

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.

> Подготовила Ю.А. Чапыгина 22 апреля 2022 г.

# План презентации

```
1. Цель и задачи.
```

```
2. Актуальные вопросы:
```

- Д-учет;
- АРТ (своевременность);
- ППТ (ХП ТБ и ОИ)
- 3. Поздно выявленные
- 4. Смертность.
- 5. Туберкулез+ВИЧ
- 6.Замечания и рекомендации по заявкам и стратам

дорожная карта



## Наши цели на 2022 год

- ➤ Охват пациентов Д-наблюдением 97 % от ЛЖВ.
- ➤ Охват АРТ диспансерной группы 84 %



- ▶ АРТ по жизненным показаниям (CD4 менее 350 кл/мкл) 97% на 2022 год.
- Повышение приверженности АРТ и достижения эффективности лечения 75% и более.
- > Предупреждение развития резистентности ВИЧ к АРВП.
- Оптимизация APT





Длительность Д-наблюдения и АРТ - пожизненная

# Цели задачи Д-наблюдения.

- > постановка диагноза, обследование, выявление показаний к ХП ОИ, к АРТ;
- ▶лечение ВИЧ-инфекции, профилактика и лечение вторичных и сопутствующих заболеваний и наблюдение в динамике;
- психосоциальная адаптация пациента;

#### Достижение целевых показателей ведет к:

- > снижению частоты развития оппортунистических заболеваний;
- уменьшению числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям;
- уменьшению числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности;
- > снижению показателей смертности.



# Цели АРТ:

Увеличение продолжительности жизни и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов.

Снижение контагиозности пациента – снижение риска передачи ВИЧ-инфекции горизонтальным и вертикальным путем.

Уменьшение финансовых затрат, связанных с госпитализацией, лечением вторичных заболеваний, нетрудоспособностью пациента



Основная задача APT - «нулевая» <sup>2</sup> вирусная нагрузка

В случае отказа пациента от APT, необходимо предоставить в ГБУЗ «ИОЦ СПИД» официальный отказ.<sup>1</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых, 2020»

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>«Нулевая нагрузка» = РНК ВИЧ в крови (ВН) снижен до неопределяемого уровня

#### Поздно выявленный пациент





Почему важен показатель CD4 менее 200 кл/мкл? Это основной предиктор смерти от СПИДа

✓ **2/3 из этих смертей** реализуются **в первый год** после выявления «низких» клеток.

#### Проблемы:

- > риск/наличие оппортунистических инфекций госпитализация
- > Инвалидизация

#### Со стороны МО:

- Позднее назначение или отсутствие превентивной терапии туберкулеза и оппортунистических заболеваний
- ➤ Позднее назначение APT
- > Отсутствие приверженности
- Пациенты числятся на терапии, но не принимают АРТ (в системе ИМ нет рецептов).
- Наличие своевременно недиагностированных и нелеченных сопутсвующих, фоновых заболеваний затрудняет установление основной причины смерти. В случае наличия у человека диагноза ВИЧ-инфекции и СПИДа (стадия 4В), которые выставляются пожизненно и не изменяются в сторону уменьшения стадии) не учитывают фазу ремиссии в случае успешной АРТ.

#### • Что можно и нужно сделать:

- 1. Своевременное выявление пациентов, особенно при наличии клинических и эпидемиологических показаний (стационары и первичный прием терапевтов и неврологов ).
- 2. «Реальное» Д-наблюдение:
- выполнение «Дорожной карты»;
- формирование списков пациентов, пропустивших прием, у которых уже закончились АРВП (нет рецептов) и информирование пациентов/их законных представителей о необходимости явки в целях ДН, получения АРТ и корректировки схем АРТ в случае необходимости;
- розыск «потерянных», используя патронаж, полис ОМС, информацию от ЗАГС, МВД;
- 3. «Коридор одного дня» (минимальные сроки для обследования с параллельным приемом ППТ после консультации с фтизиатром)
- 4. Своевременное назначение ХП ТБ и ОИ (ППТБ) и АРТ.
- 5. Формирование приверженности
- 6. Контроль со стороны врача за терапией, не забывать выписывать рецепты!

<sup>\*</sup> в случае невозможности посещения лицом, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) в амбулаторных условиях, в том числе на дому;

# Одна из целей Государственной стратегии – снижение смертности от СПИД Критек

Критерий - менее 20%

Анализ стадии заболевания, выраженности иммуннодефицита, факта получения или отсутствия APBT позволяет проводить профилактические и лечебные мероприятия с учетом приоритетов и правильным распределением ресурсов и предотвратить «ошибочно-избыточный» показатель смертности от СПИД.

Ранняя диагностика ВИЧинфекции



Охват АРТ по жизненным показаниям



Снижение смертности от СПИД



# **Самые частые причины смерти (СПИД)** в поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5) в РФ

- Туберкулез, включая генерализованные формы.
- Пневмония (бактериальные пневмонии, пневмоцистная, цитомегаловирусная, кандидозная)
- Токсоплазмоз головного мозга

# Когда ВИЧ инфекция не является причиной смерти

- Стадии 2А, 2Б, 3, 4А
- Нет признаков прогрессирования





Не используются коды В23 и В24 по МКБ-10 в патологоанатомическом диагнозе, так как коды не являются маркерами СПИДа и не кодируют ни одно из СПИД-индикаторных заболеваний

## Причины смерти, не связанные с ВИЧ инфекцией

- Сердечно-сосудистые заболевания в т.ч. инфекционный эндокардит;
- Онкологические заболевания (кроме саркомы Капоши, неходжкинских лимфом и инвазивного рака шейки матки) при иммунодеффиците;
- Хронический вирусный гепатит В и С с исходом в цирроз печени, ГЦК;
- Передозировка наркотиками, насильственная смерть, криптогенный сепсис, флегмоны конечностей у наркоманов.



## Документы регламентирующие передачу информации

Приказ №1027-мпр от 17.08.2009 «Об организации работы по ВИЧ-инфекции», приложение №15 извещение о смерти больного ВИЧ-инфекцией.

**Распоряжение М3 ИО** от 12.11.2013 №1841/1-мр «О мониторинге причин смерти по отдельным группам заболеваний»

Распоряжение МЗ Иркутской области 1061-мр от 12 апреля 2018 г. в части изменения п.1. в распоряжении МЗ ИО №1841/1-мр от 12 ноября 2013 года «О мониторинге причин смерти по отдельным группам заболеваний» - в течении 5 рабочих дней после проведения аутопсии посредством ИНТЕРМЕД передать в ГБУЗ «ИОЦ СПИД» информацию о смерти ВИЧ-инфицированного пациента.



Распоряжение МЗ ИО № 1596 от 10.09.2015 «О ведении мониторинга смертности» в части внесения медицинского свидетельства о смерти в РМИС в день смерти... Свидетельства о смерти выдавать сформированные в РМИС.

Федеральный закон от 21.11.2010 № 323-Ф3 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», статья 67. Проведение патолого-анатомических вскрытий



# Алгоритм действий в случае смерти ВИЧ-инфицированного пациента

- 1. Подача экстренного извещения о смерти больного от ВИЧ инфекции в ГБУЗ ИОЦ СПИД (согласно распоряжению МЗ ИО от 12.11.2013 №1841/1-мр), в том числе и для согласования предварительной формулировки диагноза
- 2. Подача извещения о смерти больного ВИЧ инфекцией в ГБУЗ ИОЦ СПИД (согласно приложению 15 к приказу МЗ ИО от 17.08.09 №1027
  - Обеспечение аутопсии (вскрытия) *Обязательность* аутопсии **каждого случая** смерти при инфекционном заболевании указана в Ф3-323 от 21.11.11 Ответственность за контроль этого показателя **лежит на руководителе медицинской организации**
  - аутопсии- Посмертное уточнение/изменение диагноза с учетом результатов
- 3. Ежемесячная сверка по умершим (передача информации): не позднее 5 числа следующего месяца за отчетным.

## Нарушение сроков подачи извещения:

- 1. Вероятность некорректного окончательного диагноза.
  - Диагноз: СПИД выставляется строго при наличии СПИД-индикаторных заболеваний (28 нозологий) с обязательным лабораторным подтверждением ВИЧ, при тяжелом иммунодеффиците.
- 2. Страдает достоверность статистических данных по количеству лиц живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ) и численности диспансерной группы.

Данные с ИРКСТАТ не позволяют проанализировать показатель смертности от СПИД, смертности от других причин – только от ВИЧ и доступны с задержкой через 1-1,5 месяцев после окончания срока выставления окончательного патологоанатомического диагноза.

## Необходимо



Обеспечить выполнение распоряжения министерства здравоохранения Иркутской области №1841/1-мр от 12 ноября 2013 года «О мониторинге причин смерти по отдельным группам заболеваний».

С целью правильного кодирования причин смерти у ВИЧ инфицированных пациентов, привлекать для консультативной помощи врачей-инфекционистов проводить согласование причины смерти - ВИЧ инфекции в качестве основного диагноза в день оформления посмертного эпикриза с ГБУЗ «ИОЦ СПИД».

**Обеспечить правильность постановки диагноза СПИД** у умерших ВИЧ инфицированных пациентов. Диагноз: СПИД выставляется при наличии индикаторных заболеваний (28 нозологий с обязательным лабораторным подтверждением), уровня CD4лифмоцитов менее 200 клеток/мкл крови.

Обеспечить правильность заполнения «Извещения о смерти» пациента с ВИЧ инфекцией. Все пункты извещения должны быть заполнены.

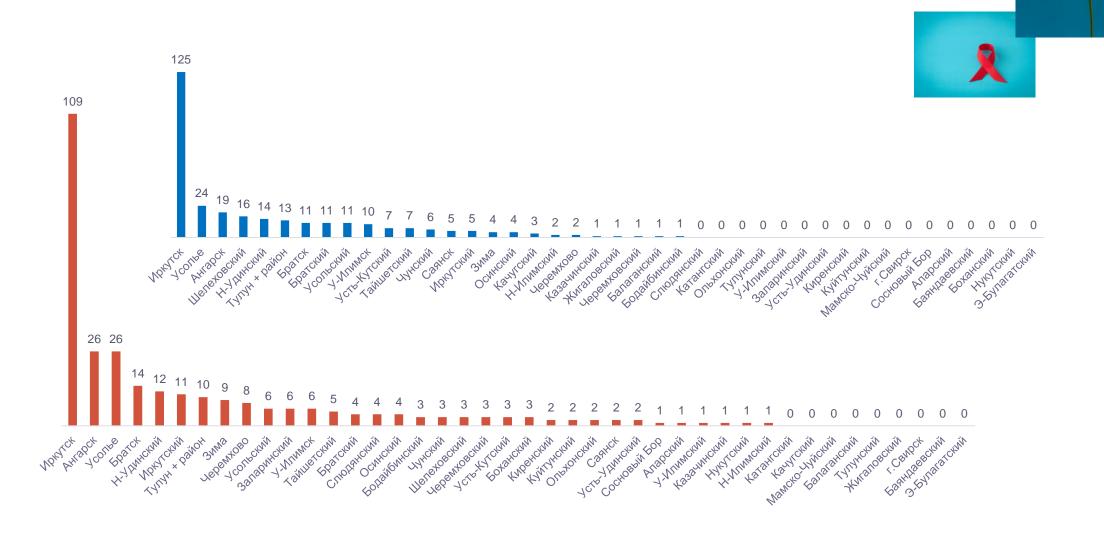
## Результаты сверки за I квартал

| НАИМЕНОВАНИЕ       | Умерло всего /своевременно  |                     |                      |  |  |
|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|--|--|
| ТЕРРИТОРИИ         | не подано извещений         |                     |                      |  |  |
|                    | /CE                         | виде                | тельств о смерти / % |  |  |
|                    |                             | пода                |                      |  |  |
| Усть-Илимская ГП 1 | 8                           | 2                   | 25%                  |  |  |
| Саянск             | 9                           | 4                   | 44%                  |  |  |
| Братск №3          | 27                          | 10                  | 37%                  |  |  |
| "Ангарская         | 1                           | 1                   | 100%                 |  |  |
| городская БСМП"    |                             |                     |                      |  |  |
| ИОПБ № 2           | 3                           | 3                   | 100%                 |  |  |
| «КГВВ»             | 1                           | 1                   | 100%                 |  |  |
| «ИОИКБ»            | 7                           | 2                   | 28%                  |  |  |
| ИГБ №5             | 4                           | 3                   | 75%                  |  |  |
| ОБ№2               | 5                           | 1                   | 20%                  |  |  |
| ИГКБ №3            | 3                           | 2                   | 67%                  |  |  |
| "МЕДСАНЧАСТЬ       | 3                           | 1                   | 3%                   |  |  |
| ИАПО"              |                             |                     |                      |  |  |
| «Качугская РБ»     | 3                           | 3                   | 100%                 |  |  |
|                    | 11                          | 4                   | 36% (прим.:          |  |  |
| игкь 9             | сведения о смерти взяты при |                     |                      |  |  |
|                    | сверке с ЗАГС извещения о   |                     |                      |  |  |
|                    |                             | смерти прилагаются) |                      |  |  |
|                    |                             |                     | ,                    |  |  |

| Пол      | пное наименование организации        |
|----------|--------------------------------------|
| ОГАУЗ І  | Лркутская медико-санитарная часть 2  |
| ОГБУЗ "І | Иркутская ГКБ № 3 "                  |
| ОГБУЗ "І | Лркутская городская поликлиника  4"  |
| ОГАУЗ "І | Иркутская ГКБ № 10"                  |
| ОГБУЗ "І | Лркутская городская поликлиника №17" |
| ОГБУЗ "/ | Аларская районная больница"          |
| ОГАУЗ "/ | Ангарская городская больница № 1"    |
| ОГБУЗ "І | Балаганская районная больница"       |
| ОГБУЗ "І | Баяндаевская районная больница"      |
| ОГБУЗ" І | Районная больница г. Бодайбо"        |
| ОГАУЗ "І | Братская городская больница № 1"     |
|          |                                      |
| ОГАУЗ "І | Братская городская больница №5"      |

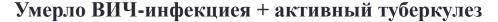
| ОГБУЗ «Зиминская городская больница»                |
|---|
| ОГБУЗ "Казачинско-Ленская районная больница"        |
| ОГБУЗ "Катангская районная больница"                |
|   |
| ОГБУЗ "Куйтунская районная больница"                |
| ОГБУЗ "Районная больница п. Мама"                   |
| ОГБУЗ "Нижнеудинская районная больница"             |
| ОГБУЗ "Нукутская районная больница"                 |
| ОГБУЗ "Ольхонская районная больница"                |
| ОГБУЗ "Слюдянская районная больница"                |
| ОГБУЗ "Тайшетская районная больница"                |
| ОГБУЗ "Усольская городская больница"                |
| ОГБУЗ "Усть-Илимская городская детская поликлиника" |
| ОГБУЗ "Усть-Илимская городская поликлиника № 1"     |
| ОГБУЗ "Усть-Кутская районная больница"              |
| ОГБУЗ "Усть-Удинская районная больница"             |
| ОГБУЗ "Чунская районная больница"                   |

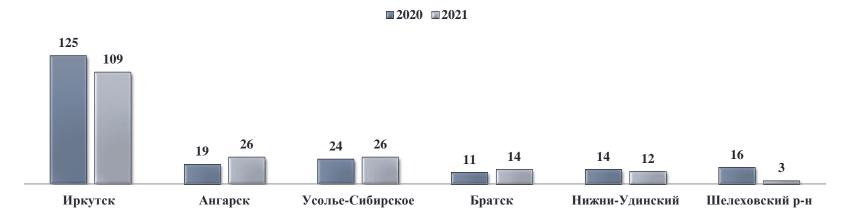
Абсолютное количество умерших за 2020-21 г. контингентов больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией



Неблагополучные районы по эпидемиологической обстановке связанной со смертностью больных контингентов туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, а так же по охвату химиопрофилактики пациентов состоящих на Д-учете с CD4 < 350 кл/мкл:







Необходимо внимание и контроль по соблюдению и усилению противотуберкулезных мероприятий у пациентов с ВИЧ-инфекцией, обеспечение рентгенологическим обследованием, своевременное выявления туберкулеза и назначения ХП туберкулеза.

### ФТИЗИАТР должен:







- 1. Провести скрининговое обследование на туберкулез:
  - проба с Рекомбинантным туберкулезным аллергеном (Диаскинтест) 1 раз в 6 месяцев
  - ФЛГ или Р-ОГК 1 раз в 6 месяцев (154)
- 2. Информировать пациентов с ВИЧ-инфекцией, их родственников и близких (при согласии больных) об особенностях туберкулеза при иммунодефиците, мерах его профилактики;
- 3. Назначить курс превентивной терапии туберкулеза (химиопрофилактики туберкулеза)
- 4. Мотивировать больных на выполнение рекомендаций;
- 5. При подозрении на туберкулез направить в ОГБУЗ ИОКТБ для дообследования. Приказ МЗ ИО от 05.03.2013 г. № 27-мпр «О порядке направления пациентов в противотуберкулезные учреждения здравоохранения в Иркутской области»

### НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ:



Федеральные клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых», 2020 г.

Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых», 2022 г.

СанПиН 3.3686-21 Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней от 28 января 2021 г. N 4, вступил в действие с 01.09.2021 г.

Приказ № 7-мпр от 24. 01. 2014 г. «Об организации оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией медицинских организациях Иркутской области»

Распоряжение № 154-мр от 30.01.2014г. «Об организации работы ВИЧ-инфекции»

Инструкция по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией. Москва 2016 г.

(в 2022 г. планируются изменения)

#### Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых», 2022 г.

#### ВАРИАНТЫ РЕЖИМОВ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Рекомендуется **проводить химиопрофилактику туберкулеза пациентам с ВИЧ-инфекцией при первичном установлении диагноза ВИЧ-инфекции**.

Рекомендуется пациентов с ВИЧ-инфекцией в начале диспансерного наблюдения тестировать на наличие латентной туберкулезной инфекции (диаскинтест).

Рекомендуется всем пациентам с ВИЧ-инфекцией и ТБ назначать антиретровирусную терапию (АРТ) в течение 2 недель от момента начала противотуберкулезной терапии вне зависимости от количества CD4+-лимфоцитов. Пациентам с туберкулезным менингитом на фоне ВИЧ-инфекции начало АРТ рекомендовано отложить минимум на 4 недели (но начать в течение восьми недель) после начала лечения туберкулезного менингита.



#### Режимы химиопрофилактики туберкулеза

- 1. Монотерапия изониазидом\*\* 6 или 9 мес. ежедневно (6H, 9H)
- 2. Рифампицин 4 мес. ежедневно (4R)
- 3. Рифампицин + изониазид 3 мес. ежедневно (3HR)
- 4. Рифапентин + изониазид 3 месяца 1 раз в неделю (12 доз), 3НР
- 5. Рифапентин + изониазид 1 месяц ежедневно (28 доз), 1НР
- 6. Левофлоксацин 6 мес. ежедневно (химиопрофилактика для лиц из контакта с МЛУ ТБ).

# Цели для фтизиатров



- Назначение превентивного лечения всем группам риска (максимальный охват);
- Снижение числа отказов от проведения курса профилактики туберкулеза;
- Контроль за лечением и обратная связь от пациентов и инфекционистов;
- Повышение охвата обследования на туберкулез диспансерных пациентов;
  - проба с Рекомбинантным туберкулезным аллергеном (Диаскинтест) 1 раз в 6 месяцев
  - ФЛГ или Р-ОГК 1 раз в 6 месяцев
- Своевременное выявление случаев туберкулеза;
- Снижение смертности от ВИЧ+ТУБЕРКУЛЕЗ
- Правильно рассчитать заявку на 2022 г. для Превентивного курса профилактики туберкулеза
  (ХП ТБ), с учетом остатков, Д-группы, низкоклеточных и вновь выявленных.

## Оформление стартов:

- Несоответствие диагнозов классификации МКБ, некорректная формулировка диагноза и стадии заболевания :
- Не указана сопутствующая патология (большинство территорий);
- Отсутствуют антропометрические данные (вес рост, ИМТ);
- Не определяются HLA B5701, СКФ (большинство территорий);
- Отсутствуют консультации узких специалистов (фтизиатр!), инструментальных методов исследования (терапевт у лиц старше 60+ и при изменениях в ЭКГ)
- Отсутствует информация о назначении ХП ОИ, по ХП ПТП
- Отсутствует информация по приверженности пациента лечению: заключение психолога или психиатра, если есть
- Необоснованно выставляется диагноз ХВГС, только на основании ИФА (+) на IgG к HCV;
  отсутствует обследование на генотип, ВН, степень фиброза (эластография, при невозможности сывороточные тесты);
- Недостаточное обоснование изменения схемы АРТ (н-р, желание пациента)
- Недостаточная работа с базой Интермед:
- - нет прикрепления к МО;
- - не корректируется диагноз, не совпадает диагноз в Интермед и СТАРТе
- - отсутствуют сопутствующие диагнозы (особенно гепатиты!)

## Заявки на АРВП

#### Замечания по заявкам:

- Указаны «старые схемы», которые были изменены и уже закрыты;
- Включают схемы на пациентов: умерших, находящихся во ФСИН;
- Закрытые схемы (по причине длительного отсутствия рецептов) открывают самостоятельно, без оформления стартов, в рубриках терапия для беременных, ХП ОИ.
- «Проблемные территории»: Ангарск, Бохан, Тайшет.

#### Мероприятия:

- Внимательное заполнение заявок на АРВП;
- Ежемесячный отчет по выбытию АРВП препаратов в случае их списания, предоставление информации по сроковым ЛП;

• APBП для доконтактной и постконтактной профилактики доступны в аптеках (не для ВИЧ-инфицированных);



# Приоритеты в Д-наблюдении



- Полноценная диспансеризация с особым вниманием «низкоклеточным» и поздновыявленным!
- Поиск пациентов, не вставших на ДУ и потерявшихся.
- Повышение охвата диспансеризацией впервые выявленных пациентов.
- Своевременная госпитализация
- Контроль выполнения основных показателей Д-наблюдения: определение ВН и CD4, ФЛГ. даже если нет регистрации!
- Охват АРТ + работа по приверженности к АРТ.
- Своевременная передача информации по умершим. Ежемесячная сверка по умершим, не позднее 5 числа следующего месяца за отчетным;
- Согласование формулировок диагнозов по умершим



Чапыгина Юлия Анатольевна тел. 89148725507