

Синдром жестокого обращения с ребенком: выявление и алгоритм помощи детям с ВИЧ-инфекцией

Н.В.Котова¹, Н.В.Грищенко²

¹Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина;

²Одесский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Одесса, Украина

Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ) применительно к детям, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), – стратегия первичной медико-санитарной помощи в странах с низкой распространенностью этой инфекции.

Цель. Обосновать необходимость включения синдрома жестокого обращения с ребенком в стратегию ИББДВ в контексте ВИЧ-инфекции и разработать алгоритм медицинской помощи при этом синдроме.

Пациенты и методы. В течение 3 лет на базе Одесской областной детской клинической больницы и Одесского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом проводилось наблюдение за 415 детьми, матери которых были ВИЧ-инфицированы. Из этих детей 170 также оказались инфицированы ВИЧ (126 из них получали высокоактивную антиретровирусную терапию – ВААРТ).

Результаты. Было установлено, что дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, находятся в группе риска по синдрому жестокого обращения. Наиболее частыми формами этого синдрома были запущенность (отсутствие базового уровня заботы о ребенке – в 29 случаях (7%)), медицинская запущенность (19 случаев – 4,6%), а среди детей, получающих лечение, – низкая приверженность к ВААРТ 14 (11,1%). За время наблюдения вследствие запущенности и позднего обращения за медицинской помощью умерли 10 ВИЧ-инфицированных детей. Особое внимание уделено 5 случаям осознанного отказа родителей-СПИД-диссидентов принять диагноз ВИЧ-инфекции у ребенка и начать соответствующее лечение; в этой группе умер 1 ребенок, еще у двоих развился тяжелый ВИЧ-ассоциированный иммунодефицит. Разработан алгоритм оценки и классификации признаков синдрома жестокого обращения с ребенком, представлены рекомендации по ведению пациентов при первичном обращении и при последующем наблюдении.

Заключение. Синдром жестокого обращения с ребенком необходимо выявлять и предупреждать на первичном уровне медико-санитарной помощи. Включение разработанных алгоритмов в буклет схем ИББДВ позволит снизить заболеваемость и смертность от ВИЧ-инфекции у детей первых 5 лет жизни.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ИББДВ, первичная медико-санитарная помощь, синдром жестокого обращения с ребенком

The battered-child syndrome: uncovering and an algorithm of aid to HIV-positive children

N.V.Kotova¹, N.V.Grishchenko²

¹Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine;

²Odessa Municipal Centre for AIDS Prevention and Control, Odessa, Ukraine

Integrated management of childhood illness (IMCI) with respect to children infected with human immunodeficiency virus (HIV) is a strategy of primary medico-sanitary aid in the countries with low incidence of this infection.

The objective. To substantiate the necessity of including the battered-child syndrome into the strategy of integrated management of childhood illnesses in the context of HIV infection and to work out an algorithm of medical aid in this syndrome.

Patients and methods. For 3 years, 415 children of HIV-infected mothers were observed on the basis of Odessa Regional Pediatric Clinical Hospital and Odessa Municipal Centre for AIDS Prevention and Control. Of them, 170 children also turned out to be HIV-positive (126 of them received highly active antiretroviral therapy – HAART).

Results. As has been found, children born by HIV-infected mothers are in the risk group for the battered-child syndrome. The most common forms of this syndrome were neglect (absence of basic-level care of a child – in 29 cases – 7%), medical neglect (19 cases – 4.6%), and among children receiving treatment – low adherence to HAART (14 – 11.1%). During the follow-up period, due to neglect and late referral for medical aid 10 HIV-positive children died. Special attention was paid to 5 cases of conscious refusal of AIDS-dissident parents to accept the diagnosis of HIV infection in the child and to begin the related treatment; in this group 1 child died, two more children developed severe HIV-associated immunodeficiency. An algorithm of evaluation and classification of the signs of the battered-child syndrome was worked out, recommendations on management of patients at first visits and during subsequent follow-up were presented.

Conclusion. The battered-child syndrome should be revealed and prevented at the primary level of medico-sanitary aid. Inclusion of the proposed algorithms into the IMCI chart booklet would make it possible to reduce morbidity and mortality from HIV infection among children of the first 5 years of life.

Key words: HIV infection, IMCI, primary medico-sanitary aid, battered child syndrome

Стратегия «Интегрированного ведения болезней детского возраста» (ИВБДВ) внедрена более чем в 100 странах мира, в том числе в ряде регионов Российской Федерации, Украины и странах Центральной Азии. Эта стратегия объединяет ряд мероприятий с доказанной эффективностью, проводимых для предотвращения смертности детей до 5 лет, снижения частоты и тяжести их заболеваний, развития инвалидности, а также для улучшения их роста и развития. Стратегия ИВБДВ также направлена на ведение острых, угрожающих жизни состояний [1, 2].

Феминизация эпидемии ВИЧ-инфекции в XXI столетии привела к тому, что количество детей, рожденных инфицированными матерями, и инфицированных детей в мире значительно возросло, в том числе в странах Восточной Европы и Центральной Азии, то есть в регионах с низкой распространенностью заболевания, но с самыми высокими в мире темпами развития эпидемии [3]. Без специфического лечения более 50% ВИЧ-инфицированных детей умирают до достижения ими 2 лет в результате присоединения оппортунистических инфекций, интеркуррентных заболеваний и нарушений питания.

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), проводимая в течение всей жизни больного, трансформирует неизлечимое заболевание в хроническую инфекцию, сохраняет здоровье и жизнь ребенку [4]. Учитывая масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции и все возрастающую роль первичного звена в медицинской помощи, вопросы ведения детей с ВИЧ-инфекцией были включены в клинические руководства ИВБДВ в виде дополнительного курса [5]. С 2009 г. в странах Восточной Европы и Центральной Азии этот курс внедряют на бумажном носителе и в виде компьютерной программы обучения ICATT (Integrated Management of Childhood Illness Computerized Adaptation and Training Tool) [6, 7].

Неотъемлемым правом ребенка является право родиться здоровым. Важными составляющими программы перинатальной профилактики передачи ВИЧ являются обследование беременных на наличие в крови антител к этому вирусу и в случае положительного результата – оказание консультативной, медицинской помощи, назначение ей специфической профилактики либо ВААРТ для предотвращения передачи инфекции ребенку. Программа перинатальной профилактики ВИЧ все более успешна: плановое обследование на ВИЧ беременных в Украине возросло с 83,3% в 2001 г. до 95,5% в 2010 г., а риск передачи ВИЧ от матери к ребенку снизился с 27,8% в 2001 г. до 4,9% в 2010 г. [8].

Инфицирование ВИЧ создает предпосылки для нарушения прав больных детей, их стигматизации и дискриминации. Распространение ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии чаще всего связано с употреблением наркотических веществ. Хроническое заболевание родителей в совокупности с наркотической зависимостью является очевидной предпосылкой повышенного риска пре-

небрежения к детям. Известно, что хронически больные дети, особенно с расстройствами поведения и задержкой развития, чаще других испытывают все формы жестокого обращения в семье и детских коллективах [9–11].

В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (1999), жестокое обращение с детьми – это плохое обращение с детьми в возрасте до 18 лет и отсутствие заботы о них. Оно охватывает все типы физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка в контексте взаимосвязи ответственности, доверия или власти [9, 10].

Пренебрежение к ребенку может проявляться в виде запущенности и медицинской запущенности.

Для запущенности (англ. neglect) характерны: отсутствие базового уровня заботы о ребенке со стороны родителей или других ответственных за ребенка лиц, пренебрежение или недобросовестное выполнение родительских обязанностей, отсутствие необходимых условий для роста и развития ребенка. Признаки запущенности: истощение, задержка психомоторного развития; грязная кожа, волосы, ногти; опрелости кожи, чесотка; неприятный запах от ребенка; несоответствующая сезону и/или грязная одежда и др.

Медицинская запущенность (англ. medical neglect) – откладывание или лишение ребенка лицами, обязанными заботиться о нем и обеспечивать уход за ним, необходимой медицинской помощи при состояниях, которые опасны для жизни или причиняют вред здоровью различной степени тяжести. К случаям медицинской запущенности следует относить не только ситуации, которые угрожают жизни ребенка, но и те, которые потенциально угрожают здоровью ребенка. Медицинская запущенность может наблюдаться при общей запущенности, но может выявляться и отдельно в семьях, где базовый уровень заботы о ребенке достаточно высок [12].

Для здоровья ВИЧ-инфицированных детей крайне важна качественная, регулярная медицинская помощь, приверженность родителей/опекунов к длительному лечению (ВААРТ, профилактика оппортунистических инфекций, профилактика и лечение туберкулеза и др.). Продолжительность жизни ребенка напрямую зависит от того, насколько своевременно и эффективно будет проводиться специфическое лечение. В связи с этим неадекватную и несвоевременную медицинскую помощь, нерегулярное медицинское наблюдение и низкую приверженность родителей/опекунов длительному лечению ВИЧ-инфекции рассматривают как медицинскую запущенность [6, 13, 14].

Низкая приверженность родителей/опекунов специфическому лечению ВИЧ-инфицированных детей (менее 80% доз антиретровирусных (АРВ)-препаратов приняты правильно) является формой медицинской запущенности, при этом она может быть единственным ее проявлением на фоне регулярного медицинского наблюдения. Это самостоятельный фактор, который крайне негативно влияет на течение заболевания и его прогноз [4].

Наряду с предотвращением заболеваемости и смертности от инфекций и других распространенных заболеваний, противодействие жестокому обращению с детьми во всех его

Для корреспонденции:

Котова Наталья Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии №1, неонатологии и биоэтики Одесского национального медицинского университета

Адрес: 65082, Украина, Одесса, Валиховский пер., 2
Телефон: (048) 740-5249

Статья поступила 05.11.2013 г., принята к печати 29.01.2014 г.

проявлениях является важной задачей современной медицины и общества [10].

Медицинские работники первичного уровня медико-санитарной помощи, наиболее тесно контактирующие с семьей, призваны играть важнейшую роль в профилактике, выявлении и оказании помощи при жестоком обращении с ребенком.

Цель исследования: обосновать необходимость интеграции синдрома жестокого обращения с ребенком в стратегию ИВБДВ в контексте ВИЧ-инфекции и разработать алгоритм медицинской помощи при этом синдроме, который можно было бы включить в буклет схем ИВБДВ.

Пациенты и методы

На базе Одесского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом и Одесской областной детской клинической больницы мы наблюдали за 415 детьми, матери которых были инфицированы ВИЧ. Из этих детей 170 также были инфицированы ВИЧ (126 получали ВААРТ).

Более 75% ВИЧ-инфицированных пациентов получали первую схему ВААРТ, но были дети, которые получали вторую и третью схемы лечения. В когорте исследования преобладали дети с 3-й и 4-й клиническими стадиями заболевания. Схему с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы получали 56,4% детей (60% невирапин, 40% эфавиренз). В схему ВААРТ с ингибиторами протеазы у подавляющего большинства детей входил лопинавир/ритонавир.

В ходе наблюдения за детьми были изучены вопросы эффективности перинатальной передачи ВИЧ, своевременность ранней диагностики ВИЧ-инфекции, причины заболеваемости и смертности, причины неэффективности ВААРТ, приверженность длительному лечению.

Жестоким обращением мы считали ситуации, когда действия родителей/опекунов или лиц из ближайшего окружения могли причинить или причиняли фактический вред здоровью ребенка. Каждый случай был изучен, проанализированы причины его возникновения; была предоставлена необходимая помощь детям и семье. Также в каждом отдельном случае был разработан план предупреждения подобных ситуаций.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 415 инфицированных женщин, вошедших в наше исследование, 40 (9,6%) не были обследованы на ВИЧ во время беременности (инфицирование обнаружено во время родов) и, соответственно, не получали профилактической АРВ-терапии.

Анализ этих 40 случаев показал, что 33 (82,5%) женщины принадлежат к уязвимым или социально неблагополучным группам, которые не обращаются за плановой медицинской помощью. Также было установлено, что профилактическое назначение АРВ-препаратов детям этих женщин в течение 28 дней после рождения не приводило к желаемому результату, так как матери нерегулярно давали детям лекарства.

При общем уровне перинатальной трансмиссии ВИЧ детям в г. Одессе и в Украине в 2008–2011 годах, приблизительно равном 5–6%, среди 40 случаев отсутствия АРВ-

профилактики у матери во время беременности этот показатель составил 77,5% (31 случай).

Стратегия ИВБДВ при ВИЧ-инфекции включает консультирование матери по поводу ее собственного здоровья. Это консультирование может быть значимым фактором в профилактике перинатальной передачи ВИЧ у инфицированных матерей при повторных беременностях.

В процессе наблюдения за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, в том числе с ВИЧ-инфекцией, было зарегистрировано 29 (7%) случаев запущенности (отсутствие базового уровня заботы о ребенке) и 19 (4,6%) случаев изолированной медицинской запущенности: несвоевременность обращения за медицинской помощью, низкая приверженность лечению, полный отказ от лечения ВИЧ-инфицированных детей.

Во всех 29 случаях запущенности отсутствие базового уровня заботы сочеталось с медицинской запущенностью: плановое медицинское наблюдение было нерегулярным; в случае болезни родители/опекуны поздно обращались за медицинской помощью. Детей не приводили либо приводили нерегулярно для раннего уточнения ВИЧ-статуса, определения уровня ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита; дети не получали котримоксазол для профилактики пневмоцистной пневмонии. При назначении ребенку ВААРТ приверженность родителей/опекунов лечению была низкой. Во всех случаях невыполнение родительских обязанностей и плохой уход за ребенком были результатом злоупотребления матерью алкоголем или наркотическими веществами. В большинстве случаев семья была неполной, низкий материальный доход часто сочетался с отсутствием постоянной работы у матери или родителей/опекунов. Почти в четверти случаев семьи были многодетными.

Плохие условия жизни (запущенность, неадекватное питание) в этих социально неблагополучных семьях воздействовали негативно как на неинфицированных, так и на инфицированных детей. Быстрое прогрессирование заболевания и позднее обращение за медицинской помощью привели к тому, что 10 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, умерли на первом году жизни.

Стратегия помощи ребенку в социально неблагополучной семье включает привлечение правоохранительных органов, служб по защите прав несовершеннолетних детей и других социальных служб, так как запущенность непосредственно угрожает жизни ребенка раннего возраста.

Социально неблагополучной семье необходимо социальное инспектирование и социальное сопровождение, а матери, страдающие вредными привычками, нуждаются в лечении или вовлечении в программы снижения вреда.

Крайней мерой по спасению жизни ВИЧ-инфицированного ребенка может быть принудительное (временное, окончательное) изъятие ребенка из семьи, помещение его в дом ребенка или другое государственное учреждение либо в другую семью, где ему будут гарантированы приемлемые условия жизни и качественная медицинская помощь.

Среди 126 ВИЧ-инфицированных детей, получающих специфическое лечение, низкая приверженность родителей/опекунов лечению была зафиксирована в 14 (11,1%) случаях.

Развитие лекарственной устойчивости ВИЧ в результате пропусков приема лекарств или опозданий в приеме ле-

Таблица 1. Алгоритм оценки и классификации состояния детей по наличию признаков жестокого обращения, чье состояние классифицировано как подтвержденная ВИЧ-инфекция/Подозрение на симптоматическую ВИЧ-инфекцию/Риск ВИЧ-инфекции или возможная ВИЧ-инфекция

<p>Проверьте всех детей, чье состояние классифицировано по ВИЧ-инфекции, на наличие признаков жестокого обращения. Проверьте всех детей, чье состояние классифицировано как Подтвержденная ВИЧ-инфекция/Подозрение на симптоматическую ВИЧ-инфекцию/Риск ВИЧ-инфекции или возможная ВИЧ-инфекция на наличие признаков медицинской запущенности. Проверьте детей, чье состояние классифицировано как Подтвержденная ВИЧ-инфекция на наличие низкой приверженности родителей/опекунов к ВААРТ.</p>				
<p>СПРОСИТЕ или ПРОВЕРЬТЕ ПО КАРТОЧКЕ: Были за последние 6 мес пропуски без уважительной причины плановых визитов к врачу, необоснованные отказы от необходимого обследования и лечения ребенка, нарушение режима длительного лечения?</p> <p>ПОСМОТРИТЕ: Есть ли признаки: • физического и/или сексуального насилия; • запущенности (отсутствие/недостаток необходимой пищи, одежды, безопасной окружающей среды)</p> <p>ОЦЕНИТЕ: приверженность к ВААРТ</p>	<p>Классифицируйте состояние ребенка по жестокому обращению, медицинской запущенности/низкой приверженности ВААРТ</p>	<p>ЕСТЬ угрожающие здоровью и жизни ребенка признаки: • физического и/или сексуального насилия; • запущенности</p>	<p>ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ, КОТОРОЕ УГРОЖАЕТ ЗДОРОВЬЮ И ЖИЗНИ РЕБЕНКА (розовый ряд)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • СРОЧНО направьте ребенка в стационар, обеспечив его безопасную транспортировку. • Информируйте органы правопорядка/службу по защите прав несовершеннолетних детей/социальную службу • Проконсультируйте мать ребенка с использованием навыков эффективного общения, по следующим вопросам: • порядок медицинского наблюдения и лечения ребенка; • приверженность к длительному лечению/высокоактивной антиретровирусной терапии; • дайте рекомендации, по необходимому обследованию и лечению ребенку; • при необходимости направьте к специалисту; • обучите мать навыкам постоянного ухода; дайте координаты группы поддержки («равный – равному»); • назначьте последующее наблюдение через 14 дней
		<p>За последние 6 мес ЕСТЬ: • пропуски без уважительной причины плановых визитов к врачу; • необоснованные отказы от необходимого обследования и лечения ребенка; • нарушение режима длительного лечения; • низкая приверженность родителей/опекунов к ВААРТ</p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ/НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВААРТ (желтый ряд)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Консультируйте мать по вопросам: • питания ребенка; • постоянного ухода и последующего наблюдения; • ухода в целях развития; • ее собственного здоровья; • профилактики передачи ВИЧ
		<p>НЕТ признаков жестокого обращения с ребенком. НЕТ за последние 6 месяцев: • пропусков без уважительной причины плановых визитов к врачу; • необоснованных отказов от необходимого обследования и лечения ребенка; • нарушения режима длительного лечения • низкой приверженности к ВААРТ</p>	<p>НЕТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ЗАПУЩЕННОСТИ/НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВААРТ (зеленый ряд)</p>	

Таблица 2. Алгоритм последующего наблюдения за ребенком, состояние которого при первичном обращении классифицировано как Медицинская запущенность/Низкая приверженность ВААРТ

<p>Через 14 дней после первичного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проведите полную оценку ребенка согласно руководствам «Интегрированного ведения болезней детского возраста», уделяя особое внимание признакам прогрессирования ВИЧ-инфекции. • Оцените, классифицируйте, при необходимости – лечите, консультируйте и наблюдайте за течением имеющихся заболеваний. • Узнайте, как выполнены рекомендации, которые были даны специалистом при первичном обращении, проверьте их выполнение. • Оцените приверженность родителей/опекунов к длительному лечению/ВААРТ. • Консультируйте мать по вопросам питания, постоянного ухода, приверженности к лечению ребенка и ухода за ним с целью раннего развития, а также по вопросам ее собственного здоровья и профилактики передачи ВИЧ-инфекции.
<p>Последующее наблюдение: 1 раз в месяц в течение первого года жизни и далее 1 раз в 3 месяца.</p> <p>Проводите:</p> <ul style="list-style-type: none"> • полную оценку состояния ребенка согласно руководствам «Интегрированного ведения болезней детского возраста», уделяя особое внимание признакам прогрессирования ВИЧ-инфекции; • оценку динамики массы тела ребенка; • оценку качества питания ребенка и проводите консультирование; • оценку выполнения родителями/опекунами рекомендаций специалистов; • оценку приверженности родителей/опекунов к длительному лечению/ВААРТ; • иммунизацию ребенка с учетом рекомендаций специалиста; • продолжайте консультировать мать по вопросам постоянного ухода, приверженности к лечению ребенка и ухода за ним с целью раннего развития, а также по вопросам ее собственного здоровья и профилактики передачи ВИЧ-инфекции.
<p>Если на основании результатов тестов состояние ребенка классифицировано как ВИЧ-инфекция маловероятна:</p> <ul style="list-style-type: none"> • прекратите прием котримоксазола; • иммунизацию ребенка проводите согласно общенациональному календарю прививок, в том числе БЦЖ; если в семье есть ВИЧ-инфицированные, то применяйте вместо оральной живой инактивированную вакцину против полиомиелита; • продолжайте консультировать мать по поводу ее собственного здоровья и профилактики передачи ВИЧ-инфекции.

карств приводило к неэффективности терапии и прогрессированию ВИЧ-инфекции, что делало необходимым замену схемы лечения.

Хотя низкая приверженность к ВААРТ и не приводила медленно к летальному исходу, она, несомненно, ухудшала прогноз выживания ВИЧ-инфицированных детей. Более чем в половине случаев низкая приверженность лечению была обусловлена недостаточным пониманием социально благополучными родителями значимости для ребенка правил приема ВААРТ.

Стратегия предупреждения медицинской запущенности и низкой приверженности длительному лечению заключается в индивидуальном подходе к каждому конкретному случаю и в эффективном консультировании матери и/или членов семьи как специалистами по вопросам ВИЧ-инфекции, так и медицинскими работниками первичного уровня, которые тесно контактируют со всеми членами семьи.

Отдельно проведен анализ 5 случаев осознанного отказа родителей от профилактики или лечения ВИЧ-инфекции у детей. Все родители разделяли идеологию СПИД-диссидентства – псевдонаучного движения, приверженцы которого отрицают факт существования и выделения вируса, а развитие СПИДа считают результатом различных факторов неинфекционной природы. Такие родители (опекуны) не признают у ребенка наличия ВИЧ-инфекции и отказываются от проведения ВААРТ. Во всех 5 случаях родители – образованные люди с активной жизненной позицией. Они хорошо заботятся о ребенке, активно обращаются к врачам, тщательно обследуют ребенка в поисках другого диагноза, лечат его от других заболеваний. Этим родителям нельзя обвинить в пренебрежении к ребенку, но подобная ситуация является вариантом медицинской запущенности. Отсутствие ВААРТ неминуемо приведет ВИЧ-инфицированного ребенка к летальному исходу: в нашем исследовании один из 5 детей умер в возрасте 6 лет; еще у двоих детей в возрасте до 5 лет развился тяжелый ВИЧ-ассоциированный иммунодефицит.

В этих случаях биоэтический конфликт между правом ребенка на лечение и правом родителей на автономию личности. Юридическое, «силовое» решение такого конфликта не приводит к желаемому результату.

Стратегия разрешения подобных конфликтов лежит в плоскости соблюдения биоэтических норм медицинскими специалистами, в постоянном их сотрудничестве с родителями, в эффективном консультировании и доступной аргументации действий и решений. Медицинские работники первичного звена могут оптимизировать медицинское ведение ВИЧ-инфицированного ребенка, постепенно воздействуя на отношение членов семьи к проблеме ВИЧ-инфекции вообще и у их ребенка в частности.

Таким образом, результаты анализа показали, что случаи жестокого обращения с детьми первых 5 лет жизни, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, особенно имеющими вредные привычки, встречаются часто.

Запущенность – самая распространенная форма жестокого обращения.

Специфическим видом жестокого обращения с инфицированными ВИЧ детьми является медицинская запущенность и ее частное проявление – низкая приверженность

длительному лечению, негативное влияние которой на выживаемость ВИЧ-инфицированных детей очень велико.

Наиболее эффективно и своевременно выявить эти варианты запущенности могут только медицинские работники первичного уровня.

Все изложенное, по нашему мнению, является обоснованием для включения синдрома жестокого обращения с ребенком в стратегию ИВБДВ в контексте ВИЧ-инфекции.

Для включения синдрома жестокого обращения с ребенком в стратегию ИВБДВ в контексте ВИЧ-инфекции нами разработан алгоритм оценки и классификации состояния ребенка и определения лечения при первичном обращении (табл. 1), а также алгоритм последующего наблюдения за пациентом, состояние которого при первичном осмотре классифицировано как медицинская запущенность/низкая приверженность ВААРТ (табл. 2).

Внедрение предложенного алгоритма показало, что он дает медицинским работникам возможность объективно выявлять признаки медицинской запущенности и унифицирует порядок действий в случае выявления синдрома жестокого обращения с ребенком.

Выводы

1. Дети, инфицированные ВИЧ или рожденные инфицированными матерями, входят в группу высокого риска по жестокому обращению с ними.

2. Наиболее частыми формами синдрома жестокого обращения с этой группой детей, негативно влияющими на их здоровье и продолжительность их жизни, являются запущенность, медицинская запущенность и низкая приверженность ВААРТ.

3. Синдром жестокого обращения с ребенком необходимо выявлять и предупреждать на первичном уровне медико-санитарной помощи, для чего синдром следует включить в стратегию ИВБДВ в контексте ВИЧ-инфекции.

4. Предложены алгоритмы оценки и классификации состояния ребенка по жестокому обращению с ним; представлен алгоритм медицинской помощи при первичном обращении за помощью и последующем наблюдении.

5. Включение разработанных алгоритмов в буклет схем ИВБДВ в контексте ВИЧ-инфекции позволит выявлять, предоставлять неотложную и плановую помощь детям, подвергающимся жестокому обращению, что позволит снизить заболеваемость и смертность, а также улучшить рост и развитие детей первых 5 лет жизни, относящихся к группе риска.

Литература

1. Обучающий курс «Интегрированное ведение болезней детского возраста». ВОЗ/ЮНИСЕФ. 2008. Режим доступа: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/ru/index.html.
2. Primary Child Care. A manual for health workers. Macmillan Publishers Limited. 2009;581.
3. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2010. Режим доступа: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_ru.htm.
4. ВОЗ: лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона. 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf.

5. IMCI Complementary course on HIV/AIDS. World Health Organization, UNICEF. 2006. Режим доступа: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241594373/en/.
6. Лежнев ИА, Котова НВ, Старец ЕА. Дополнительный курс по ВИЧ-инфекции в интегрированном ведении болезней детского возраста – стратегия первичной помощи ВИЧ-инфицированным детям. Современная педиатрия. 2010;5(33):21-9.
7. ICATT – Integrated Management of Childhood Illness Computerized Adaptation and Training Tool. Режим доступа: <http://www.icatt-training.org/>.
8. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №36. Київ, 2011;27.
9. ВОЗ: Жестокое обращение с детьми. Информационный бюллетень №150. Август 2010 г. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/ru/index.html>.
10. ВОЗ: Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей. 2010. Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/5777702252_chap3_rus.pdf.
11. Аряев НЛ, Носкова АП. Моно- и мультифакторный анализ факторов риска синдрома жестокого обращения с детьми. Современная педиатрия. 2010;1(29):21-3.
12. Child Welfare Manual. Glossary/Reference. 2011. Режим доступа: <http://www.dss.mo.gov/cd/info/cwmanual/section7/sec7index.htm>.
13. Roberts GM, Wheeler JG, Tucker NC, Hackler C, Young K, Maples HD, et al. Nonadherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. Pediatrics. 2004 Sep;114(3):e346-53.
14. Zhao G, Li X, Zhao J, Zhang L, Stanton B. Relative importance of various measures of HIV-related stigma in predicting psychological outcomes among children affected by HIV. Community Ment Health J. 2012 Jun;48(3):275-83. doi: 10.1007/s10597-011-9424-7. Epub 2011 Jun 17.
3. Doklad YuNEYDS o globalnoy epidemii SPIDA, 2010. Rezhim dostupa: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_ru.htm. (In Russian).
4. VOZ: lecheniye i pomoshch pri VICH/SPIDe. Klinicheskiye protokoly dlya Yevropeyskogo regiona. 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf. (In Russian).
5. IMCI Complementary course on HIV/AIDS. World Health Organization, UNICEF. 2006. Режим доступа: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241594373/en/.
6. Lezhnev IA, Kotova NV, Starets YeA. Sovremennaya pediatriya. 2010;5(33):21-9. (In Russian).
7. ICATT – Integrated Management of Childhood Illness Computerized Adaptation and Training Tool. Режим доступа: <http://www.icatt-training.org/>.
8. VIL-infektsiya v Ukraini. Informatsiyiny byuleten №36. Kiiv, 2011;27. (In Ukrainian).
9. VOZ: Zhestokoye obrashcheniye s detmi. Informatsionnyy byulleten №150. Avgust 2010 g. Rezhim dostupa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/ru/index.html>. (In Russian).
10. VOZ: Zhestokoye obrashcheniye s detmi i otsutstviye zaboty so storony roditel'ey i drugikh vospitateley. 2010. Rezhim dostupa: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/5777702252_chap3_rus.pdf. (In Russian).
11. Aryayev NL, Noskova AP. Sovremennaya pediatriya. 2010;1(29):21-3. In Russian.
12. Child Welfare Manual. Glossary/Reference. 2011. Rezhim dostupa: <http://www.dss.mo.gov/cd/info/cwmanual/section7/sec7index.htm>.
13. Roberts GM, Wheeler JG, Tucker NC, Hackler C, Young K, Maples HD, et al. Nonadherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. Pediatrics. 2004 Sep;114(3):e346-53.
14. Zhao G, Li X, Zhao J, Zhang L, Stanton B. Relative importance of various measures of HIV-related stigma in predicting psychological outcomes among children affected by HIV. Community Ment Health J. 2012 Jun;48(3):275-83. doi: 10.1007/s10597-011-9424-7. Epub 2011 Jun 17.

References

1. Obuchayushchiy kurs «Integririvanoye vedeniye bolezney detskogo vozrasta». VOZ/YuNISEF. 2008. Rezhim dostupa: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/ru/index.html. (In Russian).
2. Primary Child Care. A manual for health workers. Macmillan Publishers Limited. 2009;581.

Информация о соавторе:

Грищенко Наталья Владимировна, врач Одесского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом
Адрес: 65028, Украина, Одесса, ул. Мечникова, 132
Телефон: (048) 734-7831

Издательство «Династия» выпускает научно-практический журнал «Вопросы урологии и андрологии»

Главный редактор

член-корреспондент РАМН, профессор **А.Д.Каприн**
директор МНИОИ им. П.А.Герцена, заведующий кафедрой урологии с курсом онкоурологии ФПКМР РУДН,
главный уролог Медуправления РАН РФ

Заместитель главного редактора

профессор **А.А.Костин**
профессор кафедры урологии с курсом онкоурологии ФПКМР РУДН

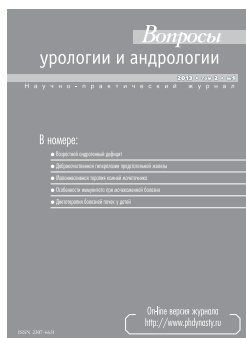
Журнал выпускается с 2012 года и предназначен для урологов, нефрологов, андрологов, онкологов, хирургов, акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей. Редакционный совет журнала широко представлен российскими и зарубежными специалистами из ведущих урологических клиник.

Журнал освещает новейшие достижения отечественной и зарубежной медицины в области урологии, нефрологии, андрологии и ряда смежных дисциплин. В журнале публикуются результаты оригинальных исследований по различной тематике, включая специально созданные рубрики по эндоскопической урологии, онкоурологии, женской урологии и пр.; обсуждаются дискуссионные вопросы в разделе «За и против»; выделены секции «Колонка для резидентов» и «Взгляд патоморфолога». Наряду с этим, в журнале представлены обзоры литературы по актуальным вопросам урологии, отчеты о наиболее важных научных конгрессах и конференциях, комментарии специалистов в отношении существующих клинических руководств и рекомендаций различных урологических ассоциаций и организаций.

Адрес: 119019, Москва, Г-19, а/я 229, Издательство «Династия». тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: red@mm-agency.ru

По вопросам подписки обращаться: тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: podpiska@mm-agency.ru

Отдел рекламы: тел.: (495) 517-7055, тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: reklama@mm-agency.ru



www.phdynasty.ru