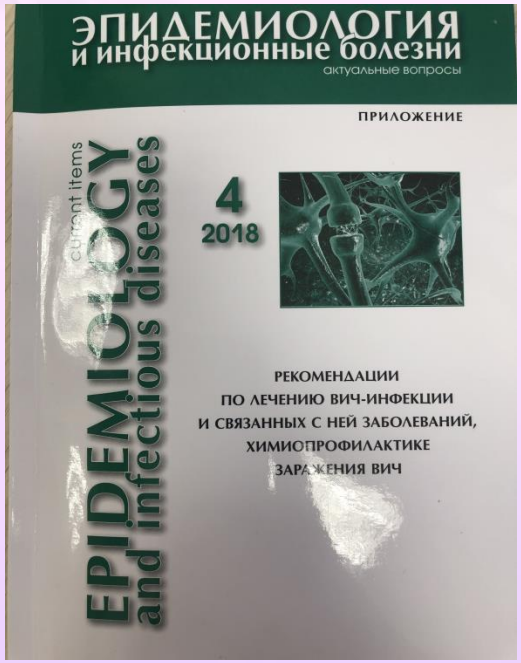
- **Приказ МЗ ИО от 17 августа 2009 года № 1027-мпр** «Об организации работы по ВИЧ-инфекции»,
- **Распоряжение МЗ ИО от 05 октября 2016 № 2324-мр** «О медицинской помощи в целях обеспечения предотвращения перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку»
- **Распоряжение МЗ ИО от 11 октября 2016 № 2343-мр** «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..»



# Новые рекомендации

- Рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний, химиопрофилактике заражения ВИЧ

  2018 год



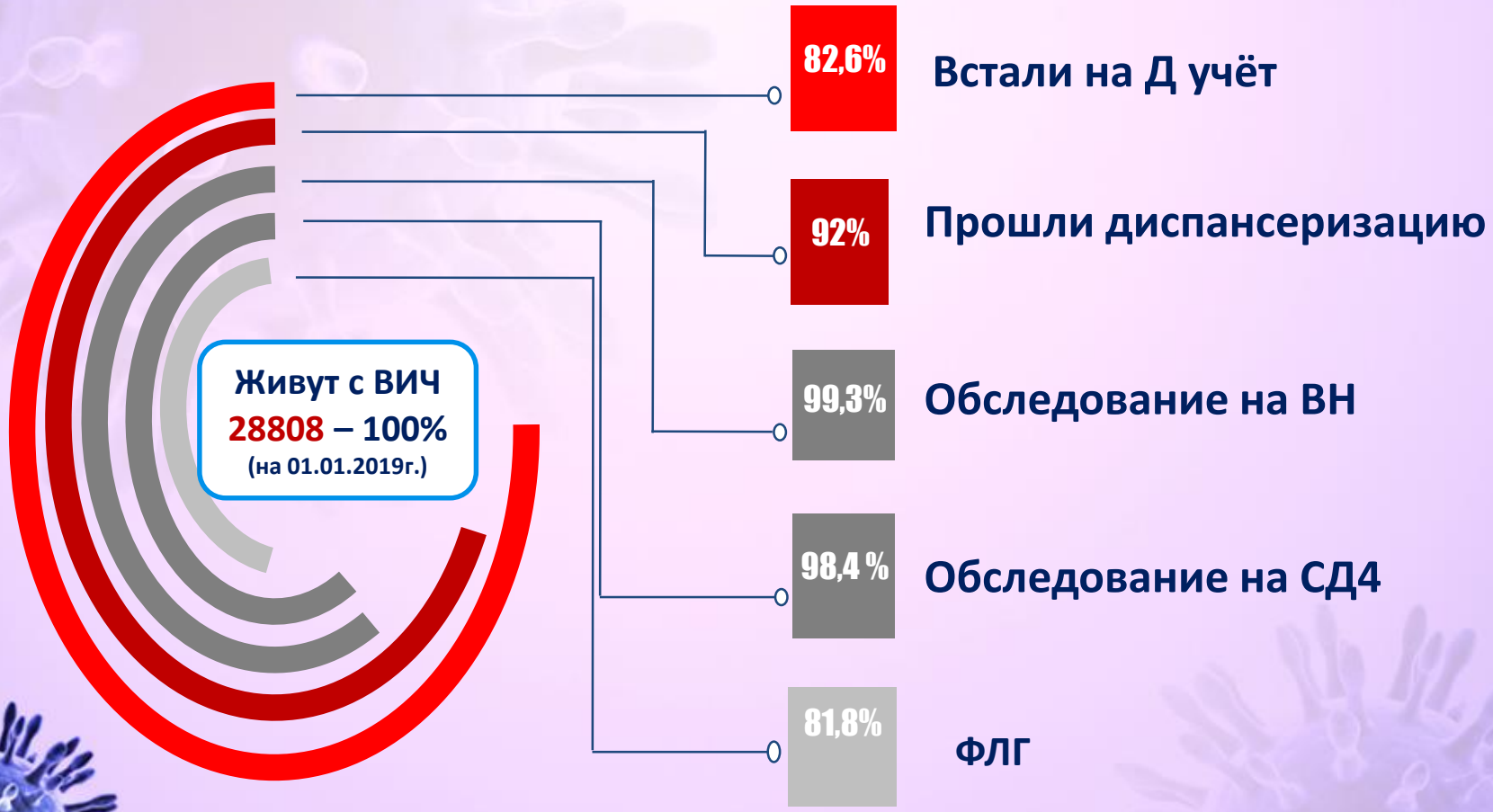
# Уровни оказания медицинской помощи (Приказ МЗ ИО от 24 января 2014 года № 7-мпр)

| | |
|---|---|
| 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

# Диспансеризация



# Охват диспансерным наблюдением

| Все ЛЖВ охвачены диспансерным наблюдением |
|---|
| Усть Илимская городская детская поликлиника |
| ИГДП №1 |
| ИГДП№5 |
| Казачинско-Ленский район |
| Балаганский район |
| Братская детская городская больница |

| Территория, МО | Охват Д наблюдением в 2018 году |
|---|---|
| Катангский район | 52,7% |
| Боханский район | 75,8% |
| Шелеховский район | 76,1% |
| Нижнеилимский район | 78,4% |
| Ангарская БСМП | 78,4% |
| Чунский район | 78,5% |

**Критерий 79,5%**

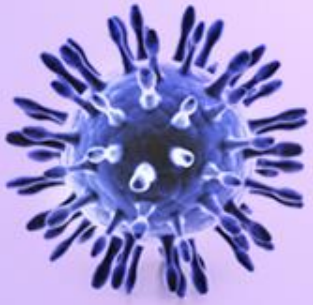
# Приказ МЗ ИО от 24 января 2014 года № 7-мпр

**П 6 Медицинские организации 2 уровня**

**ЦРБ**

**городские поликлиники**

- Проведение диспансеризации женщинам с ВИЧ-инфекцией фертильного возраста совместно с врачами-акушерами-гинекологами ЖК с проведением планового гинекологического осмотра пациенток не реже 2 раз в год
- Диспансерное наблюдение больных ВИЧ-инфекцией
- Проведение контролируемой химиопрофилактики ВИЧ-инфекции у ВИЧ-инфицированных беременных женщин
- Оказание медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией на терапевтическом участке



# Постановка на ДУ за 3 месяца 2019 года

- Вновь выявленных – 772 человека
- Поставлено на ДУ – 409 человека

52,9%

***Критерий - 75 %***

# Диспансерное наблюдение

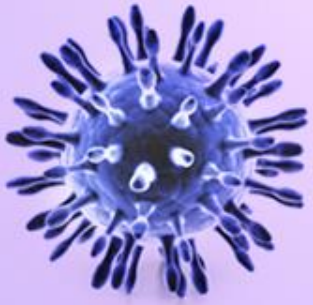
- Рекомендуется провести плановые приемы врачей-специалистов :
- врача-инфекциониста – через 1, (2), 3 месяца от начала АРТ; затем каждые 3 месяца до снижения ВН ниже уровня определения и CD4 ≥ 500 клеток/мкл; далее каждые 6 месяцев (при CD4 ≥ 500 клеток/мкл и ВН ниже уровня определения);
- врача-офтальмолога – каждые 6 месяцев при CD4 < 100 клеток/мкл; каждые 12 месяцев при CD4 > 100 клеток/мкл;
- врача-акушера-гинеколога – при стадии 3 по РК, 2006 и CD4 ≥ 200 клеток/мкл – каждые 12 месяцев; во всех остальных случаях – каждые 6 месяцев;
- врача-невролога – каждые 6 месяцев при CD4 < 200 клеток/мкл; каждые 12 месяцев при CD4 > 200 клеток/мкл;
- врача-фтизиатра – при CD4 < 350 клеток/мкл для повторного назначения ХП туберкулеза по индивидуальной схеме на территории с высоким распространением лекарственно-устойчивых форм туберкулеза

# Профилактика каких вторичных заболеваний требуется?

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

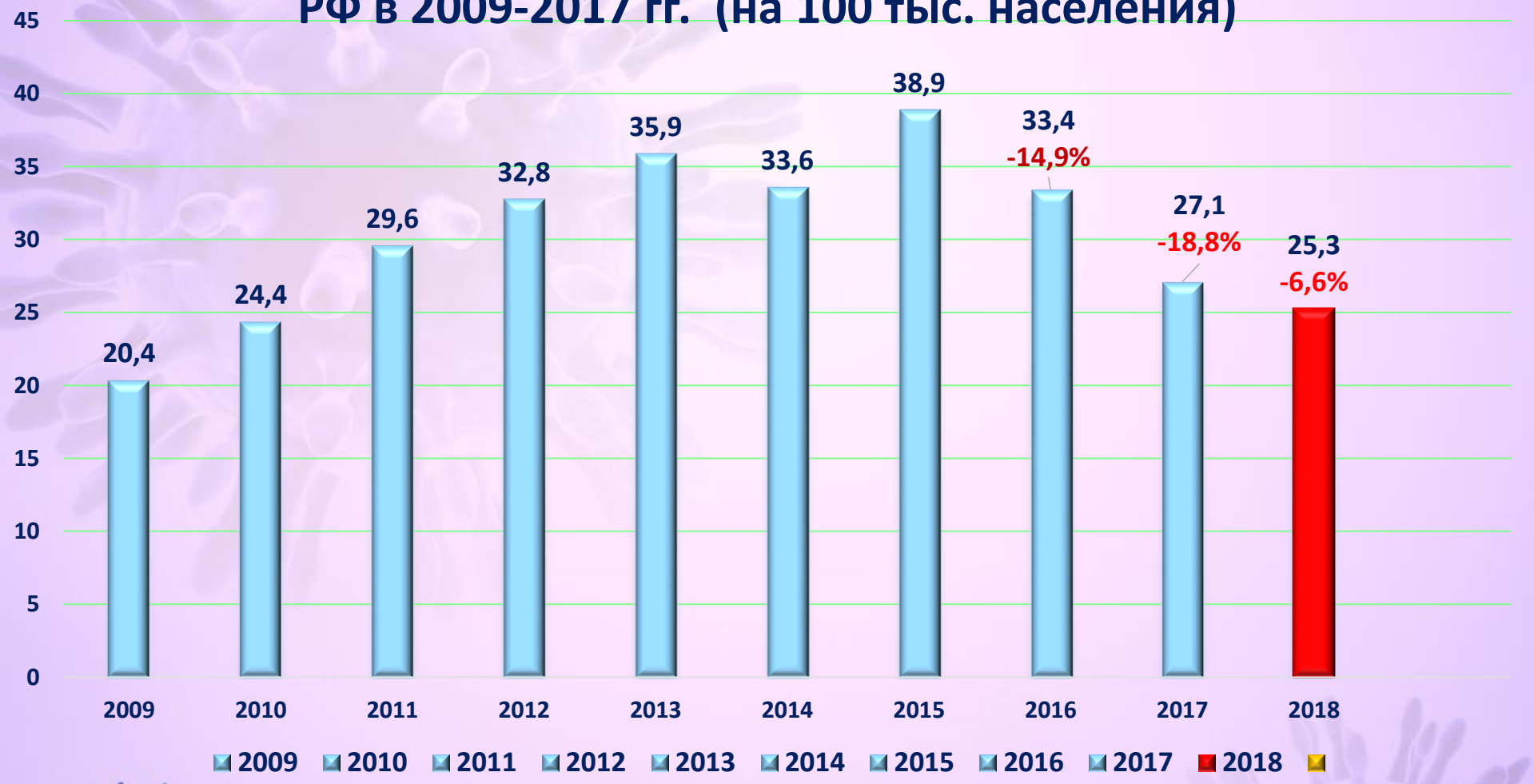
# Выводы:

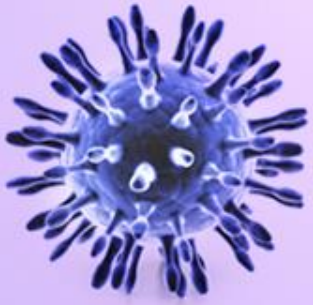
- **Показатель ГС, доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в 2019 году должен составлять – 84,7%**
- **Обследование пациентов на ДУ – 100%**
- **Обеспечение активной диспансеризации больных с ВИЧ-инфекцией, в т.ч. впервые выявленных пациентов не менее 75%**



# ВИЧ + Туберкулез

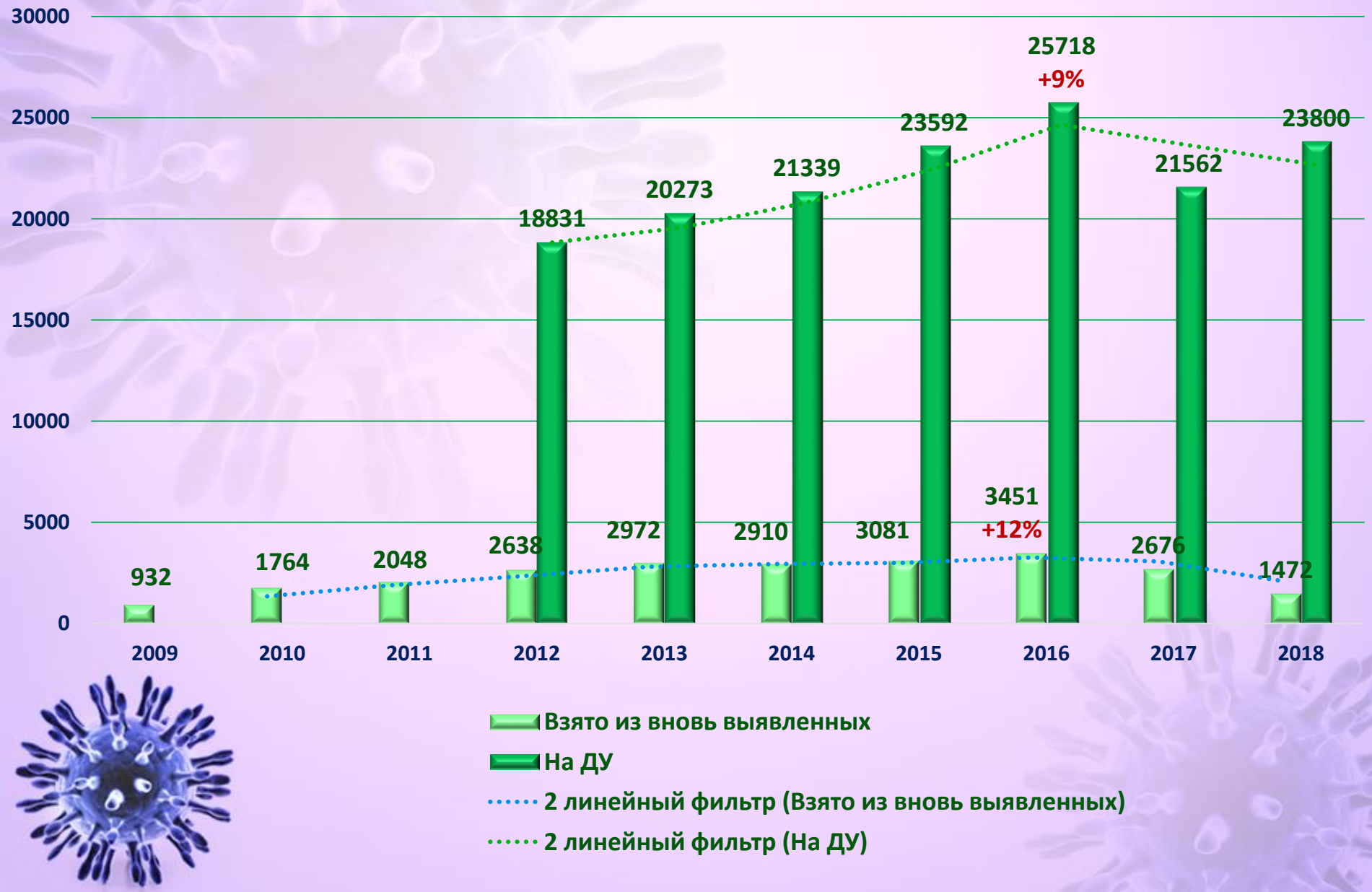
# Показатели заболеваемости сочетанной патологией ВИЧ+ТБ в ИО и РФ в 2009-2017 гг. (на 100 тыс. населения)



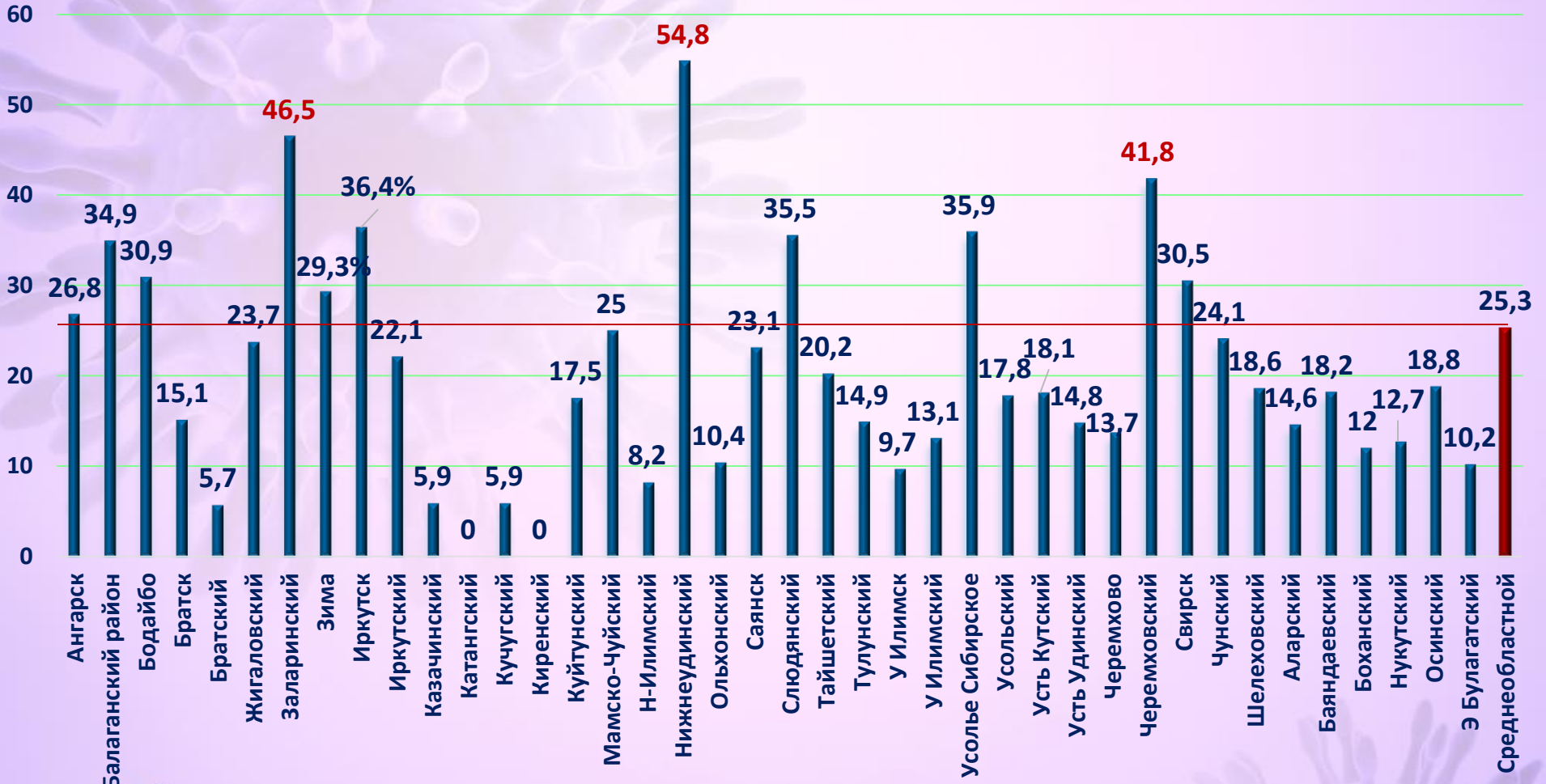



**Наличие инфицирования ВИЧ – это самый высокий риск развития туберкулеза**

# Число случаев активного туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Иркутской области в 2009-2018 гг.



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



# Модель управления коинфекцией ВИЧ+ТБ

ФЛГ

туберкулино-диагностика

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТБ

ПТТ

уменьшение «бациллярного» ядра

РАНЕЕ 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?

# Основные документы: «Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией», Закон ИО №106-ОЗ

«Согласовано»
Главный внештатный специалист фтизиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

И.А. Васильева
«5» апреля 2016 г.

«Согласовано»
Главный внештатный специалист по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Е.Е. Воронин
«11» апреля 2016 г.

«Согласовано»
Руководитель Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАН, д.м.н., профессор

В.В. Покровский
«14» апреля 2016 г.

**Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией**

*Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией предназначена для врачей Центров по профилактике и борьбе со СПИД, врачей-фтизиатров, врачей-инфекционистов, организаторов здравоохранения, участвующих в системе оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.*

В Российской Федерации отмечается рост числа больных сочетанной туберкулез/ВИЧ инфекцией. Среди всех больных туберкулезом, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях РФ, в 2014 г их число составило 12,7%. Ежегодный рост регистрации новых случаев сочетанной инфекции (ТБ/ВИЧ) связан с высокой распространенностью обеих инфекций в популяции и высокой частотой активации латентного туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Для предотвращения развития туберкулеза у больных ВИЧ-инфекции помимо мероприятий направленных на предотвращение инфицирования их микобактериями туберкулеза и своевременно начатой антиретровирусной терапии применяется и – назначение противотуберкулезных противотуберкулезных препаратов - химиопрофилактика туберкулеза (ХП)

Целью ХП туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов является снижение риска развития туберкулеза в результате заражения (первичного или повторного) и/или реактивации латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ).

Термин «латентная туберкулезная инфекция» употребляется в отношении пациентов, инфицированных микобактериями туберкулеза при отсутствии признаков активности туберкулезного процесса по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным.

Согласно рекомендациям ВОЗ (2014) взрослым и подросткам, живущим с ВИЧ, при неизвестном или положительном результате туберкулиновой кожной пробы (ТКП), и при малой вероятности наличия активного ТБ, независимо от уровня иммуносупрессии следует назначить профилактическое

**Закон ИО №106-ОЗ «О социальной поддержке отдельных групп населения в оказании медицинской помощи в ИО»**

Статья 9. Социальная поддержка лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, больных туберкулезом

# 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<br>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<br>**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

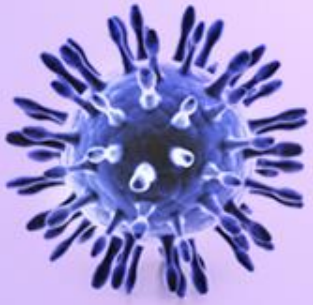
# APBT

# Целевые ориентиры 2018 года

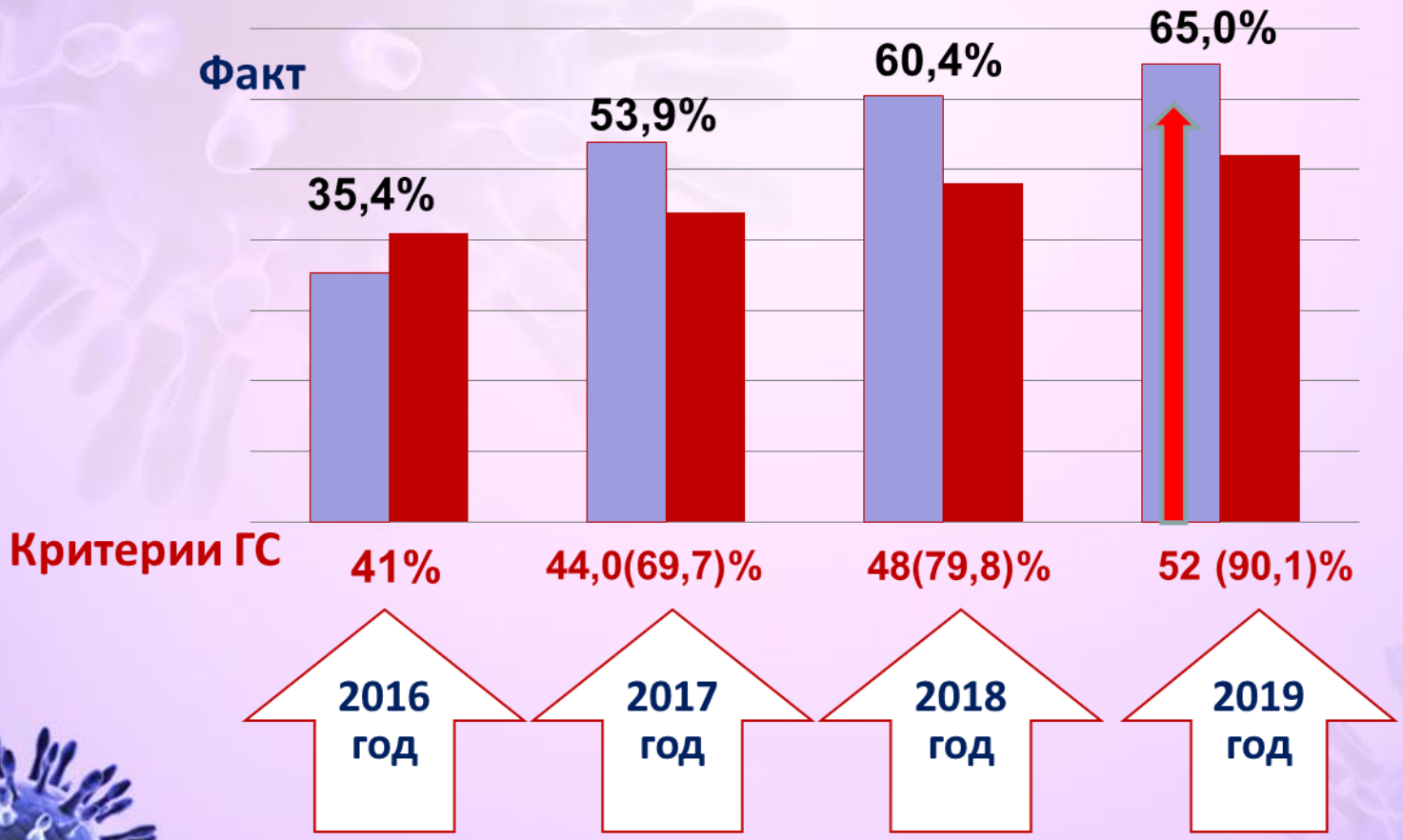
**Гос. Стратегия противодействия ВИЧ от числа состоящих на ДУ 48%**

**План первоочередных мероприятий от числа состоящих на ДУ 60%**

**Гос. Стратегия противодействия ВИЧ от общего числа ЛЖВ 34,3%**



# Охват АРВ-терапией. Выполнение критерия Государственной стратегии




**Увеличение охвата АРВТ с 2016 года на 25%**

# Не достигли охвата АРВТ

| Территория, МО | Охват АРВТ в 2018 году от Д группы |
|---|---|
| Чунский район | 13,9% |
| Тайшетский район | 40,4% |
| Областная больница №2 | 41,3% |
| Усть Илимская поликлиника №1 | 42,5% |
| Иркутский район | 43% |
| Баяндаевский район | 43% |
| Куйтунский район | 43,3% |
| Шелеховский район | 44,3% |
| Нижнеудинский район | 45,6% |
| Братская больница №2 | 45,7% |
| ИГКБ№1 Иркутск | 47% |
| Ангарская БСМП | 47,8% |

Критерий 60%

# Назначение АРВТ

**Центр СПИД**

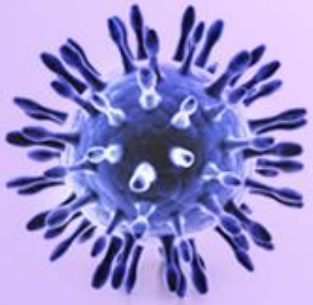
**МИС «Интермед»**

**КИЗ/ КДК**

- Лечебно-диагностическая и консультативная работа
- Организационно-методическая работа

**«Старт терапии» в режиме «реального времени»**

- Диспансерное наблюдение за пациентами
- Анализ работы медицинской организации по мониторингу пациентов с ВИЧ и составление отчётов кабинета



# Начало АРВТ

Результаты клинико-лабораторного и инструментального исследования

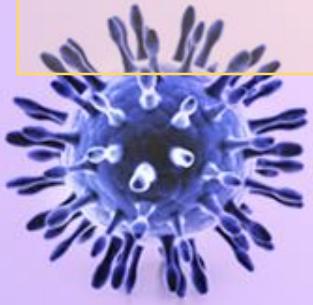
Письменное согласие пациента
323 - ФЗ

Врачебная комиссия ЦС

Врачи на местах видят в МИС «Интермед» назначенную схему АРВТ

Заявка на препараты из МО ИО

Старт АРВТ



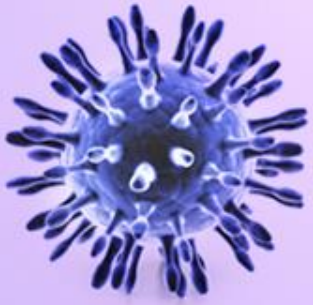
# Последовательность формулирования диагноза ВИЧ-инфекция

- Кодирование по МКБ 10
- ВИЧ-инфекция
- Стадия ВИЧ-инфекции
- Фаза (прогрессирования, спонтанной ремиссии, ремиссии на фоне терапии)
- Вторичные заболевания, обусловившие стадию, обусловившие фазу
- Сопутствующие заболевания

Оформление СТАРТ-ТЕРАПИИ

# 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



**ВОЗ: Назначение АРВТ всем!**

# 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

Инфицированному ВИЧ-партнеру, имеющему постоянного ВИЧ-негативного партнера

# Рекомендуется отложить начало АРВТ

Тяжелое состояние пациента, требующее стабилизации жизненно важных функций

Течение вторичных или сопутствующих заболеваний

# Критерии эффективности лечения

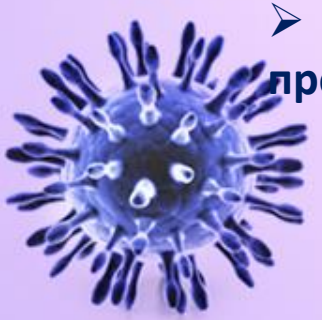
- К 4-8 неделе снижение в 30-100 раз (на 1,5-2,0 десятичных логарифма)
- К 12-16 неделе < 400 копий/мл, а к 24 неделе < 20 копий/мл

**РНК ВИЧ**

- В дальнейшем, уровень РНК ВИЧ должен быть ниже уровня определения, но возможны подъемы не превышающие 1000 копий/мл

**Количество CD4+ лимфоцитов**

- Ожидается повышение количества CD4-лимфоцитов в среднем на 0,01х109/л за 4 недели и на 0,025-0,050х109 клеток/л через 48 недель лечения
- По мере повышения уровня CD4-лимфоцитов происходит регресс вторичных заболеваний (если они были)
- Через несколько недель возможно обострение вторичных заболеваний (синдром восстановления иммунитета)



# Подходы для достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки у ЛЖВ

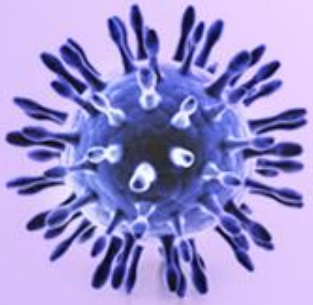
**Ключевые мероприятия**

**Школа приверженности**

**«Равный обучает равного»**

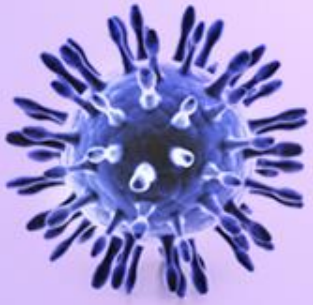
**«Выявил-лечи»**

**Н=Н**



# Задачи

- Приоритетно охват пациентов АРВТ по жизненным показаниям до 95%
- Охват АРВТ диспансерной группы до уровня 65-70% к концу 2019 года
- Повышение приверженности АРВТ и достижения 80-85% эффективности лечения
- Предупреждение развития резистентности ВИЧ к АРВП
- Оптимизация АРВТ



# 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

# Нормативная база (федеральный уровень)

- **Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»**

- **Приказ МЗ РФ от 16 сентября 2003 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями»,**

  **формы 309/у 310/у 311/у**

- **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)»**

- **Клинические рекомендации (протокол лечения) «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку», утверждены 24.01.2017г.,**

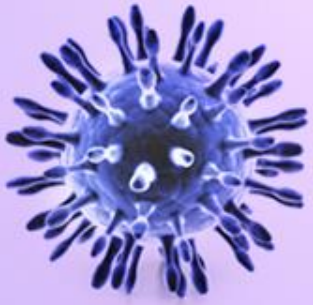
- **Клинические рекомендации (протокол лечения) «Диагностика ВИЧ-инфекции и применение антиретровирусных препаратов у детей», утверждены 24.01.2017г.**

# Нормативная база (региональный уровень)

- **Распоряжение МЗ ИО от 05 октября 2016 № 2324-мр «О медицинской помощи в целях обеспечения предотвращения перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку»**

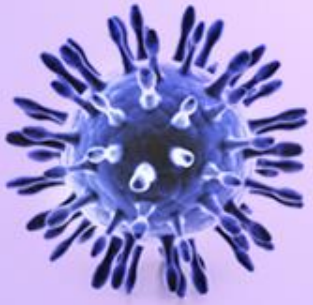
- **Распоряжение МЗ ИО от 11 октября 2016 № 2343-мр «Об утверждении методических рекомендаций об организации раннего выявления и предотвращения перинатальной передачи ВИЧ»**

- **Распоряжение МЗ ИО от 24 апреля 2017 № 1062-мр «О мониторинге перинатальной профилактики ВИЧ инфекции в Иркутской области»**



# Форма 309/у

Извещение направляется в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом **в течение 10 дней с момента рождения ребенка**. В случае смерти новорожденного в стационаре после 10 дней извещение на него заполняется и высылается повторно.

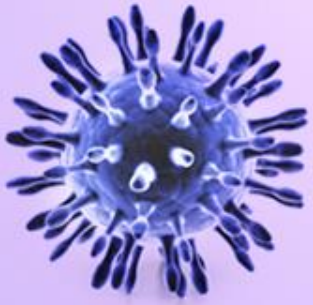


# Российские клинические рекомендации 2017 год

# 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

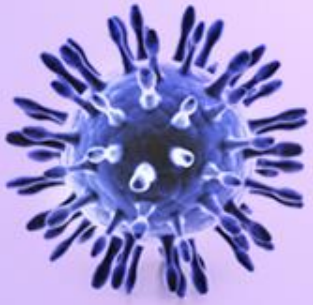
**Наличие результатов скрининга только на ранних сроках (до 28 – 32 недель)**

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

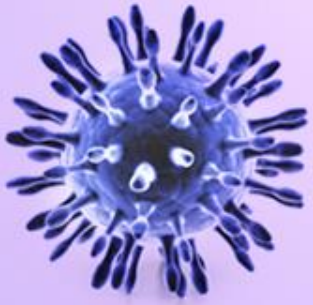
**Дискордантные серологические обследования**

- 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**

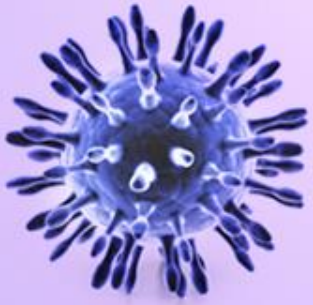


**Положительная ПЦР РНК <u>служит основанием для проведения ХП перинатальной передачи у беременных женщин.</u>**

# Приоритетные направления в работе в 2019 году

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

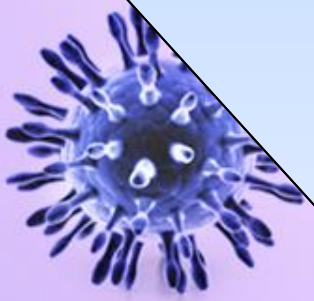
# МСЭ ВИЧ-инфицированных пациентов



В соответствии со ст. 1 Федерального закона от 24.11.1995г. № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Согласно ст. 1 Федерального закона от 30.03.1995г. № 38-Ф «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»,

ВИЧ-инфекция - хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека. Однако, при правильном и своевременном лечении не приводит к ограничению функционирования организма.



# Характерным для ВИЧ-инфекции является хроническое воспаление с поражением всех органов и систем:

-аутоиммунные реакции
-болезни иммунных комплексов
-метаболические нарушения

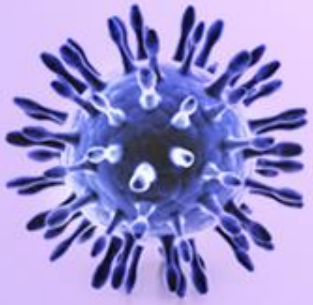
**приводят к**

поражению эндотелия сосудов и соединительной ткани

**с развитием**

-кардиоваскулярной
-неврологической
-эндокринной
-костно-суставной

***патологии***



# Установление группы инвалидности у ВИЧ-инфицированного

**Инвалидность по ВИЧ-инфекции без сопутствующих заболеваний не назначается.**

**Само по себе наличие ВИЧ-инфекции не является основанием для получения инвалидности**

**Нередко развивается сразу несколько заболеваний, поэтому при установлении инвалидности необходимо определиться с основным заболеванием, вызвавшим стойкое нарушение жизненно важных функций.**

## Необходимо учитывать:

- данные, отраженные в амбулаторной карте пациента, в которых прослеживается динамика посещений лечащего врача, обращения в периоды осложнений;
- тяжесть развития острых периодов, их длительность;
- наличие АРВТ и приверженности к АРВТ и диспансерному наблюдению;
- показатели иммунного статуса и вирусной нагрузки.

# Установление группы инвалидности у ВИЧ-инфицированного

- Инвалидность присваивается только в том случае, если ВИЧ-инфекция привела к потере трудоспособности, физическим ограничениям

- При 4Б, 4В, 5 стадиях ВИЧ-инфекции обращать внимание на фазу заболевания, прием АРВТ и сохраняющиеся на момент освидетельствования вторичные заболевания

- Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы, которая осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификации и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации

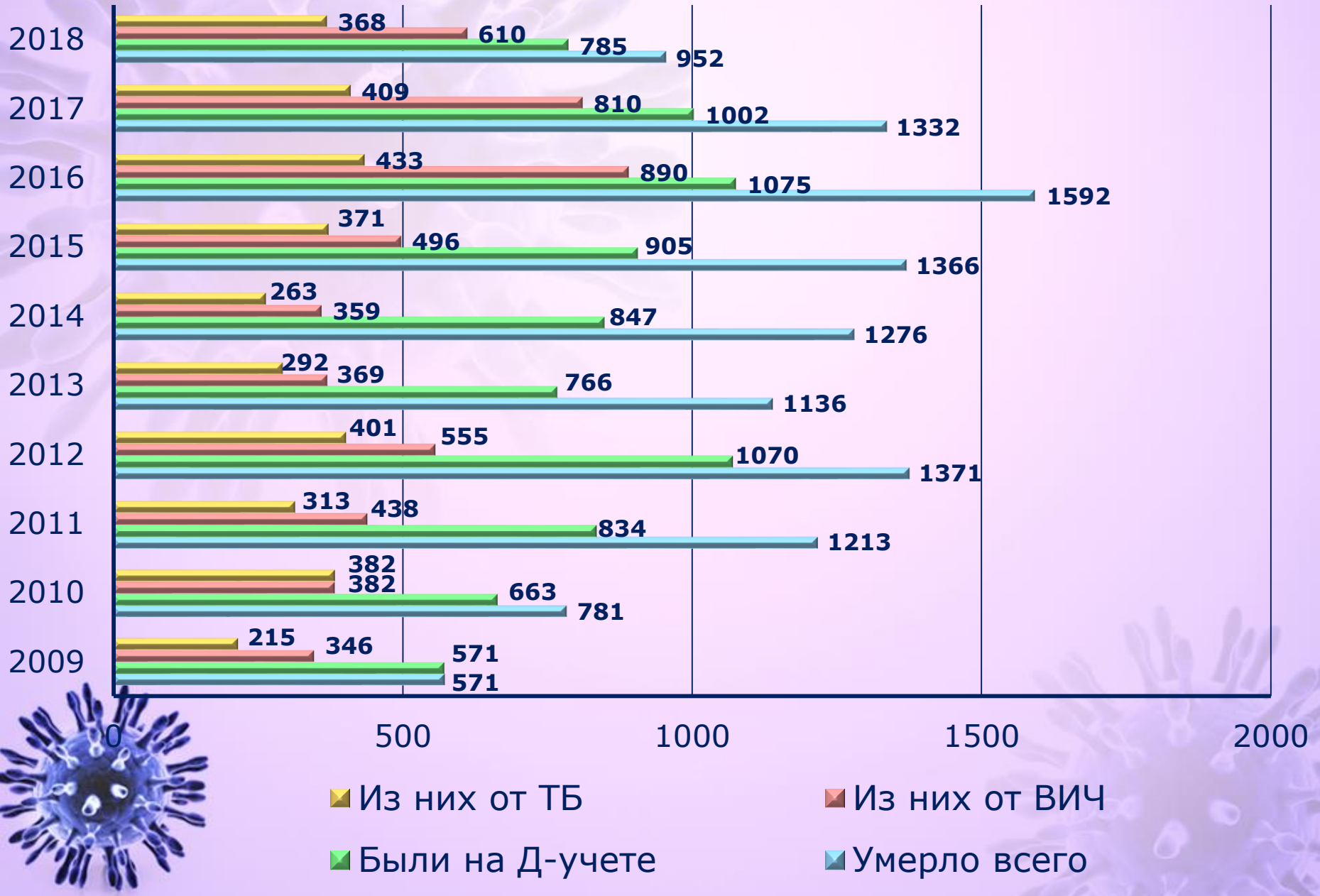
# Смертность

Умершие в 2018 году – 952 человека
От ВИЧ-инфекции – 610 человек
От СПИДа- 257 человек

Показатель смертности 25,3%
(снижение на 24,7% )

Показатель летальности 2,1%
(снижение на 1,8%)

# Число больных ВИЧ- инфекцией, умерших в течение года в ИО, в 2009-2018 гг.



# Причины смерти больных ВИЧ-инфекцией в 2017-2018гг., %

**Критерий 25%**

# Снижение смертности от СПИДа

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции

+

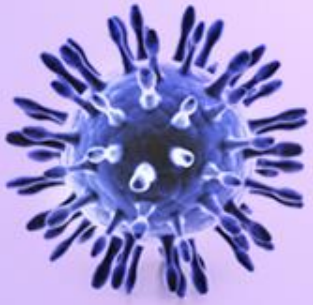
Охват АРВТ по жизненным показаниям

=

Снижение смертности от СПИДа

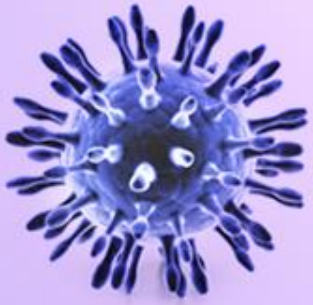
# Перечень состояний, свидетельствующие о развитии у пациента СПИДа (28 состояний):

- **Бактериальные инфекции** (множественные или возвратные)у ребенка в возрасте до 13 лет;
- **Кандидоз трахеи, бронхов, легких;**
- **Кандидоз пищевода**;
- **Рак шейки матки** (инвазивный);
- **Кокцидиодомикоз** (диссеминированный или внелегочный);
- **Криптококкоз внелегочный**;
- **Криптоспоридиаз** с диареей более 1 мес;
- **Цитомегаловирусная инфекция**(поражение других органов кроме печени, селезенки, лимфатических узлов у больных старше 1мес.);
- **Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения**;
- **Энцефалопатия**, обусловленная действием ВИЧ;
- **Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса** (хронические язвы, не заживающие более 1 месяца или бронхит, пневмонию, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца);
- **Гистоплазмоз** (диссеминированный или внелегочный);
- **Изоспориаз кишечника**, хронический (более 1 месяца);
- **Саркома Копоши**;
- **Интерстициальная лимфоидная пневмония** у ребенка в возрасте до 13 лет;



# Перечень состояний, свидетельствующие о развитии у пациента СПИДа (28 состояний):

- **Лимфома Беркитта;**
- **Иммунобластная саркома;**
- **Лимфома мозга первичная;**
- **Микобактериозы**, вызванные M. Avium-intracellulare или M. Kansassii или другими атипичными микобактериями (диссеминированные или с поражениями вне легких, кожи, шейных или воротных лимфоузлов);
- **Туберкулез легких** у взрослого или подростка старше 13 лет *;
- **Туберкулез внелегочный** *;
- **Другие недифференцированные диссеминированные или внелегочные микобактериозы**;
- **Пневмоцистная пневмония**;
- **Пневмонии возвратные**(2 и более в течение 12 месяцев);
- **Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия**;
- **Салмонеллезные (нетифоидные) септицемии возвратные**;
- **Токсоплазмоз мозга** у пациентов старше 1 мес.;
- **Синдром истощения**, обусловленный действием ВИЧ.



* Российские критерии случаев, в которых туберкулез следует рассматривать как проявление СПИДа:

- Выраженный иммунодефицит, диссеминация туберкулезного процесса

# Умершие от СПИД-ассоциированных заболеваний

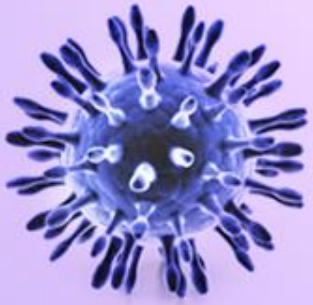
- 1/6 умерших впервые выявлены в течение года
- 1/4 умерших состояла на Д-учёте
- 1/4 умерших получали АРВТ
- В 2/3 случаях произведена аутопсия

Поздняя диагностика

Некачественный Д-учёт

Отсутствие полной картины причин смерти

Неэффективное лечение

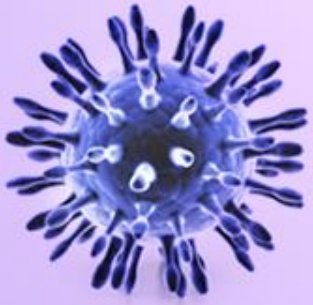


# В случае смерти больного ВИЧ-инфекцией требуется

- 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 2019году

- 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
- Работа по приверженности к АРВТ
- Фокус – на подростков! АРВТ, приверженность.
- 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

# Телефон 486228 доб.1100

# Спасибо за внимание