

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ДЕТЯМ В ДОШКОЛЬНЫХ И ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

unicef 
Детский Фонд ООН



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

unicef 
Детский Фонд ООН

**Организация медицинской и психологической помощи ВИЧ-инфицированным
детям в детских дошкольных и общеобразовательных учреждениях.
Методические рекомендации**

Авторы: Ждановская О.М., Рысеев А.В., Сергеенко С.В., Мелешко Л.А., Романовец Г.С.

Рецензенты: заведующая кафедрой инфекционных болезней БелМАПО,
доктор медицинских наук, профессор Ключарева А.А.;
главный инспектор управления социальной и воспитательной работы
Министерства образования Республики Беларусь,
кандидат психологических наук, доцент Сизанов А.Н.

Методические рекомендации разработаны на основании современных данных о принципах медицинской помощи детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, а также методах психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных детей и подростков в учреждениях образования.

Предназначены для медицинского и педагогического персонала детских дошкольных и общеобразовательных учреждений.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения и Министерством образования Республики Беларусь в качестве официального документа.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Вступление	4
2. Пути передачи ВИЧ-инфекции	5
3. Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку	5
4. Особенности диагностики ВИЧ-инфекции у детей	6
5. Особенности развития ВИЧ-инфекции у детей	7
6. Диспансерное наблюдение	9
7. Принципы оказания медицинской помощи ВИЧ-экспонированным/инфицированным детям	11
8. Организация пребывания ВИЧ-инфицированных/экспонированных детей в организованных коллективах	12
9. Противоэпидемический режим в детских коллективах, где находятся ВИЧ-инфицированные дети.	13
10. Обучение и психологическая поддержка	16
11. Правовые аспекты и социальная защита	19
12. Приложения: Классификация ВИЧ- инфекции у детей	20
Группы антиретровирусных препаратов.	23
13. Сокращения	24
14. Литература	24

1. ВСТУПЛЕНИЕ

Эпидемия ВИЧ/СПИДа – увеличивающаяся угроза для детского населения. Почти 3 миллиона детей инфицированы вирусом иммунодефицита человека или больны СПИДом. Более 14 миллионов детей в возрасте до 15 лет потеряли одного или обоих родителей в результате эпидемии ВИЧ-инфекции.

К 2010 году в мире число сирот, у которых один или оба родителя умрут от СПИДа, превысит 25 миллионов. Но это лишь часть детей, в чьей жизни наступят необратимые изменения из-за последствий эпидемии, отразившиеся на их семьях, а также на системах образования, здравоохранения и социального обеспечения, региональной и национальной экономике. Учитывая темпы распространения ВИЧ-инфекции во многих регионах мира, можно предположить, что этот кризис будет продолжаться десятилетия даже при условии расширения программ лечения и профилактики.

Признавая важность проблемы, Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по проблемам ВИЧ/СПИДа, состоявшаяся в июне 2001 года, привлекла внимание лидеров государств к необходимости преодоления кризиса, вызванного ВИЧ/СПИДом. В долгосрочной программе действий по оказанию помощи все возрастающему числу сирот и социально уязвимых детей были определены цели на период до 2005 года. Государства-члены ООН в сотрудничестве с партнерскими организациями обязуются:

- *к 2003 году разработать и к 2005 году осуществить национальную политику и стратегии для: создания и расширения возможностей правительств, семей и сообществ по предоставлению помощи сиротам и детям, затронутым проблемой ВИЧ/СПИДа, в том числе путем оказания надлежащей консультативной и психосоциальной поддержки; защиты сирот и уязвимых детей от всех форм эксплуатации, насилия и дискриминации;*
- *обеспечить полное и равное осуществление всех прав человека посредством пропаганды активной политики реабилитации в глазах общественности детей, ставших сиротами и попавших в уязвимое положение из-за ВИЧ/СПИДа;*

В мае 2002 года Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН «Мир, пригодный для жизни детей» подтвердила решение Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2001 года относительно задач, касающихся помощи детям, пострадавшим от эпидемии ВИЧ/СПИДа.

В Республике Беларусь существуют реальные предпосылки для увеличения количества ВИЧ-инфицированных людей, в т.ч. детей. Учитывая особенности развития эпидемической ситуации можно предполагать, что в ближайшие годы ВИЧ-инфекция будет достаточно активно распространяться среди гетеросексуального населения, и наиболее уязвимой группой станут женщины репродуктивного возраста. Как следствие увеличится количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. В связи с этим наибольшую актуальность приобретут вопросы оказания не только качественной медицинской помощи, но создание условий, обеспечивающих возможности для полноценного развития, обучения и социальной адаптации детей с ВИЧ-инфекцией.

2. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Заражение вирусом иммунодефицита человека может произойти тремя путями:

- половым;
- парентеральным (через кровь);
- вертикальным (от ВИЧ-инфицированной матери ребенку).

При всех видах половых контактов существует риск передачи ВИЧ-инфекции. Степень риска зависит от ряда факторов, таких как: принадлежность полового партнера к уязвимой группе, т.е. вероятность того, что половой партнер инфицирован; вид полового контакта; стадия заболевания инфицированного партнера; наличие инфекций, передающихся половым путем и др.

Кровь инфицированного человека содержит большое количество вируса и является чрезвычайно опасной при попадании ее непосредственно в кровоток другого человека. Самый высокий риск существует при переливании зараженной донорской крови. Вирус также может передаваться через кровепродукты, т.е. отдельные элементы крови, не прошедшие обработку (например, VIII фактор свертываемости крови). Велик риск инфицирования при использовании загрязненных ВИЧ шприцев, медицинского и другого инструментария.

Передачи вируса иммунодефицита человека от матери ребенку может происходить во время беременности – трансплацентарно; в родах – при контакте с инфицированной кровью матери, а также при вскармливании грудным молоком ВИЧ-инфицированной женщины.

ВИЧ-инфекция не передается при бытовых контактах – при пребывании в одном помещении, при приеме пищи, пользовании общей посудой и предметами. ВИЧ-инфекцией нельзя заразиться во время рукопожатий, объятий, чихании и кашле, а также при укусах насекомых и животных.

3. ПЕРЕДАЧА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Риск передачи инфекции ребенку от ВИЧ-инфицированной матери составляет 25–30%. Если ВИЧ-инфицированная женщина во время беременности и родов получала профилактическое лечение противовирусными препаратами, и эти же препараты принимал новорожденный, то передача вируса происходит реже, приблизительно в 2–5% случаев, и вероятность того, что ребенок здоров, значительно увеличивается.

Медикаментозное снижение риска инфицирования достигается назначением антиретровирусного препарата азидотимидина (зидовудина, тимазида, ретровира) беременным ВИЧ-инфицированным женщинам начиная с 14–36 недель беременности и в период родов. Новорожденному этот же препарат назначается в виде сиропа на протяжении первых 6 недель жизни.

В том случае, когда невозможно проведение превентивного лечения с помощью азидотимидина, проводится экстренная медикаментозная профилактика невирапином путем однократного приема этого препарата женщиной и новорожденным. Кроме того, схемы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку могут включать комбинации нескольких антиретровирусных препаратов.

С целью уменьшения риска инфицирования ребенка во время родов родоразрешение рекомендуется проводить путем операции кесарева сечения. Вскармливание новорожденных с момента рождения осуществляется молочными адаптированными смесями.

4. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Лабораторное и клиническое подтверждение ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, затруднительно, особенно в первые месяцы после рождения. Это связано с пассивной трансплацентарной передачей материнских антител к ВИЧ от инфицированной матери и нахождением их в организме ребенка в течение 9–18 месяцев после рождения. В связи с этим обследование детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, проводятся неоднократно, и установление точного диагноза у ребенка требует длительного времени и продолжительного врачебного наблюдения.

В диагностике ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, используются следующие методы:

- молекулярно-биологический (качественная ПЦР ДНК-ВИЧ). Обследование ребенка проводят в 2- и 4-месячном возрасте;
- серологические (определение антител к ВИЧ в иммуноферментном анализе - ИФА и иммунном блоттинге – ИБ). Тестирование детей проводят в возрасте 6, 12 месяцев и старше 18 месяцев.

Наиболее эффективным методом для определения ВИЧ-инфекции у ребенка является полимеразная цепная реакция (ПЦР ДНК-ВИЧ). Анализ позволяет выявить генетический материал вируса даже в начальный период заболевания. Это особенно важно в случае вертикальной трансмиссии, когда материнские антитела в крови ребенка до 18-месячного возраста присутствуют обязательно. Используя метод ПЦР диагностики, определить, инфицирован или нет ребенок ВИЧ, можно в течение первого года его жизни.

Если проведение диагностики методом ПЦР недоступно, обследование детей проводят серологическими методами (ИФА, ИБ). В этом случае время определения ВИЧ-статуса ребенка увеличивается до полутора лет.

Имуноферментный анализ (ИФА) является первым, скринирующим этапом обследования. Он позволяет определить в сыворотке крови суммарные антитела к ВИЧ. Если результат в ИФА положительный, на этапе экспертной диагностики осуществляется исследование сыворотки крови с помощью метода иммуноблота, позволяющего установить наличие антител к индивидуальным белкам вируса.

По международным критериям диагноз ВИЧ-инфекции у детей считается подтвержденным, если:

- ребенок младше 18 месяцев имеет положительные результаты в качественной ПЦР ВИЧ как минимум в двух пробах крови (исключая пуповинную), взятых в разное время;
- ребенок старше 18 месяцев имеет антитела к ВИЧ в ИФА и ИБ не менее, чем в двух исследованиях крови;
- ребенок имеет подтвержденное СПИД-индикаторное заболевание по классификации, предложенной Центром по контролю за заболеваемостью (СДС, США, 1994 год).

К ВИЧ-экспонированным (с неустановленным статусом) относят детей:

- родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей и имеющих неопределенный инфекционный статус (не обследован в должном объеме, результаты

тестирования сомнительны и т.д.);

- младше 18 месяцев с положительными результатами исследования на ВИЧ в ИФА и ИБ.

Вне зависимости от используемого метода диагностики, получение двух отрицательных результатов анализов в установленные сроки дает возможность расценивать ребенка как ВИЧ-отрицательного.

5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – это вирус, который, проникнув в организм человека, постепенно истощает иммунную систему. Иммунная система отвечает за защиту организма от инфекционных агентов, таких как бактерии, вирусы и простейшие. Она также играет значительную роль в предотвращении образования опухолей. Вирус иммунодефицита человека относится к группе «медленных вирусов». Это обуславливает медленное развитие ВИЧ-инфекции, в течение длительного времени самочувствие инфицированного человека может существенно не изменяться.

ВИЧ-инфекция в своем развитии проходит несколько последовательных стадий. Последняя стадия называется синдромом приобретенного иммунодефицита или СПИД. Эта стадия проявляется совокупностью симптомов и заболеваний, вызванных существенными нарушениями иммунной системы. В их числе инфекции, которые не представляют угрозы для человека с нормально работающей иммунной системой.

Критериями определения стадии ВИЧ-инфекции, помимо клинической симптоматики, являются два показателя

1. Количество CD4 Т-лимфоцитов в одном кубическом миллиметре (мм³) крови. Количество CD4, характеризующая иммунный ответ, позволяет судить о глубине иммуносупрессии, прогнозировать развитие тех или иных вторичных заболеваний, а также помогает определить потребность в антиретровирусной терапии

2. «Вирусная нагрузка» отражает количество свободных частиц (копий) вируса, циркулирующих в крови. Тест на вирусную нагрузку основан на методе полимеразной цепной реакции (ПЦР) и измеряет количество копий РНК вируса в одном миллилитре крови. Регулярное определение количества CD4 и вирусной нагрузки позволяет вовремя начать противовирусное лечение и профилактику оппортунистических инфекций.

Оппортунистические инфекции – это инфекции, которые, как правило, не встречаются у людей со здоровой иммунной системой, но могут вызывать серьезные проблемы у ВИЧ-положительных людей с низким количеством CD4. Примерами оппортунистических инфекций являются пневмоцистная пневмония, туберкулез, токсоплазмоз, инфекции, вызванные цитомегаловирусом (ЦМВ) и вирусом простого герпеса, грибковые и бактериальные инфекции.

Латентный (бессимптомный) период у ВИЧ-инфицированных детей при перинатальном инфицировании бывает коротким. Первые признаки болезни у большинства детей проявляются в 3–9 мес. На ранних этапах заболевания для детей характерны медленные темпы физического развития, плохая прибавка массы тела и роста, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. При перинатальном заражении ВИЧ-инфекцией у 14–25% детей клиника СПИДа начинается остро на первом году жизни с повышения температуры тела, увеличения лимфоузлов, гепатоспленомегалии, диареи, геморрагического синдрома, поражения легких, неврологической симптоматики. В среднем до 4 лет у 54% инфицированных детей диагностируется СПИД. Тем не менее, у ряда детей клинические проявления СПИДа развиваются медленно в течение нескольких лет. У некоторых

инфицированных детей симптомы болезни не наблюдаются в течение 8-10 лет.

Для определения стадии заболевания, а следовательно, тактики диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми, предложены различные классификации ВИЧ-инфекции. В Республике Беларусь приказом Министерства здравоохранения № 147 от 05.09.2003 г. «Об утверждении перечня документов по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям» предусмотрено использование классификации CDC 1994 года (Центр по контролю за заболеваниями, США) и ВОЗ, 1994 года (Приложение 1).

Проявления ВИЧ-инфекции у детей

Проявления	Критерии
Персистирующая генерализованная лимфаденопатия	Один или более узлов имеют размеры более 0,5 см в двух группах или билатерально в одной группе, существуют 3 мес. и более (особенно значимы лимфоузлы подмышечной ямки)
Персистирующий или рецидивирующий оральный кандидоз	Длится 2 мес. и более или рецидивирует после курса лечения
Персистирующая гепатомегалия	Увеличение печени, регистрируемое 3 мес. и более
Персистирующая спленомегалия	Увеличение селезенки, регистрируемое 3 мес. и более
Персистирующая диарея	Стул 3 раза в день в течение более 1 мес.
Лихорадка	Температура тела 38°C в течение 1 мес. и более, а также 2 и более эпизодов лихорадки неясной этиологии
Персистирующее увеличение слюнных желез	В течение 3 мес. и более
Тромбоцитопения	Количество тромбоцитов менее 100 000 в 1мкл документировано 2 раза и более
Серьезные бактериальные инфекции	2 и более эпизодов обострения или хронизации инфекции (более 30 дней, независимо от терапии)
Отставание в развитии	Прогрессирующая гипотрофия, энцефалопатия
Кардиомиопатия	Симптомы сердечной недостаточности и/или патология при эхокардиографии
Нефропатия	Нефротический синдром (протеинурия, гипоальбуминемия)
Эмбриофетопатия (неспецифична)	Задержка внутриутробного развития по диспластическому типу, микроцефалия, черепно-лицевой дисморфизм

Специфическая антиретровирусная многокомпонентная терапия уменьшает вирусную нагрузку (количество вируса в крови), что приводит к увеличению числа CD4 Т-лимфоцитов, улучшению иммунного ответа организма и снижает вероятность развития оппортунистических заболеваний.

6. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 147 от 05.09.2003 г. «Об утверждении перечня документов по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям» диспансерное наблюдение за ВИЧ-экспонированными/инфицированными детьми осуществляется на базе детских территориальных поликлиник (консультаций) врачами-инфекционистами или при их отсутствии участковыми педиатрами. При организации диспансерного наблюдения строго выполняются принципы конфиденциальности и сохранения тайны диагноза.

Выделяют две группы диспансерного наблюдения:

1. Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями с неустановленным ВИЧ-статусом (ВИЧ-экспонированные дети).

Первичный клинический осмотр и лабораторные исследования проводятся в родильном доме. Затем диспансерное наблюдение осуществляется участковым педиатром или детским инфекционистом, обязательны осмотры ребенка в возрасте до года каждые 3 месяца, затем в 18 мес. и 24 месяца. В ходе диспансерного наблюдения проводится оценка объективного статуса, физического и нервно-психического развития ребенка, а также лабораторные и инструментальные исследования.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, биохимический анализ крови (билирубин, АлТ, ЩФ, протеинограмма);
- анализ мочи (при каждом осмотре);
- УЗИ органов брюшной полости в 6 и 18 месяцев;
- ЭКГ в возрасте от 1–3 месяцев, затем 1 раз в год планово, по показаниям – ЭХО-кардиография;
- диагностика ВИЧ-инфекции проводится методом качественной ПЦР-ВИЧ в 2- и 4-месячном возрасте. При отсутствии возможности проведения ПЦР диагностики определение ВИЧ-статуса ребенка проводится серологическими методами: определение антител к ВИЧ в ИФА с подтверждением в ИБ в возрасте 6 месяцев, 12 месяцев, 18 месяцев.

Осуществляется контроль за проведением искусственного вскармливания ребенка.

2. ВИЧ-инфицированные дети.

2.1 Дети в асимптомной стадии заболевания (категория N) и малосимптомной стадии (клиническая категория A) осматриваются педиатром (детским инфекционистом) 1 раз в 6 месяцев. Обязателен осмотр невропатологом и окулистом.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, биохимический анализ крови (билирубин, АлТ, мочевины, СРБ, протеинограмма, глюкоза крови);
- анализ мочи – 1 раз в 6 месяцев;
- ЭЭГ, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭХО-кардиограмма – 1 раз в 6 месяцев;
- УЗИ/КТ головного мозга, рентгенограмма органов грудной клетки (по показаниям).

Специальные лабораторные исследования:

- иммунограмма (количество CD4 и CD8 лимфоцитов, соотношение CD4+/CD8) – 1 раз в 6 месяцев;
- антитела: IgA; IgM; IgG общие – 1 раз в 6 месяцев;
- ИФА ВИЧ 1 раз в год;
- вирусная нагрузка – по показаниям;
- реакция Манту – 1 раз в год;
- антитела: IgM к токсоплазме, ЦМВ, анти HCV, HbsAg, RW (по показаниям) – 1 раз в год.

Режим для данной группы детей – общий, без ограничения физических нагрузок, диета определяется наличием других заболеваний, не связанных с ВИЧ-инфекцией.

2.2. Дети с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции (клинические категории В, С) подлежат контрольно-диагностическим осмотрам педиатра (детского инфекциониста) 1 раз в 3 месяца, невропатолога и окулиста (глазное дно) – 1 раз в 6 месяцев.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- общий анализ крови, тромбоциты, ретикулоциты, биохимический анализ крови, билирубин, АлТ, ЩФ, мочевины, СРБ, протеинограмма – 1 раз в 3 месяца;
- ЭКГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС – 1 раз в 6 месяцев;
- КТ/УЗИ головного мозга, Р-графия легких по показаниям;
- PO2 капиллярной крови – 1 раз в 3 месяца.

Специальные лабораторные исследования:

- иммунограмма (количество CD4 и CD8 лимфоцитов, соотношение CD4+/CD8) – 1 раз в 6 месяцев;
- титр постпрививочных антител (РПГА с коревым, краснушным антигенами) детям в стадии С – 1 раз в 6 месяцев;
- определение «вирусной нагрузки» – 1 раз в 6 месяцев;
- реакция Манту – 1 раз в год;
- антитела к токсоплазме, ЦМВ, вирусу простого герпеса, анти HCV, HbsAg – 1 раз в 6 месяцев.

Режим для детей с умеренно выраженными симптомами ВИЧ-инфекции щадящий, с ограничением физических нагрузок, лечебная физкультура. Для школьников возможно обучение в домашних условиях. Диета – полноценная, обогащенная витаминами, определяется возрастом и наличием других заболеваний. При составлении диеты для детей, получающих специфическую терапию ВИЧ-инфекции, необходимо учитывать взаимодействие антиретровирусных препаратов, а также некоторых препаратов для лечения оппортунистических инфекций и продуктов питания.

Режим и питание детей, находящихся в стадии СПИД, определяются общим состоянием и сопутствующими заболеваниями.

7. ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫМ / ИНФИЦИРОВАННЫМ ДЕТЯМ

Первичный диагноз ВИЧ-инфекции ребенку выставляется комиссией в составе: заведующего детской поликлиникой, участкового педиатра (врача КИЗа), областного педиатра/сотрудника кафедры медицинского университета. Оформление диагноза ВИЧ-инфекции у детей проводится в соответствии с классификацией CDC 1994 г. или ВОЗ 1994 г. Диагноз «ВИЧ-инфекция» ребенку устанавливается с учетом эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Определяется стадия/категория клинических и иммунологических проявлений, указывается характер клинической манифестации (оппортунистические инфекции, неврологические и онкологические заболевания).

ВИЧ-экспонированные/инфицированные дети в асимптомной и малосимптомной стадиях заболевания (клинические категории N, A, а также в период ремиссии с категорией С) для лечения интеркуррентных заболеваний госпитализируются в лечебные учреждения в зависимости от характера сопутствующей патологии. Экстренная помощь оказывается по общим правилам, с учетом возникшей патологии.

Дети с ВИЧ-инфекцией в стадии В и С госпитализируются в детские отделения территориальных инфекционных больниц (кроме туберкулеза). Для углубленного обследования по индивидуальной программе, проведения симптоматической и стартовой антиретровирусной терапии госпитализируются в детскую инфекционную клиническую больницу.

7.1. Назначение антиретровирусной терапии (АРТ).

Антиретровирусная терапия (АРТ). В настоящее время еще не найдено средство для полного излечения ВИЧ-инфекции, но существуют антиретровирусные препараты, позволяющие улучшить состояние здоровья и намного продлить жизнь ВИЧ-инфицированного человека. Антиретровирусные препараты нарушают цикл размножения вируса и не позволяют ему воспроизводить свои многочисленные копии.

Современные представления об эффективном лечении предусматривают назначение сразу нескольких, как минимум трех, антиретровирусных препаратов. Такое лечение названо комбинированным или высокоактивным (ВААРТ). Оно дает возможность избежать развития резистентности (устойчивости) у вируса к лекарственным средствам и повышать эффективность терапии.

Сегодня на мировом фармацевтическом рынке для лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа представлены препараты 3 групп, в зависимости от их воздействия на ту или иную стадию жизненного цикла ВИЧ (Приложение 2). Кроме того, существуют комбинированные лекарственные средства, включающие в себя несколько антиретровирусных препаратов.

Для определения показаний к началу АРВ-терапии ВИЧ-инфицированные дети госпитализируются в детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска. После определения эффективности проводимой терапии и удовлетворительной её переносимости решается вопрос о проведении дальнейшей терапии амбулаторно под наблюдением участкового педиатра. Клинический и лабораторный мониторинг за амбулаторным этапом АРВ-терапии проводится участковым педиатром или детским инфекционистом.

7.2. Профилактика пневмоцистной пневмонии.

У ВИЧ-экспонированных/инфицированных детей существует высокий риск

развития пневмоцистной пневмонии, особенно на первом году жизни. Проведение профилактики рекомендуется всем ВИЧ-экспонированным детям с 6 недель после рождения (по завершению проведения АЗТ-профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ у новорожденного), или с 5-х суток после рождения (при отсутствии проведения АЗТ-профилактики ребенку) до 6-месячного возраста. В целях профилактики назначается триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК) в дозе 150/750 мг/мл в сутки (или 5/25 мг/кг) внутрь в два приема ежедневно.

Со 2-го полугодия жизни до момента подтверждения или снятия диагноза «ВИЧ-инфекция» рекомендуется назначение бисептола в возрастной дозе при каждом эпизоде респираторной инфекции у ВИЧ-экспонированного ребенка. При обоснованном подозрении на пневмоцистную пневмонию (формирование интерстициальной пневмонии, быстрое нарастание дыхательной недостаточности, соответствующие рентгенологические данные) назначается лечение бисептолом внутривенно по общепринятым схемам.

7.3. Вакцинопрофилактика.

Вакцинация детей с подозрением на перинатальную ВИЧ-инфекцию (ВИЧ-экспонированных) и детей с доказанной ВИЧ-инфекцией в асимптомной и малосимптомной стадиях (клинические категории N и A), а также в стадии умеренных клинических проявлений (категория B) в периоде ремиссии, длящейся не менее 1 месяца, проводится по общим правилам, изложенным в приказе МЗ РБ № 275 от 1 сентября 1999 г. «О дальнейшем совершенствовании календаря профилактических прививок и основных положений об их организации и проведении», включая прививки живыми вакцинами (против туберкулеза, кори, краснухи). Вакцинацию против полиомиелита проводят инактивированной поливалентной вакциной (ИПВ). При снижении титров постпрививочных антител ниже защитного уровня возможно проведение соответствующей дополнительной вакцинации/ревакцинации по индивидуальному календарю.

ВИЧ-инфицированным детям в симптомной стадии заболевания (клиническая категория C, иммунологическая категория 3) противопоказана активная иммунизация всеми видами вакцин. Им проводится пассивная профилактика, предпочтительно в виде инфузий внутривенных поликомпонентных иммуноглобулиновых препаратов, а при их отсутствии – внутримышечными иммуноглобулинами.

8. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕБЫВАНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ / ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Организация учебно-воспитательного процесса для ВИЧ-инфицированных детей и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей предусмотрена в дошкольных, общеобразовательных и детских интернатных учреждениях общего типа (далее – учреждения)

Учитывая, что ВИЧ-инфицированные/экспонированные дети нуждаются в особенной медицинской, психологической и социальной помощи, персонал учреждений обязан предпринять меры по созданию безопасного и благоприятного пребывания каждого ребенка в детском коллективе.

Вопрос о направлении ВИЧ-инфицированного ребенка в учреждения решается

комиссией в составе заведующего детской поликлиникой, детского врача-инфекциониста/педиатра.

Перед направлением ребенка в учреждение (независимо от ведомственной принадлежности) врач-инфекционист/педиатр, эпидемиолог должны провести обучение персонала правилам организации пребывания ВИЧ-инфицированных детей в детских коллективах.

Родителей (опекунов) информируют об особенностях пребывания и медицинских аспектах нахождения их ВИЧ-инфицированного/экспонированного ребенка в детском коллективе.

Информация о ВИЧ-статусе ребенка сообщается из территориальной поликлиники под грифом «ДСП» руководителю детского учреждения, который определяет круг лиц, которым эта информация необходима для исполнения профессиональных обязанностей. Разглашение медицинским работником или другим должностным лицом информации о состоянии здоровья ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, несет за собой ответственность в соответствии с законодательством.

9. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ В ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ, ГДЕ НАХОДЯТСЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ДЕТИ

Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в детских коллективах, где находятся ВИЧ-инфицированные дети, должен соответствовать требованиям нормативных документов. В каждом организованном детском коллективе необходимо обеспечить условия безопасного пребывания детей, исключающие возможность передачи инфекции между детьми и персоналом.

Медицинский работник, обеспечивающий обслуживание детей в учреждении должен ежедневно проводить осмотр ВИЧ-инфицированных детей и, при выявлении у них острых заболеваний, поражений кожи (которые не могут быть закрыты повязкой или заклеены пластырем), необходимо отстранять таких детей от посещения коллектива.

С целью предупреждения заражения через кровь и другие биологические материалы необходимо исполнять требования приказов Минздрава Республики Беларусь № 66 от 20.04.1993 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в Республике Беларусь», № 351 от 16.12.98 г. «Сборник нормативных документов по проблеме ВИЧ/СПИД» и СанГигН 14-46-96 с изменениями и дополнениями от 20 декабря 2002 года «Санитарные правила и нормы устройства, содержания и организации учебно-воспитательного процесса общеобразовательных учреждений».

Медицинские кабинеты детских коллективов должны быть обеспечены одноразовым инструментарием (шприцы, иглы, скарификаторы и т.д.) и дезинфектантами в достаточном количестве. Все медицинские манипуляции должны выполняться при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. Детские группы или классы, где находятся ВИЧ-инфицированные/экспонированные дети, должны быть оснащены аптечками для оказания помощи при ситуациях, связанных с контактом с кровью.

Персонал детских учреждений, в которых находятся дети как с подтвержденной ВИЧ-инфекцией, так и с неизвестным ВИЧ-статусом, должен быть обучен навыкам ухода за детьми и правилам оказания помощи при аварийных ситуациях. Аварийная ситуация – это контакт раневой поверхности, кожи или слизистой неинфицированного человека с биологическими жидкостями (кровь), содержащими ВИЧ.

Персонал детских учреждений, обеспечивающий уход за ВИЧ-инфицированными/экспонированными детьми в тех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими жидкостями инфицированного ребенка, должен использовать латексные перчатки.

Неповрежденная кожа является преградой для ВИЧ и других вирусов и бактерий. Если кровь попала на неповрежденную кожу или кожу с небольшими повреждениями, необходимо выдавить кровь из ранки, обработать место загрязнения одним из дезинфектантов (70% раствором спирта, 3% раствором перекиси водорода, 5% раствором йода), промыть водой и повторно обработать спиртом. При повреждениях кожи у персонала или у ребенка, дефекты кожи должны быть закрыты водонепроницаемым пластырем, чтобы избежать взаимного обмена инфекционными возбудителями.

При попадании крови на слизистые оболочки глаз необходимо промыть водой и закапать 20-30% раствором альбумида, если кровь попала в рот – прополоскать 70% раствором этилового спирта, в полость носа – обработать 20–30% раствором альбумида. В том случае, если после контакта с кровью ВИЧ-инфицированного, проведены все мероприятия, риск инфицирования минимален.

При аварийных ситуациях, связанных с попаданием большого количества крови или биологических жидкостей, содержащих ВИЧ, на раневую поверхность или слизистые неинфицированного человека, предусмотрено проведение медикаментозной профилактики заражения с использованием антиретровирусного препарата азидотимидина (АЗТ).

Прием АЗТ следует начать в течение 24 часов после аварии, предпочтительно через 1–2 часа. Препарат назначается по 200 мг каждые четыре часа в течение первых 3-х дней, затем по 200 мг каждые шесть часов в течение 25 дней. Для определения ВИЧ-статуса пострадавшего лица его обследуют на ВИЧ-инфекцию перед началом профилактики, затем обследование повторяется через 6 месяцев с целью подтверждения отсутствия или наличия сероконверсии.

При организации противоэпидемических мероприятий необходимо учитывать устойчивость вируса иммунодефицита человека в окружающей среде:

- в крови на предметах внешней среды вирус сохраняет заразную способность до 14 дней, в высушенных субстратах – до 7 суток;
- ВИЧ высокочувствителен к нагреванию. При воздействии температуры + 56°C в течение 10 минут инфекционность ВИЧ снижается, а в течение 30 минут достигается его полная инактивация. При температуре 100°C вирус погибает в течение 1 минуты;
- вирус устойчив к воздействию ультрафиолетового и гамма-излучения в дозах, обычно применяемых для стерилизации;
- хлорсодержащие дезинфектанты, используемые в лечебно-профилактических и детских учреждениях, приемлемы для инактивации вируса.

Аптечка для оказания помощи при аварийных ситуациях должна содержать:

- латексные перчатки;
- 5% раствор йода;
- 3% раствор перекиси водорода;
- 70% раствор этилового спирта;
- бактерицидный пластырь, бинт, вату;
- стерильные марлевые салфетки.

ВИЧ-инфицированные дети уязвимы к инфекционным заболеваниям, заражение которыми может произойти через пищу, воду, окружающую среду, от животных и больных людей.

Ограничение контакта с больными людьми.

Больной любым инфекционным заболеванием не может обеспечивать уход за ВИЧ-инфицированным ребенком или ребенком с неустановленным ВИЧ-статусом. Ребенок не должен вступать в контакт с больными респираторными и вирусными инфекциями, следует ограничить посещение общественных мест во время сезонных подъемов заболеваемости (эпидемии гриппа).

Профилактика инфекций, которые передаются с пищей и водой.

В соответствии с установленными санитарными правилами:

- 1) в учреждениях образования всех типов запрещено изготовление продуктов, перечень которых определен СанПиН 14-46-96 «Устройство, содержание и организация учебно-воспитательного процесса в общеобразовательных учреждениях»;
- 2) запрещено использование остатков пищи от предыдущего приема, а также пищи, приготовленной накануне;
- 3) сроки хранения и реализации скоро- и особо скоропортящихся продуктов должны соответствовать СанПиН 42-123-4117-86 «Условия, сроки хранения особо скоропортящихся продуктов», ГОСТам на продукты и инструкциям по их хранению;
- 4) сырое мясо, рыба, молочные и гастрономические продукты, овощи должны храниться отдельно со строгим соблюдением товарного соседства. Для их обработки необходимо использовать отдельные промаркированные доски, ножи, посуду. Руки и кухонную посуду после контакта с сырыми продуктами необходимо тщательно мыть;
- 5) допускается использование только кипяченой или бутилированной воды;
- 6) сырые овощи и фрукты необходимо тщательно мыть и ошпаривать перед употреблением и приготовлением блюд из них. В период выраженной иммуносупрессии у ВИЧ-инфицированных детей рекомендуется употреблять только термически обработанные овощи и фрукты.

ВИЧ-инфицированным детям следует избегать купания в водоемах без проточной воды, поскольку возможно заражение ребенка какой-либо инфекцией в результате случайного заглатывания воды.

Общение с животными, птицами.

Общение с домашними животными может быть опасным из-за возможности заражения болезнетворными микробами, гельминтами, простейшими при несоблюдении правил гигиены.

- Не привлекайте ВИЧ-инфицированного ребенка к чистке клеток, аквариумов и т.д. Ребенок должен мыть руки после каждого контакта с животным.
- Следует избегать игр, которые могут привести к оцарапыванию или укусу животным. Если это произошло, место укуса или оцарапывания необходимо тщательно промыть и обработать дезинфектантом (3% раствором перекиси водорода, 5% раствором йода).
- Необходимо исключить контакт ребенка с больными животными, домашними птицами, рептилиями.

Для поддержания здоровья детей при ВИЧ-инфекции необходимо своевременно прививать им гигиенические навыки.

10. ОБУЧЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

10.1. Организация психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных детей и подростков в учреждениях образования

Для сохранения и укрепления здоровья детей в учреждениях образования необходима научно-обоснованная система мер, направленная на улучшение медицинского, психологического и педагогического сопровождения ребенка в развивающей образовательной среде. Основной целью дошкольного образования является развитие ребенка, в том числе и ВИЧ-позитивного, в соответствии с потенциальными возрастными возможностями и спецификой детского возраста как самоценного периода жизни.

Среди основных функций дошкольного образования в целостной системе образования можно выделить следующие:

- создание общего положительного и устойчивого фона психического состояния, обеспечение благоприятных условий для ребенка;
- забота о здоровье детей, их полноценном физическом развитии;
- обеспечение своевременного разностороннего психического развития (познавательных, эмоционально-волевых процессов, различных видов деятельности),
- выявление индивидуальных склонностей и задатков.

Когда ребенок впервые поступает в дошкольное учреждение (далее ДУ), для него изменяются условия окружающей среды. Переход ребенка из привычных для него условий семейного воспитания в новую макросоциальную среду вызывает эмоциональные изменения и требует перестройки всего организма. Воздействие на организм ребенка инфраструктуры дошкольного учреждения с комплексом физических, гигиенических, педагогических, психологических и социальных факторов, тесный контакт с детьми приводят к повышенной возбудимости и утомляемости нервной системы. От того, как пройдет адаптационный период ВИЧ-инфицированного ребенка, зависит его дальнейшее развитие и состояние здоровья.

Адаптация бывает легкой формы, средней и тяжелой. При легкой форме адаптации наблюдаются незначительные нарушения поведения, снижение аппетита, речевой, двигательной активности, проявляется эмоциональная неустойчивость. Продолжительность адаптационного периода – от 10 до 30 дней.

Адаптация средней формы характеризуется длительным угнетенным эмоциональным состоянием ребенка (грусть, печаль, слезы, замкнутость, агрессия, крик), значительной задержкой двигательной активности; частым проявлением контрастного поведения (смех-плач и т.д.), нарушением сна и аппетита. Длительность – от 30 до 90 дней.

Тяжелая форма адаптации, с длительным периодом привыкания (3–6 месяцев и более), характеризуется отчетливо выраженными вегетативными расстройствами, острыми респираторными заболеваниями, агрессией, страхами или уходом в себя и чаще наблюдается у детей, имеющих неблагоприятную биологическую наследственность, негативные социальные и воспитательные условия жизни. По данным гигиенических исследований, тяжелая форма адаптации детей встречается в среднем в 12,5% случаев.

Во избежание психологических перегрузок, стрессов, неврозов у детей в период адаптации в условиях дошкольного учреждения (ДУ) рекомендуется:

- проводить «Дни открытых дверей» для знакомства родителей с направлениями и принципами деятельности дошкольного учреждения, педагогическим и медицинским коллективом, режимом работы, образовательной средой, организацией жизнедеятельности детей в условиях ДУ, возможностями коллективного воспитания,
- приблизить домашний режим дня и режим питания ребенка к режиму ДУ;
- приобщать ребенка к взаимодействию с детьми соответствующего возраста и взрослыми,
- проводить оздоровительные мероприятия по медицинским показаниям;
- предоставить возможность родителям в первые дни посещения ребенком ДУ оставаться с ним в группе, быть вместе с детьми, по необходимости получать консультации педагога-психолога,
- предоставить возможность гибкого графика посещения ДУ,
- организовать в ДУ на период адаптации щадящий режим для детей с ослабленным здоровьем, с тяжелой формой адаптации (индивидуально подходить к длительности сна, к приему пищи, к участию в образовательном процессе);
- оформить карту (лист) адаптации на каждого поступившего в ДУ дошкольника, где ежедневно отмечать показатели поведения, невротические реакции, эмоциональное и соматическое состояние с целью выявления дезадаптации и оказания своевременной медицинской и психологической помощи.

В адаптационный период запрещено проведение плановых медицинских процедур, которые могут нарушить эмоциональное благополучие ребенка.

Система работы с ВИЧ-инфицированными учащимися в учреждениях образования предполагает создание системы социальной поддержки, которая включает:

- социально-психологическую поддержку в учебных коллективах.

Необходимо создавать у ВИЧ-инфицированных учащихся установку уверенности в том, что они нужны, в учебном коллективе его всегда примут, поймут, помогут решить проблемы.

- формирование способности к преодолению стрессовых состояний с помощью позитивных форм поведения.

Необходимо формирование и развитие внутренних ресурсов, на которые ВИЧ-инфицированные учащиеся могли бы опереться в решении собственных проблем: самоуважения, уверенности в собственных силах, умения брать ответственность на себя и принимать решения относительно собственной жизни, умения разрешать конфликты, понимать людей, правильно оценивать социальную ситуацию, т.е. формирование и развитие навыков социальной компетенции.

Большое значение имеет формирование у ВИЧ-инфицированных подростков умений преодолевать стрессовые ситуации, трансформировать свои состояния в экстремальных для себя ситуациях в различного рода поисковую активность. Следует учесть, что, как правило, подростки не обладают достаточным опытом анализа психотравмирующих ситуаций.

В качестве методов работы целесообразно сочетать игры с тренингами. Игра направлена на развитие вербальной активности: умения сформулировать мысль и использовать ее в качестве диалога, невербальных средств общения: коммуникации без слов, при помощи «прочтения» мимики, жестов, пространственного расположения партнеров друг относительно друга и т.п. Данные навыки как вербального, так и невербального общения способствуют формированию групповой согласованности действий. В игровых формах работы также выполняются задания, способствующие стабилизации самооценки, устранению чувства одиночества, развитию способности к

эмпатии, сопереживанию, развитию черт характера, необходимых для умения преодолевать кризисные ситуации. Важной частью групповой работы должны стать упражнения на развитие навыков самоохранительного поведения, групповая работа, как трениговая, так и с использованием элементов пропаганды, направленная на борьбу со стереотипом ВИЧ-инфицированного человека и формирование его позитивного восприятия.

10.2. Разговор с ребенком на тему ВИЧ-инфицирования

Подходя к этому очень важному разговору, необходимо учитывать много аспектов, в том числе возраст ребенка. В любом случае этот разговор должен произойти только тогда, когда ребенок к этому готов, лучше всего после 5 лет.

Во время приема лекарств, нахождения в стационаре ребенок может сам догадаться о своем заболевании. Маленьких детей необходимо знакомить с болезнью постепенно, небольшими порциями информации. Это может быть короткий простой рассказ на возникающие у ребенка вопросы, связанные с состоянием здоровья и необходимостью выполнять назначения врача.

Очень важно правильно построить процесс подачи информации ребенку и дать честный ответ на вопросы. Когда ребенок получает неполную информацию, он может получить искаженные сведения в каком-либо другом месте. При этом возникает атмосфера недоверия, перебороть которую будет очень трудно. ВИЧ-инфицированный ребенок, диагноз которого утаивается, может страдать от одиночества и, как следствие, от страха и стыда.

Дети среднего и младшего возраста могут иметь проблемы, связанные с трудностью засыпания, отчуждением от друзей и родных, депрессией, жестокостью, апатией. Поэтому персоналу, который обеспечивает уход и воспитание детей, необходимо своевременно распознавать изменения в поведении ребенка и помочь преодолеть эти состояния.

Подростки, у которых недавно диагностировали ВИЧ-инфекцию, обычно чувствуют те же эмоции, что и взрослые люди в подобной ситуации: разочарование, страх, горечь, депрессию, стыд. В то же время дети этой возрастной категории могут демонстрировать элементы поведения, характерные для детей младшего возраста. Для них важными являются следующие вопросы: «Что меня ждет? Придется ли мне часто посещать врача и лежать в больнице? Как ВИЧ-инфекция может повлиять на мои взаимоотношения с родными, друзьями, одноклассниками? Как не передать ВИЧ другим?» Очень важно, чтобы поддержку подростку оказывал профессиональный консультант-психолог. Разговор с ним необходимо вести в открытой и дружественной манере, чтобы уменьшить страх ребенка быть покинутым родными, друзьями, школой. С ребенком надо оговорить круг людей, которым следует говорить о своем диагнозе.

10.3. Взаимоотношения с другими детьми.

Бытовой контакт с ВИЧ-инфицированными детьми безопасен, поэтому такой ребенок должен принимать участие во всех детских мероприятиях наравне с другими детьми. Дети могут пользоваться теми же игрушками, книгами, карандашами, спортивным инвентарем.

Необходимо научить ребенка безопасному поведению (не кусаться, не царапать детей, бережно пользоваться острыми предметами, которые могут нанести травму) и навыкам общения с другими детьми.

11. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

Социальная защита ВИЧ-инфицированных детей обеспечена Законом Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» в редакции от 19 марта 2002 года. Предусматривается выплата государственных пособий семьям, воспитывающим детей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека или больных СПИД, без учета совокупного дохода на члена семьи, в размере 45% бюджета минимального прожиточного минимума (МПМ) – статья 21. При установке ВИЧ-инфицированному ребенку группы инвалидности законодательством предусмотрена выплата пособия с учетом надбавки.

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи Законом «О здравоохранении» Республики Беларусь в статье 42 оговаривается, что дети до 3-х лет и дети-инвалиды до 18 лет обеспечиваются бесплатно лекарственными средствами. Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, нуждающиеся в проведении лечения, обеспечиваются медикаментами с соблюдением данных условий, кроме того, антиретровирусная терапия вне зависимости от возраста и наличия инвалидности проводится на бесплатной основе за счет государственного бюджета.

Ответственность за нарушение законодательства.

Статья 178 УК РБ

Умышленное разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента (разглашение врачебной тайны) наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.

Разглашение врачебной тайны, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или заболевания СПИД, наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет.

Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие тяжелые последствия, наказываются лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Статья 161 УК РБ

1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, занимающимся медицинской или фармацевтической практикой, либо иным лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого телесного повреждения, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Классификации ВИЧ-инфекции у детей (CDC, 1994 г.)

Иммунологические критерии	N без симптомов	A слабо выраженные симптомы	B умеренные клинические симптомы	C симптомы СПИДа
Иммунологическая категория 1 Без иммуносупрессии	N 1	A 1	B 1	C 1
Иммунологическая категория 2 Умеренная иммуносупрессия	N 2	A 2	B 2	C 2
Иммунологическая категория 3 Тяжелая иммуносупрессия	N 3	A 3	B 3	C 3

Постановка диагноза по данной классификации предусматривает присвоение ребенку **классификационного кода**, в котором буквой обозначают **клиническую категорию**, цифрой – **степень иммуносупрессии (иммунологическую категорию)**

Клинические категории

- Категория N** – отсутствие симптомов и клинических признаков
- Категория A** – слабо выраженная клиническая симптоматика: дети с 2-я или более перечисленными ниже состояниями:
 - лимфоаденопатия (более 5 мм в двух группах; билатерально – одна группа);
 - гепатомегалия;
 - спленомегалия;
 - дерматит;
 - паротит;
 - повторные или рецидивирующие респираторные инфекции, синуситы, средний отит.
- Категория B** – умеренная клиническая симптоматика: дети имеют следующие состояния, относящиеся к ВИЧ-инфекции:
 - анемию (менее 80 г/л), нейтропению (менее 10×10^9 клеток в мм^3), тромбоцитопению (менее 100×10^9 клеток в мм^3) в течение более 30 дней;
 - бактериальный менингит, пневмонию, сепсис (единичный эпизод);
 - кандидоз персистирующий более 2 мес. у детей младше 6 месяцев;
 - кардиомиопатию;
 - цитомегаловирусную инфекцию, возникшую в возрасте старше 1 мес.;
 - стоматит, вызванный вирусом Herpes simplex (более 2 раз в течение 1 года);
 - bronхит, пневмонию, эзофагит, вызванные Herpes simplex, возникшие в возрасте старше 1 месяца;
 - Herpes zoster (2 и более эпизода или 2 и более участка поражения);
 - лимфоидную интерстициальную пневмонию или пульмонарную лимфоидную гиперплазию;

- нефропатию;
- лихорадку длительностью более 1 мес.;
- токсоплазмоз, возникший в возрасте старше 1 мес.;
- осложненные формы ветряной оспы (диссеминированная, геморрагическая и др.).

4. Категория C – симптомы СПИДа (исключая лимфоидную интерстициальную пневмонию, пульмонарную лимфоидную гиперплазию):

- серьезные бактериальные инфекции, множественные или рецидивирующие, не менее 2 раз за двухлетний период, подкрепленные гемокультурой, в виде септицемии, пневмонии, менингита, остеомиелита, абсцессов различных органов и полостей (исключая отит, поверхностный кожно-слизистый абсцесс, инфекцию, обусловленную катетеризацией сосудов или полостей);
- кандидозный эзофагит или легочный кандидоз (bronхов, трахеи, легких);
- кокцидиомикоз диссеминированный;
- внелегочный криптококкоз;
- криптоспоридиоз или изоспороз с диареей более 1 мес.;
- цитомегаловирусная инфекция у ребенка старше 1 мес., исключая изолированные поражения печени или лимфоузлов;
- энцефалопатия: наличие прогрессирующих симптомов более 2 месяцев при отсутствии других заболеваний, кроме ВИЧ-инфекции:
 - задержка развития мозга или приобретенная микроцефалия, атрофия мозга, подтвержденная компьютерной томографией или ЯМР у ребенка старше 2 лет; нарушение интеллекта, подтвержденного нейрофизиологическими тестами;
 - приобретенные моторные нарушения (два или более): парез, патологические рефлексы, атаксия или нарушение походки;
- Herpes simplex – вирусная инфекция с кожно-слизистыми язвами, персистирующая более 1 мес, или герпетические бронхит, пневмония, или эзофагит у ребенка старше 1 мес.;
- диссеминированный гистоплазмоз;
- саркома Капоши;
- первичная лимфома головного мозга;
- лимфома Беркитта;
- лимфома В-клеточная;
- туберкулез, диссеминированный или внелегочный;
- атипичный микобактериоз диссеминированный с поражением нескольких органов,
- микобактериум-авиум-комплекс (MAC), или микобактериоз Канзаси (M.Kansassi) диссеминированный;
- пневмоцистная пневмония;
- прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (PML);
- сальмонеллезная септицемия рецидивирующая;
- токсоплазмоз головного мозга у ребенка старше 1 мес.;
- вастинг-синдром, при отсутствии заболеваний, сходных с ВИЧ-инфекцией, объясняющих следующие симптомы:
 - стойкую потерю массы тела, более 10% от должной;
 - хроническую диарею (не менее 3-кратный и более жидкий стул в течение 30 дней);
 - документированную лихорадку (более 30 дней), интермиттирующую или постоянную.

Примечание: ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, с неуточненным инфекционным статусом (ВИЧ-экспонированный) имеет приставку E перед соответствующим классификационным кодом.

Критерием иммуносупрессии является абсолютное или относительное, выраженное в %, количество CD4+ Т-лимфоцитов.

Классификация иммуносупрессии ВИЧ-инфекции у детей

Иммунологические критерии (CD4+)	Возраст					
	До 12 месяцев		1 год – 5 лет		Старше 6 лет	
	Абс.число в 1 мкл	%	Абс.число в 1 мкл	%	Абс.число в 1 мкл	%
Нет иммуносупрессии	Более 1500	Более 25	Более 1000	Более 25	Более 500	Более 25
Умеренная иммуносупрессия	750-1499	15-24	500-999	15-24	200-499	15-24
Тяжелая иммуносупрессия	Менее 750	Менее 15	Менее 500	Менее 15	Менее 200	Менее 15

Согласно классификации CDC 1994 г., если ребенок получил однажды классификационный код, данный классификационный код не может быть изменен на менее тяжелый, невзирая на улучшение клинического или иммунологического статуса в результате проведенной антиретровирусной терапии.

При невозможности определить степень иммуносупрессии (количество CD4+) используется классификация ВИЧ-инфекции ВОЗ 1994 года.

Классификация ВИЧ-инфекции (ВОЗ, 1994 г.)

0. Инкубационный период.

1. Острая ВИЧ-инфекция.

2. Бессимптомное носительство (асимптомная или латентная стадия).

3. Стадия персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ).

4. Пре СПИД или СПИД-ассоциированный комплекс (СПИД-АК).

5. СПИД.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Группы антиретровирусных препаратов

- **Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (NRTIs – Nucleoside Analog Reverse Transcriptase Inhibitors):**

1. зидовудин, азидотимидин, ретровир (AZT, ZDV);
2. диданозин (ddl, видекс);
3. зальцитабин (ddC, хивид);
4. ставудин (d4T, зерит);
5. ламивудин (ЗТС, эпивир);
6. абакавир (зиаген, GW 159, U 89).

- **Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (NNRTIs – Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors):**

1. невирапин (вирамун);
2. делавердин (рескриптор, DLV);
3. лоривид;
4. ифавиренц (суства, DMP-266).

- **Ингибиторы протеазы:**

1. индинавир (криксиван);
2. саквинавир (фортовазе, инвираза);
3. нелфинавир (вирасепт);
4. ритонавир (норвир);
5. ампренавир.

- **Ингибиторы фузии (слияния):**

1. инфувиртид (фузеон).

СОКРАЩЕНИЯ

АЗТ	Азидотимидин
АлТ	Аланиновая трансаминаза
АРВ-терапия	Антиретровирусная терапия
анти-HCV	Антитела к вирусу гепатита С
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ДУ	Дошкольное учреждение
ИБ	Иммунный блотинг
ИПВ	Инактивированная поливалентная вакцина
ИФА	Иммуноферментный анализ
КИЗ	Кабинет инфекционных заболеваний
МГМ	Минимальный прожиточный минимум
ООН	Организация Объединенных Наций
ПГЛ	Персистирующая генерализованная лимфаденопатия
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СанПиН	Санитарные правила и нормы
ЩФ	Щелочная фосфатаза
ЦМВ	Цитомегаловирус

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» в редакции от 19 марта 2002 года.
2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 147 от 05.09.2003 г. «Об утверждении перечня документов по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям».
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 275 от 1 сентября 1999 года. «О дальнейшем совершенствовании календаря профилактических прививок и основных положений об их организации и проведении».
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 351 от 16.12.98г. «Сборник нормативных документов по проблеме ВИЧ/СПИД».
5. СанПиН 14-46-96 с изменениями и дополнениями от 20 декабря 2002 года «Санитарные правила и нормы устройства, содержания и организации учебно-воспитательного процесса общеобразовательных учреждений».
6. Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции, учебный модуль, РЦП СПИД, Минск 2001, 226с.
7. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, протоколы ВОЗ для стран СНГ, версия 1.
8. Дети и ВИЧ-инфекция, рекомендации для родителей и лиц, обеспечивающих уход и поддержку, РЦП СПИД, Минск 2002.
9. Психосоциальные аспекты работы с ВИЧ-позитивными детьми, ГУ «РЦГЭиОЗ» (отдел профилактики СПИД), Минск 2004г.
10. Концепция защиты прав, поддержки и помощи сиротам и другим социально уязвимым детям, живущим в мире с эпидемией ВИЧ/СПИД, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНЭЙДС, июль 2004г.