

Етапне формування, оцінка та підтримка прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції в дітей

Н.В. Котова¹, Н.В. Грищенко²

¹ Одеський національний медичний університет, Україна

² Одеський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Україна

Мета — навести перелік послуг неонатальної та первинної медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, та ВІЛ-інфікованим дітям із питань етапного формування, оцінки та підтримки прихильності до прийому антиретровірусних препаратів.

Пацієнти і методи. На основі результатів тривалого медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими дітьми в Одеському обласному і міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом та в Одеській обласній дитячій клінічній лікарні розроблено стратегію етапного формування, оцінки та підтримки прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії, а також визначено перелік послуг неонатальної та первинної медичної допомоги. Для виявлення причин неефективності такої терапії ретроспективно проаналізовано карти диспансерного спостереження ВІЛ-інфікованих дітей, обраних методом випадкової вибірки.

Результати. Послуги неонатальної допомоги включають постконтактну антиретровірусну профілактику, діагностику антенатального інфікування ВІЛ і консультування ВІЛ-інфікованої матері з цих питань і з питань подальшого медичного нагляду за дитиною. Послуги первинної медичної допомоги включають контроль і підтримку прихильності до антиретровірусної профілактики вдома, ранню діагностику ВІЛ-інфекції, підтримку та оцінку прихильності до такої терапії та виявлення випадків медичної занедбаності. Пропонуються алгоритми консультування ВІЛ-інфікованих матерів згідно з розробленим переліком послуг.

Висновки. Для впровадження запропонованих інформаційно-просвітницьких послуг доцільно використовувати розроблені алгоритми консультування ВІЛ-інфікованих матерів.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, діти, високоактивна антиретровірусна терапія, прихильність до високоактивної антиретровірусної терапії, первинна допомога, неонатальна допомога.

Вступ

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні в XXI ст., її фемінізація призвели до суттєвого збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, і дітей з ВІЛ-інфекцією. Без специфічного лікування понад 50% дітей із ВІЛ-інфекцією вмирають до досягнення дворічного віку внаслідок опортуністичних інфекцій та інфекційних захворювань, таких як пневмонія, діарея, порушення харчування. Хронічний характер ВІЛ-інфекції, необхідність постійного специфічного лікування протягом усього життя, яке слід розпочати негайно після встановлення діагнозу, вимагають децентралізації послуг ВІЛ-інфікованим дітям в Україні, організації тривалого безперервного нагляду за перебігом ВІЛ-інфекції, етапного формування, оцінки та підтримки прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) не тільки в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, але й при наданні неонатологічної та первинної медичної допомоги [1, 2, 5, 11].

Прихильність до ВААРТ — це дотримання режиму прийому всіх антиретровірусних (АРВ) препаратів: у повній призначеній дозі; в точно визначений час, без пропусків і запізень; із дотриманням рекомендацій щодо вживання їжі та інших препаратів; із правильним зберіганням ліків (у тому числі під час поїздок). Прихильність до лікування вважається усвідомленою і ретельною самопомогою, що передбачає з боку батьків і дитини (певного віку) розуміння, як лікуватися, бажання та вміння лікуватися, співпрацю сім'ї з медичними працівниками. Прихильність до ВААРТ є основою успішності лікування ВІЛ-інфекції, тому що при дотриманні режиму прийому ліків у крові утримується постійна їх концентрація, що є основним чинником впливу на ступінь пригнічення реплікації вірусу у відповідь на лікування [1, 5, 10]. Низька прихильність до ВААРТ є причиною вірусологічної невдачі лікування, що призводить до порушення імунної системи дитини та клінічного прогресування захворювання. Ризик вірусологічної невдачі зростає пропорційно збільшенню пропущених або неправильно прийнятих доз АРВ-препаратів. Для отримання максимального ефекту від ВААРТ слід прий-

мати правильно не менше 95% призначених доз АРВ-препаратів; прихильність менше 80% вважається незадовільною, оскільки швидко призводить до вірусологічної невдачі специфічного лікування [7]. Субтерапевтична концентрація АРВ-препаратів у крові внаслідок недостатньої прихильності до лікування зумовлює розвиток лікарської стійкості ВІЛ до одного або кількох препаратів схеми ВААРТ, що потребує заміни усіх трьох препаратів, які входять до схеми лікування, і обмежує вибір наступних схем лікування дитини. Оскільки ВІЛ-інфіковані діти потребують довічного прийому АРВ-препаратів, а вибір препаратів обмежений 3–4 схемами, тривалість їх життя прямо залежить від прихильності до лікування.

За даними наукових досліджень із високим рівнем доказовості виявлено стратегії, спрямовані на максимальну прихильність до ВААРТ. Порядок лікування слід обговорити з батьками / дитиною до початку лікування та при зміні схеми лікування (1С). Прихильність до лікування необхідно підкреслювати при кожному візиті батьків / дитини до лікувального закладу (1С). Принаймні один метод вимірювання прихильності до ВААРТ (кількісний — підрахунок прийнятих таблеток, або якісний — самозвіти або перевірка аптечних формулярів перевірки) слід використовувати на додаток до моніторингу вірусного навантаження (ВН) у плазмі крові (1В). Для формування і підтримки високого рівня прихильності до ВААРТ надзвичайно важливими є довірчі взаємини між медичними працівниками і пацієнтом (батьками/опікунами дитини) (1В) [10].

Мета роботи — запропонувати перелік послуг для етапного формування, оцінки та підтримки прихильності до ВААРТ у ВІЛ-інфікованих дітей на рівні неонатологічної та первинної медико-санітарної допомоги; розробити алгоритми консультування матерів ВІЛ-інфікованих дітей відповідно до переліку інформаційно-консультативних послуг.

Матеріали та методи дослідження

На основі результатів тривалого медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими дітьми в Одеському обласному і місь-

кому центрі профілактики та боротьби зі СНІДом та в Одеській обласній дитячій клінічній лікарні розроблено стратегію етапного формування, оцінки та підтримки прихильності до ВААРТ, а також визначено перелік послуг неонатальної та первинної медичної допомоги. Під час медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими дітьми вивчено причини їх захворюваності та смертності, неефективності ВААРТ і низької прихильності до тривалого лікування. Для виявлення причин неефективності ВААРТ ретроспективно проаналізовано карти диспансерного спостереження ВІЛ-інфікованих дітей, обрані методом випадкової вибірки. Окремо проаналізовано причини низької прихильності до ВААРТ, які призвели до вірусологічної неефективності лікування і заміни схеми ВААРТ. Для оцінки прихильності до ВААРТ ВІЛ-інфікованої дитини та аналізу причин недостатньої прихильності до лікування розроблено анкету, проведено опитування матерів про прийом АРВ-препаратів дітьми за останній місяць лікування [7, 8]. Для вибору послуг, які можуть впливати на ефективність специфічного лікування, проаналізовано джерела літератури, основані на формалізованому аналізі наявних наукових даних; у них враховано низку нових даних високої наукової якості, отриманих у рандомізованих контрольованих дослідженнях і мета-аналізах [1, 10].

Результати дослідження та їх обговорення

Нами запропоновано стратегію етапного формування прихильності до ВААРТ у ВІЛ-інфікованих дітей, яка включає консультування ВІЛ-інфікованої матері: 1) до уточнення ВІЛ-статусу дитини — у пологовому будинку та на первинному рівні медичної допомоги при проведенні дитині постконтактної АРВ-профілактики; 2) при підтвердженому діагнозі ВІЛ-інфекції в дитини — у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом і на первинному рівні до та під час ВААРТ.

За сучасними рекомендаціями з високим рівнем доказовості, для збереження імунної системи дитини слід починати ВААРТ у перші місяці життя (після отримання першого позитивного результату вірусологічного тесту на ВІЛ). У зв'язку з цим значно зростає роль неонатологів у ранньому формуванні основ прихильності до ВААРТ, яка реалізується при консультуванні ВІЛ-інфікованих мате-

рів із питань правильного прийому АРВ-препаратів дитиною для профілактики передачі ВІЛ. Постконтактна АРВ-профілактика проводиться всім дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, протягом 28 днів, тому до формування правильного ставлення матері до прийому АРВ-препаратів дитиною слід залучати лікарів, які здійснюють нагляд за дитиною вдома (рис. 1).

Алгоритм консультування ВІЛ-інфікованої матері в пологовому відділенні (будинку) з питань прихильності до прийому АРВ-препаратів включає такі етапи: 1) інформування про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та про зниження ризику передачі ВІЛ під дією АРВ-препаратів; 2) інформування про механізм дії АРВ-препаратів і про ключову роль прихильності до лікування в пригніченні реплікації ВІЛ; 3) надання письмових рекомендацій щодо правил прийому АРВ-препаратів (які ліки і в який час давати); 4) навчання матері відміряти кожний АРВ-препарат; 5) навчання матері давати дитині ліки; 6) обговорення можливих перешкод до виконання призначень і допомога в їх усуненні; 7) надання рекомендацій із використання технічних засобів, які допомагають не пропустити час прийому ліків, та надання інформації про групи взаємодопомоги.

У пологовому відділенні (будинку) необхідно проконсультувати ВІЛ-інфіковану матір щодо особливостей подальшого медичного ведення дитини. Слід мотивувати матір своєчасно обстежити дитину для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції, за графіком вакцинувати дитину, починаючи з 4–6-тижневого віку до виключення діагнозу ВІЛ-інфекції, тричі на тиждень давати дитині триметамприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК) для профілактики пневмоцистної пневмонії.

Алгоритм консультування ВІЛ-інфікованої матері за місцем проживання з питань контролю та підтримки прихильності до прийому АРВ-препаратів включає такі етапи: 1) з'ясування наявності знань у матері про шляхи передачі ВІЛ від матері дитині та про зниження ризику передачі ВІЛ під впливом АРВ-препаратів; 2) підкреслення ключової ролі прихильності до прийому АРВ-препаратів у пригніченні реплікації ВІЛ, 3) перевірка наявних письмових рекомендацій із прийому АРВ-препаратів дитиною; 4) перевірка, як мати відміряє і дає дитині кожний АРВ-препарат; 5) обговорення труднощів, які виникають у матері при прийомі дитиною АРВ-препаратів, і порада в їх усуненні; 7) порада щодо використання технічних засобів, які допомагають не пропустити час прийому ліків, і надання інформації про групи взаємодопомоги.

Найважливішою умовою успішної ВААРТ у дітей є своєчасна діагностика ВІЛ-інфекції, оскільки пізній початок лікування асоціюється з високим ризиком незворотної втрати здоров'я та смерті дитини і вірусологічною невдачею лікування. Тому важливим завданням неонатологів і медичних працівників первинного рівня медичної допомоги є мотивування матері своєчасно обстежити дитину на ВІЛ методом полімеразної ланцюгової реакції (рис. 2).

Дотестове консультування при тестуванні дитини на ВІЛ має містити таку інформацію: 1) про мету тестування; 2) про добровільність і безкоштовність тестування, про конфіденційність даних; 3) про можливі результати тестування (слід підкреслити, що якщо результат буде позитивним, то дитині відразу ж після його отримання в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом призначають ВААРТ); 4) про порядок збирання крові та отримання результату тесту на ВІЛ (де, хто, коли); 5) необхідно надати матері психологічну підтримку і письмову інформацію, де і коли проводиться тестування.

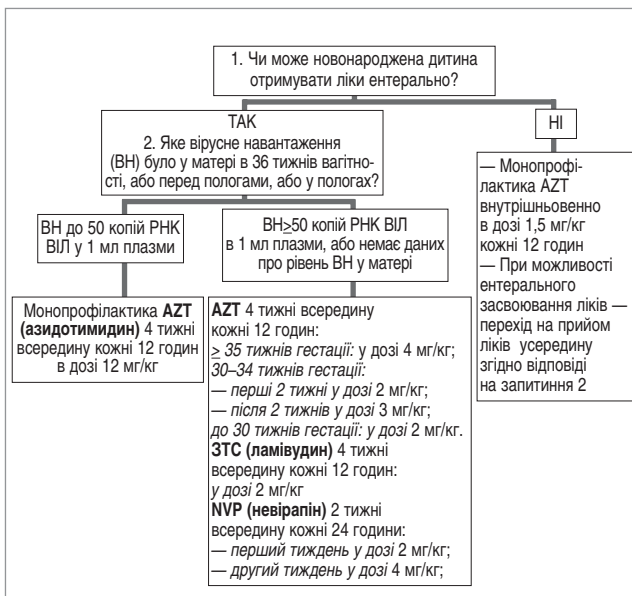


Рис. 1. Алгоритм вибору схеми постконтактної АРВ-профілактики в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

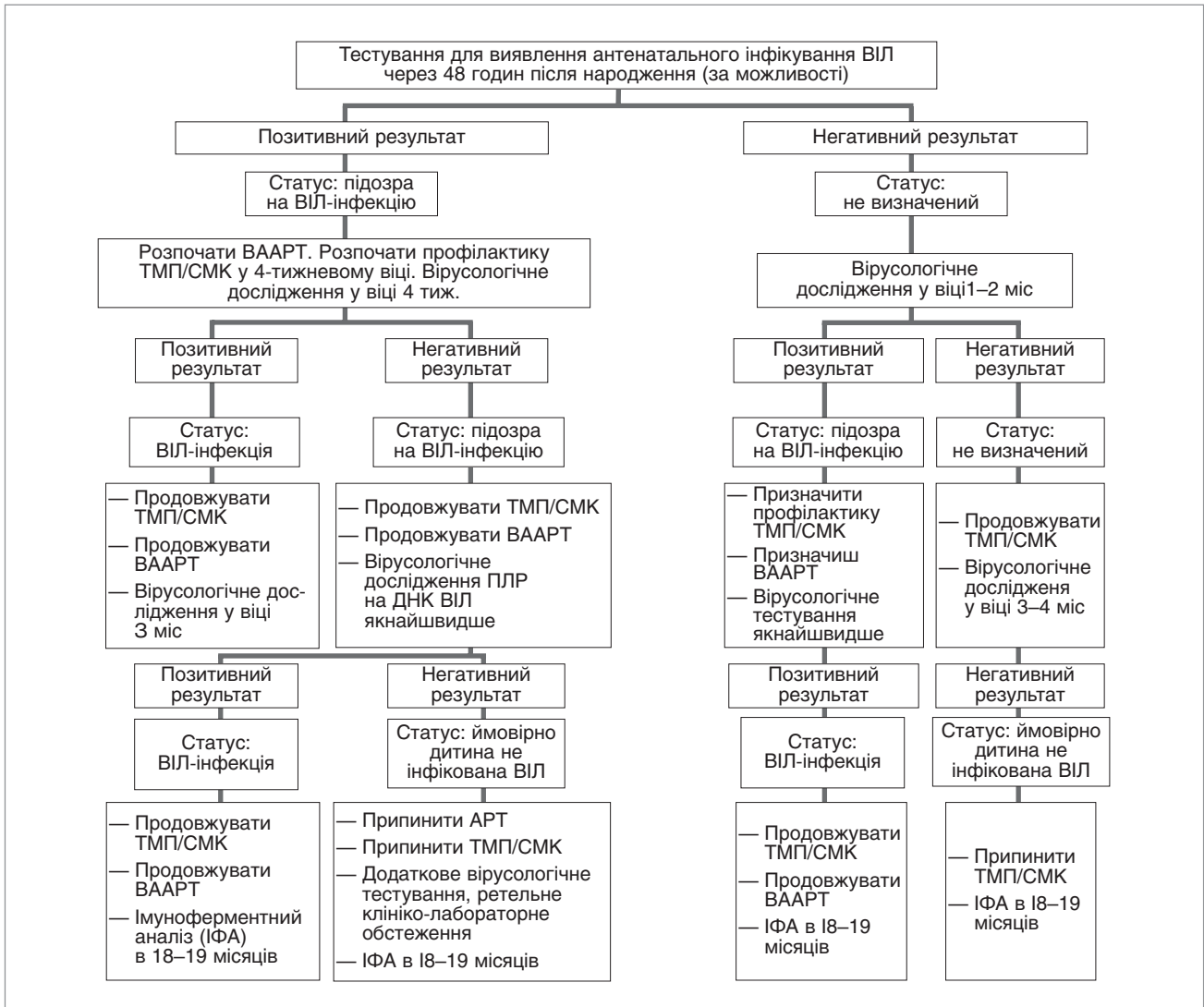


Рис. 2. Алгоритм ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, і виховуваних штучно

Післятестове консультування при отриманні позитивного результату тесту на ВІЛ та основне консультування з підготовки батьків і дитини до початку ВААРТ проводять спеціалісти з ВІЛ-інфекції в дітей у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом; вони ж призначають лікування та здійснюють моніторинг ефективності та безпеки ВААРТ, оцінюють і підтримують прихильність до лікування дитини. Враховуючи, що спеціаліст із ВІЛ-інфекції в дітей контактує із сім'єю значно рідше за лікарів первинного рівня медичної допомоги (особливо на першому році життя), дуже важливо, щоб лікар первинного рівня при кожному візиті матері з ВІЛ-інфікованою дитиною оцінював і підтримував прихильність до тривалого лікування.

Відкладання (або позбавлення) необхідної медичної допомоги дитині її опікунами — це форма синдрому жорстокого поводження з дитиною у вигляді медичної занедбаності. Партнерські відносини між медичними працівниками і сім'єю, виховання відповідального ставлення батьків до здоров'я дитини, консультування батьків із питань різних аспектів медичного ведення хворої дитини є заходами запобігання медичної занедбаності. Медичні працівники первинного рівня допомоги зобов'язані своєчасно виявляти випадки медичної занедбаності, доводити їх

наявність, реєструвати докази в медичній документації, адекватно діяти, враховуючи ступінь ризику шкоди для здоров'я дитини. Згідно з міжвідомчим наказом від 16.01.2004 р. № 5/34/24/11 «Про порядок розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення», у разі нанесення серйозної шкоди здоров'ю дитині, що може привести до несприятливого наслідку, необхідно залучати службу захисту дітей. Критерії медичної занедбаності важкого ступеня при ВІЛ-інфекції в дітей такі: 1) усвідомлена відмова від ВААРТ, якщо у дитини є показання до початку специфічного лікування (відповідно до чинного уніфікованого клінічного протоколу), 2) низька прихильність до ВААРТ у дитини, якщо доведено, що вірусологічна невдача лікування пов'язана з низькою прихильністю; 3) усвідомлена відмова батьків від медичного нагляду за дитиною з питань ВІЛ-інфекції, якщо у дитини є покази до початку ВААРТ.

Алгоритм оцінки прихильності до ВААРТ та виявлення медичної занедбаності дитини на первинному рівні медичної допомоги включає такі етапи: 1) уточнення в матері про пропуски планових візитів до спеціаліста з ВІЛ-інфекції, про відмову від необхідного обстеження і

Таблиця 1

Перелік послуг неонатальної допомоги на II–III рівні дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, з питань формування, оцінки та підтримки прихильності до тривалого прийому АРВ-препаратів

Послуга	Опис послуги	Практичні та технічні навички	Необхідне обладнання	Знання
1. Медичний нагляд за новонародженою дитиною: проведення постконтактної АРВ-профілактики	1. Призначення дитині, народженій ВІЛ-серопозитивною матір'ю, АРВ-препаратів. 2. Забезпечення прийому АРВ-препаратів у пологовому відділенні (будинку). 3. Забезпечення матері АРВ-препаратами на весь період АРВ-профілактики вдома	1. Співпраця з територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом щодо забезпечення дитини АРВ-препаратами. 2. Призначення необхідної АРВ-профілактики. 3. Робота із середнім медичним персоналом щодо виконання призначень	1. АРВ-препарати: зидовудин, ламівудин, невірапін	1. Знання чинних наказів МОЗ України, уніфікованого та локального клінічного протоколу щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. 2. Відмова матері від проведення АРВ-профілактики порушує право дитини бути здоровою, тому варіантом жорсткого поводження з дитиною у вигляді медичної занедбаності
2. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з матір'ю щодо прихильності до АРВ-профілактики вдома	1. Консультування матері щодо прихильності до АРВ-профілактики 2. Навчання матері відміряти необхідну кількість АРВ-препаратів 3. Навчання матері давати дитині АРВ-препарати вдома	1. Навички ефективного спілкування та консультування	1. Алгоритм консультування матері щодо прихильності до АРВ-профілактики	1. Знання чинних наказів МОЗ України, уніфікованого та локального клінічного протоколу щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини
3. Медичний нагляд за новонародженою дитиною: виявлення антенатального інфікування ВІЛ шляхом тестування крові на ДНК ВІЛ методом ПЛР (у цільній крові або в сухій каплі крові) у віці дитини 48 годин	1. Дотестове консультування матері. 2. Отримання письмової інформованої усвідомленої згоди матері на тестування дитини на ВІЛ. 3. Відбір зразка крові для дослідження та забезпечення його транспортування до лабораторії	1. Навички ефективного спілкування та консультування. 2. Співпраця з територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом робота. 3. Робота із середнім медичним персоналом щодо безпечного відбору крові в дитини з ризиком ВІЛ-інфекції	1. Алгоритм дотестового консультування. 2. Наявність витратних матеріалів для відбору крові для її дослідження на ДНК ВІЛ методом ПЛР	1. Знання чинних наказів МОЗ України щодо дотестового консультування при тестуванні на ВІЛ; знання уніфікованого та локального клінічного протоколу щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в дітей
4. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з матір'ю щодо подальшого медичного ведення дитини	1. Консультування з питань: — порядку подальшого медичного нагляду за дитиною; — ранньої діагностики ВІЛ-інфекції; — профілактики пневмоцистної пневмонії; — з питань особливостей догляду за дитиною	1. Навички ефективного спілкування та консультування	1. Алгоритми консультування з питань: — порядку медичного нагляду за дитиною; — ранньої діагностики ВІЛ-інфекції; — профілактики пневмоцистної пневмонії; — особливостей догляду за дитиною	1. Знання чинних наказів МОЗ України, уніфікованого та локального клінічного протоколу щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, уніфікованого та локального клінічного протоколу щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в дітей

лікування дитини, про порушення режиму прийому ліків; якщо відповідь на одне з цих питань «Так», то важливим є визначення ставлення матері до терапії та причин пропусків візитів до спеціаліста / відмови від обстеження або лікування дитини; 2) оцінка прихильності до лікування (недостатня прихильність до лікування — це пропуски планових візитів до спеціаліста з ВІЛ-інфекції, пропуски або запізнення в прийомі ліків, несвоєчасне поповнення запасу ліків, негативне ставлення до лікування дитини); 3) консультування матері з питань прихильності до ВААРТ; 4) при виявленні факту відмови матері від обстеження та/або лікування дитини або низької прихильності до ВААРТ важливим є інформування про це спеціаліста з ВІЛ-інфекції.

Під час лікування протягом багатьох років у дітей часто виникають проблеми з дотриманням прихильності до ВААРТ. Тільки 50% батьків (інших осіб, які доглядають за дитиною) повідомляють про повне дотримання запропонованого лікування; при цьому рівень прихильності значно варіює при різних методах її оцінки (анкетування батьків / дитини та ресерація видачі АРВ-препаратів) та при різних схемах ВААРТ. Ціла низка факторів, у тому числі лікарська форма препаратів, частота дозування, вік дитини та психологічні особливості дитини і батьків (осіб, які доглядають за дитиною), впливають на прихильність до лікування. Дослідження свідчать, що рівень прихильності до ВААРТ не є постійним і може змінюватися з часом у ході лікування [13, 12, 8, 9, 6, 14]. Тому прихильність до ВААРТ слід підтримувати при кожному

візиті, у тому числі до лікаря первинної ланки медичної допомоги.

Алгоритм підтримки прихильності до ВААРТ включає такі етапи консультування: 1) мотивація матері до виконання призначень із прийому АРВ-препаратів з акцентуванням ключової ролі правильного прийому ліків в ефективності лікування; 2) уточнення в матері наявності труднощів при регулярному і правильному прийомі АРВ-препаратів, та порада в їх усуненні; 3) рекомендації матері у використанні технічних засобів, які сприяють дотриманню режиму прийому ліків (будильники, таблетниці), за необхідності, надання інформації про групи підтримки за принципом «рівний-рівному».

Впровадження запропонованих послуг надання допомоги щодо формування та підтримки прихильності до ВААРТ потребує від неонатологів і лікарів первинного рівня допомоги знань чинних наказів з організації медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, та ВІЛ-інфікованим дітям, національних і локальних клінічних протоколів, навичок ефективного консультування (табл. 1 та 2).

Висновки

Для поліпшення якості медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям за рахунок підвищення ефективності лікування на першому етапі (до уточнення їх ВІЛ-статусу) необхідна низка послуг неонатальної та первинної медичної допомоги, спрямованих на формування та оцінку при-

Таблиця 2

Перелік послуг первинної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям з питань формування, оцінки та підтримки прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії

Послуга	Опис послуги	Практичні та технічні навички	Необхідне обладнання	Знання
1. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з матір'ю щодо контролю та підтримки прихильності до АРВ-профілактики вдома	1. Оцінка правильності прийому АРВ-препаратів дитиною та вмінь матері давати дитині ліки. 2. Консультування матері щодо прихильності до АРВ-профілактики	1. Навички ефективного спілкування та консультування	1. Алгоритм консультування матері щодо контролю та підтримки прихильності до АРВ-профілактики	1. Знання чинних наказів МОЗ України, уніфікованого та локального клінічного протоколу щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини
2. Медичний нагляд за дитиною: рання діагностика ВІЛ-інфекції у дитини шляхом тестування крові на ДНК ВІЛ методом ПЛР (у цільній крові або в сухій каплі крові) у віці 1–2 місяців та 3–4 місяців	1. Дотестове консультування матері. 2. Скерування дитини до територіального центру профілактики та боротьби зі СНІДом АБО 3. Відбір зразка крові для дослідження та забезпечення його транспортування до лабораторії (за можливістю)	1. Навички ефективного спілкування та консультування. 2. Співпраця з територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом	1. Алгоритм дотестового консультування. 2. Наявність витратних матеріалів для відбору крові для її дослідження на ДНК ВІЛ методом ПЛР (за необхідності)	1. Знання чинних наказів МОЗ України щодо дотестового консультування при тестуванні на ВІЛ; знання уніфікованого та локального клінічного протоколу діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в дітей
3. Медичний нагляд за дитиною: оцінки прихильності до ВААРТ та виявлення випадків медичної занедбаності	1. Виявлення пропусків планових візитів до спеціаліста з ВІЛ-інфекції; відмови від необхідного обстеження та/або лікування дитини, порушень режиму прийому ліків	1. Навички ефективного спілкування та консультування	1. Алгоритми оцінки прихильності до ВААРТ та виявлення випадків медичної занедбаності дитини	1. Знання чинних наказів МОЗ України з приводу жорстокого поводження з дітьми, уніфікованого та локального клінічного протоколу з медичної допомоги дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію
4. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з матір'ю щодо підтримки прихильності до ВААРТ	1. Консультування матері щодо прихильності до ВААРТ	1. Навички ефективного спілкування та консультування	1. Алгоритм консультування матері щодо підтримки прихильності до ВААРТ	1. Знання уніфікованого та локального клінічного протоколу з медичної допомоги дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію

хильності до постконтактної АРВ-профілактики, діагностику антенатального інфікування ВІЛ та своєчасну ранню діагностику ВІЛ-інфекції вірусологічними методами. Ці послуги сприятимуть формуванню відповідального ставлення батьків до здоров'я дитини, своєчасного виявлення хвороби і початку лікування, а також підвищать рівень обізнаності батьків про правила прийому АРВ-препаратів, допоможуть у прийнятті діагнозу.

На другому етапі після встановлення в дитині діагнозу ВІЛ-інфекції послуги первинної медичної допомоги спрямовуються на оцінку та підтримку специфічного лікування та своєчасне виявлення проявів жорстокого поводження з дитиною у вигляді медичної занедбаності.

Для впровадження запропонованих інформаційно-просвітницьких послуг доцільно використовувати розроблені алгоритми консультування ВІЛ-інфікованих матерів.

ЛІТЕРАТУРА

- ВОЗ: Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона. — 2012 [Electronic resource]. — Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf. — Title from screen.
- Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.unaids.org/global-report/Global_report_ru.htm. — Название с экрана.
- Котова Н.В. Предикторы неэффективности антиретровірусної терапії у ВІЛ-нфікованих у дітей / Н.В. Котова, Н.В. Грищенко, К. С. Ковалевські // Перинатология та педіатрія. — 2013. — № 1. — С. 43–46.
- Котова Н.В. Эффективность антиретровірусной терапии и формирование, оценка, поддержка приверженности лечению ВИЧ-инфицированных детей на уровне неонатальной и первичной медико-санитарной помощи / Н.В. Котова, Н.В. Грищенко // Педіатрія. Восточная Европа. — 2013. — № 2. — С. 24–31.
- Медична допомога дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію: клінічна настанова. — К.: «К.І.С.», 2013. — 208 с.
- A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women / A.A. Howard, J.H. Arnsten, Y. Lo [et al.] // AIDS. — 2002. — Vol. 16 (16). — P. 2175–2182.
- Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection / D.L. Paterson, S. Swindells, J. Mohr [et al.] // Ann. Intern. Med. — 2000. — Vol. 133 (1). — P. 21–30.
- Evaluating adherence to medication in children and adolescents with HIV / M. Khan, X. Song, K. Williams [et al.] // Arch. Dis. Child. — 2009. — Vol. 94 (12). — P. 970–973.
- Factors associated with lack of antiretroviral adherence among adolescents in a reference centre in Rio de Janeiro / L.F. Filho, S.A. Nogueira, E.S. Machado [et al.] // Brazil. Int J. STD AIDS. — 2008. — Vol. 19 (10). — P. 685–688.
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, (Developed by the HHS Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children — A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council — OARAC) update the August 11, 2011 [Electronic resource]. — Access mode: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/2/pediatric-arv-guidelines/45/whats-new-in-the-guidelines>. — Title from screen.
- IMCI Complementary course on HIV/AIDS. World Health Organization, UNICEF. — 2006 [Electronic resource]. — Access mode: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241594373/en. — Title from screen.
- Predictors of suboptimal virologic response to highly active antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected adolescents: analyses of the reaching for excellence in adolescent care and health (REACH) project. / H. Ding, C.M. Wilson, K. Modjarrad [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2009. — Vol. 163 (12). — P. 1100–1105.
- Reported adherence as a determinant of response to highly active antiretroviral therapy in children who have human immunodeficiency virus infection / R.B. van Dyke, S. Lee, G.M. Johnson [et al.] // Pediatrics. — 2002. — Vol. 109 (4). — e61.
- The changing pattern of adherence to antiretroviral therapy assessed at two time points, 12 months apart, in a cohort of HIV-infected children / A. Giannattasio, F. Albano, V. Giacomet [et al.] // Expert. Opin. Pharmacother. — 2009. — Vol. 10 (17). — P. 2773–2778.

Этапное формирование, оценка и поддержка приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у детей

Н.В. Котова, Н.В. Грищенко

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Одесский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Украина

Цель — представить перечень услуг неонатальной и первичной медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, и ВИЧ-инфицированным детям по вопросам этапного формирования, оценки и поддержки приверженности к приёму антиретровирусных препаратов.

Пациенты и методы. На основе результатов длительного медицинского наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми в Одесском областном и городском центре профилактики и борьбы со СПИДом и в Одесской областной детской клинической больнице разработана стратегия этапного формирования, оценки и поддержки приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии, а также определен перечень услуг неонатальной и первичной медицинской помощи. Для выявления причин неэффективности такой терапии ретроспективно проанализированы карты диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми, отобранными методом случайной выборки.

Результаты. Услуги неонатальной помощи включают постконтактную антиретровирусную профилактику, диагностику антенатального инфицирования ВИЧ и консультирование ВИЧ-инфицированной матери по этим вопросам и по вопросам дальнейшего медицинского наблюдения за ребенком. Услуги первичной медицинской помощи включают контроль и поддержку приверженности антиретровирусной профилактики дома, раннюю диагностику ВИЧ-инфекции, поддержку и оценку приверженности такой терапии и выявление случаев медицинской запущенности. Предлагаются алгоритмы консультирования ВИЧ-инфицированных матерей согласно разработанному перечню услуг.

Выводы. Для внедрения предложенных информационно-просветительных услуг целесообразно использовать разработанные алгоритмы консультирования ВИЧ-инфицированных матерей.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дети, высокоактивная антиретровирусная терапия, приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии, первичная помощь, неонатальная помощь.

Stepwise formation, evaluation and adherence support to highly active antiretroviral therapy of HIV infection in children

N.V. Kotova, N.V. Grishchenko

Odesa National Medical University, Ukraine

Odesa City Centre for AIDS Prevention and Control, Ukraine

Objective — to provide a list of services and neonatal primary medical health care to children born by HIV-infected mothers and to HIV -infected children, on the question of stage formation, assessment and adherence support to the application of antiretroviral preparations.

Patients and methods. According to the results of long-term medical follow-up of the HIV-infected children in the Odesa region and in the City Center for AIDS Prevention and Control and in Odesa Regional Children's Hospital was developed a strategy of staged formation, assessment and adherence support to highly active antiretroviral therapy, as well as found the list of services and neonatal primary care. For the aim to identify the causes of inefficiency of a such therapy the history cards of dispensary observation of HIV-infected children were retrospectively analyzed by the method of selected randomly.

Results. Neonatal care services include post-exposure antiretroviral prophylaxis, diagnosis of antenatal contamination by HIV and consultation of HIV — infected mother for this question and for further medical attention for the child. Primary medical care services include monitoring and adherence support to antiretroviral prophylaxis at home, early diagnosis of HIV infection, support, evaluation of commitment of this therapy and influence of cases of medical neglect. The algorithms of counseling of HIV -infected mothers are proposed according to the existing list of services.

Conclusions. For implementation of proposed information- educational services are necessary to use developed algorithms of counseling of HIV — infected mothers.

Key words: HIV infection, children, highly active antiretroviral therapy, adherence to highly active antiretroviral therapy, primary care, neonatal care.

Сведения об авторах:

Котова Наталья Владимировна — Доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии № 1, неонатологии и биоэтики Одесского национально медицинского университета. Адрес: г. Одесса, Валиховский переулок, 2.

Статья поступила в редакцию 5.03.2014 г.