

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КУРС ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИНТЕГРИРОВАННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА – СТРАТЕГИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ДЕТЯМ (лекция)\*

И.А. Лежнев, Н.В. Котова, Е.А. Старец

Всемирная организация здравоохранения  
Одесский государственный медицинский университет

**Резюме.** Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) – это руководство для медицинских работников первичного звена по оценке, лечению и последующему наблюдению общераспространенных заболеваний у детей. Дополнительный курс по ВИЧ-инфекции в ИВБДВ для стран с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции посвящен тем же проблемам, включая выявление и ведение ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных состояний, в том числе поражения кожи и полости рта. В этом курсе представлены рекомендации по вскармливанию, иммунизации, профилактике котримоксазолом и приему витамина А для младенцев и детей с риском ВИЧ-инфекции и подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Также представлена информация об антиретровирусной терапии у детей, приверженности длительному лечению, побочных действиях антиретровирусных препаратов и их ведении.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, дети, заболевания детей, первичная помощь.

## Введение

Стратегия интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) объединяет ряд эффективных мероприятий для предотвращения смертности детей до 5 лет, снижения частоты и тяжести их заболеваний, инвалидности, а также для улучшения роста и развития детей, которая в основном направлена на ведение острых, угрожающих жизни состояний. Во время разработки стратегии ИВБДВ в середине 90-х годов XX века ВИЧ-инфекция не являлась глобальной проблемой детей младшего возраста. Однако развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в XXI веке, ее феминизация, привели к тому, что количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, и детей с ВИЧ-инфекцией стало значительным. В 2008 г. в мире вновь инфицировалось ВИЧ 430 000 детей, причем в 90% случаев передача вируса детям произошла от ВИЧ-инфицированных матерей. Без специфического лечения более 50% детей с ВИЧ-инфекцией умирают до достижения двухлетнего возраста в результате оппортунистических инфекций и интеркуррентных заболеваний, таких как пневмония, диарея, нарушение питания. Антиретровирусная терапия (АРТ) в течение всей жизни трансформирует неизлечимое заболевание в хроническую инфекцию.

Учитывая размах эпидемии ВИЧ-инфекции и все возрастающую роль первичного звена в медицинской помощи, вопросы ведения детей с ВИЧ-инфекцией было решено включить в клинические руководства ИВБДВ. Основной задачей клинических руководств ИВБДВ в контексте ВИЧ-инфекции является оказание помощи медицинскому персоналу первичного звена по вопросам ведения ВИЧ-инфекции у детей в амбулаторно-поликлинических условиях. Учитывая хронический характер заболевания, необходимость специфического лечения в течение всей жизни, важными задачами современной системы здравоохранения становится децентрализация оказания помощи ВИЧ-инфицированным детям, организация постоянного ухода и формирование приверженности АРТ. Необходимо четкое распределение обязанностей между первичным звеном и специалистами по вопросам ВИЧ-инфекции, преемственность между разными уровнями медицинской помощи. Специалисты первичного звена

должны принимать активное участие в идентификации новых случаев инфицирования ВИЧ, помогать специализированным службам эффективно осуществлять специфическое лечение и поддерживать семьи ВИЧ-инфицированных детей. Включение вопросов ВИЧ-инфекции в стратегию ИВБДВ улучшает навыки как медицинского персонала по ведению больных детей, так и практику ведения ВИЧ-инфицированных детей в семье.

В 2006 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали трехдневный дополнительный учебный курс по ВИЧ-инфекции в ИВБДВ для стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. В 2009 г. этот курс был переработан и адаптирован для стран с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции, таких как Украина, другие страны Восточной Европы и Центральной Азии. Одновременно была разработана специальная компьютерная программа обучения по этому курсу – ИСАТТ, самостоятельная работа с которой позволяет медицинским специалистам научиться вести детей, чье состояние классифицировано по ВИЧ-инфекции, с использованием клинического руководства, дает возможность посмотреть видеоматериалы и фотографии, выполнить необходимые для закрепления знаний упражнения, а также проверить свои знания, и при этом существенно сокращает время обучения.

Вопросы ведения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, и ВИЧ-инфицированных детей включены в типовые программы обучения студентов медицинских факультетов по дисциплине «Педиатрия. Детские инфекции» на 6 курсе и врачей-интернов по специальности «Педиатрия» (приказ МЗ Украины от 08.05.2009 г. № 313).

**Цель** данной клинической лекции – обзор «Дополнительного курса по ВИЧ-инфекции в Интегрированном ведении болезней детского возраста», предназначенного для подготовки студентов медицинских факультетов на 6 курсе по дисциплине «Педиатрия. Детские инфекции» и врачей-интернов по специальности «Педиатрия» высших медицинских учебных заведений III–IV уровня аккредитации, а также для последиplomной подготовки медицинских специалистов первичного звена.

## Алгоритм действий в контексте ИВБДВ

Содержание учебного курса включает базовые знания по ВИЧ-инфекции для медицинских специалистов пер-

\*Продолжение. Первую лекцию по данной теме читайте в журнале «Современная педиатрия». – 2010. – №4.

вичного звена, алгоритм оценки и классификации состояния детей в отношении ВИЧ-инфекции, принципы лечения и ведения при первичном обращении и последующем наблюдении, консультирования матерей в контексте ВИЧ-инфекции, основы АРТ и постоянного ухода за ВИЧ-инфицированными детьми.

Дополнительный курс по ВИЧ-инфекции, как и базовый курс ИВБДВ, основан на систематической оценке наиболее значимых клинических данных, симптомов и признаков, группировка которых дает возможность классифицировать состояния ребенка по ВИЧ-инфекции. Классификация состояния по ВИЧ-инфекции не является диагнозом в традиционном понимании, но она позволяет «сортировать» пациентов на первичном уровне оказания помощи, определять тактику ведения и лечения, выявлять необходимость направления к специалисту по ВИЧ-инфекции. Как известно, классификация заболеваний в контексте ИВБДВ базируется на системе тройного цветового кодирования: «розовый» означает, что ребенка необходимо срочно направить в стационар, «желтый» указывает на необходимость начала амбулаторного обследования и/или лечения, а «зеленый» указывает на необходимость поддерживающего ухода на дому. В классификации состояния ребенка по ВИЧ-инфекции нет «розовых» градаций. Хроническое заболевание ВИЧ-инфекция не требует срочного направления в стационар. Если же у ВИЧ-инфицированного ребенка возникнет тяжелое проявление основного заболевания (например, развивается оппортунистическая инфекция), то основанием для срочной госпитализации как и при других заболеваниях будут общие (неспецифические) признаки опасности, которые указывают на тяжесть текущей болезни.

В зависимости от возраста ребенка различные клинические данные и симптомы имеют различную степень статистической достоверности, диагностической чувствительности и специфичности. Поэтому в Дополнительном курсе по ВИЧ-инфекции, как и в базовом курсе ИВБДВ, представлены рекомендации по выбору симптомов (признаков) и тактике ведения пациентов для двух возрастных категорий: 1) дети в возрасте от 2 месяцев до 5 лет; 2) младенцы в возрасте до 2 месяцев.

Подход, примененный в Дополнительном курсе по ВИЧ-инфекции, основан на алгоритме действий, как и в основном курсе ИВБДВ: шаг 1 — «Оцените»; шаг 2 — «Классифицируйте»; шаг 3 — «Определите лечение (ведение)»; шаг 4 — «Лечите ребенка или младенца»; шаг 5 — «Консультируйте мать»; шаг 6 — «Проведите последующий осмотр». Для того, чтобы облегчить процесс ведения больных по принципам ИВБДВ, все шаги ведения заболеваний, описанные выше, представлены в Буклете схем Дополнительного курса по ВИЧ-инфекции в ИВБДВ, который является настольным справочным пособием для медицинских работников первичного звена.

#### **Общие сведения о ВИЧ-инфекции и путях передачи ВИЧ ребенку**

ВИЧ инфекция — это инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает иммунную систему, что приводит к развитию синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). На фоне иммунодефицита возникают оппортунистические инфекции, вызываемые микроорганизмами, которые при здоровой иммунной системе не приносят вреда организму. В переводе с латинского языка «оппортунистически» означает «использующие случай».

Основной мишенью вируса являются CD4-лимфоциты. По мере прогрессирования заболевания вирусная

нагрузка (количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови) увеличивается, а уровень CD4-лимфоцитов — снижается. Измерение процентного содержания или абсолютного количества CD4-лимфоцитов в крови ребенка с ВИЧ-инфекцией является эффективным способом оценки состояния иммунной системы и определения показаний к началу АРТ.

Основным путем передачи (трансмиссии) ВИЧ детям является так называемая «вертикальная» передача возбудителя инфекции от матери к ребенку. Передача ВИЧ от матери может произойти во время беременности, в родах и при кормлении грудью. Общий риск инфицирования ребенка от ВИЧ-инфицированной матери составляет около 35% (одна треть): во время беременности — 5%, в родах — 15%, во время кормления грудью — 15%. Возможны и другие пути передачи ВИЧ ребенку, а именно: половое насилие; инъекции с использованием нестерильных инструментов; переливание ВИЧ-инфицированной крови.

#### **Оценка и классификация состояния по ВИЧ-инфекции, ведение детей и младенцев при первичном обращении**

**Оценка необходимости классификации состояния ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет по ВИЧ-инфекции.** При первичном обращении за медицинской помощью после проверки ребенка на наличие общих признаков опасности, оценки и классификации основных симптомов по принципам ИВБДВ, медицинский работник должен оценить необходимость классифицировать состояние ребенка по ВИЧ-инфекции. Нужно спросить, тестировались ли мать и ребенок на ВИЧ. Если тестирование проводилось, то какими тестами и каковы их результаты.

Если результат тестирования был отрицательным у матери и у ребенка, то нет необходимости классифицировать состояние ребенка по ВИЧ-инфекции. Если результат тестирования был положительным у матери или у ребенка, то нужно классифицировать состояние ребенка по ВИЧ-инфекции.

Если результат тестирования на ВИЧ неизвестен, или мать, или ребенок не были тестированы на ВИЧ, необходимо оценить, имеются ли у ребенка состояния, похожие на симптоматику ВИЧ-инфекции: 1) повторные эпизоды ПНЕВМОНИИ в течение последних 6 месяцев; 2) ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ; 3) повторные эпизоды ОСТРОЙ ИНФЕКЦИИ УША, ХРОНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ УША; 4) ТЯЖЕЛОЕ НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ, ОЧЕНЬ НИЗКИЙ ВЕС ДЛЯ ВОЗРАСТА. Кроме того, необходимо проверить, есть ли у ребенка: 5) белый налет во рту; 6) увеличение околушных слюнных желез; 7) генерализованное увеличение лимфатических узлов. Если выявлено два и более из семи перечисленных выше признаков, то нужно классифицировать состояние ребенка по ВИЧ-инфекции.

**Оценка, классификация состояния ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет по ВИЧ-инфекции и определение тактики ведения.** На основании результатов тестирования матери и/или ребенка на ВИЧ, наличия состояний детей можно классифицировать по ВИЧ-инфекции следующим образом:

1. ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ (желтый) — у ребенка диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден соответствующими лабораторными методами, не зависимо от наличия или отсутствия клинических проявлений заболевания; в большинстве случаев мать тоже инфицирована ВИЧ; необходимо лечить текущую инфекцию (если есть), проверить прием котримоксазола, планово дать витамин А, проверить питание и дать матери необхо-

димые рекомендации, направить к специалисту для обсуждения вопросов лечения и иммунизации, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях; последующее наблюдение через 14 дней.

2. ПОДОЗРЕНИЕ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ («желтый») — у ребенка выявлены состояния, похожие на проявления ВИЧ-инфекции, и при этом нет результатов исследования ребенка и/или матери на ВИЧ; необходимо лечить имеющуюся инфекцию, назначить котримоксазол, дать витамин А, проверить питание и дать матери необходимые рекомендации, провести анализ на ВИЧ или направить к специалисту для уточнения ВИЧ-статуса, при необходимости иммунизации — отложить до уточнения ВИЧ-статуса, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях; последующее наблюдение через 14 дней.

3. РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ («желтый») — у ребенка есть контакт с ВИЧ, который сопряжен с риском инфицирования и дальнейшим развитием ВИЧ-инфекции; у большинства детей он связан с передачей ВИЧ от матери к ребенку, но иногда он может быть обусловлен другими возможными путями передачи; необходимо лечить имеющуюся инфекцию (если есть), проверить прием котримоксазола, дать витамин А, проверить питание и дать матери необходимые рекомендации, направить к специалисту или провести необходимый тест на ВИЧ, при необходимости иммунизации использовать календарь для ВИЧ-инфицированных, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях; последующее наблюдение через 14 дней.

4. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА («зеленый») — у ребенка не выявлено два и более состояний из семи похожих на проявления ВИЧ-инфекции, и при этом нет результатов исследования ребенка и/или матери на ВИЧ; необходимо лечить имеющуюся инфекцию, проверить питание и дать матери необходимые рекомендации, вакцинировать по общенациональному календарю, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях.—

5. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА («зеленый») — у ребенка и/или матери получены отрицательные результаты лабораторных тестов на ВИЧ, и у ребенка нет признаков ВИЧ-инфекции; необходимо лечить имеющуюся инфекцию, проверить питание и дать матери необходимые рекомендации, проводить иммунизацию по календарю, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях.

**Оценка, классификация состояния младенца в возрасте до 2-х месяцев по ВИЧ-инфекции и определение тактики ведения.** Оценка и классификация у младенцев первых 2-х месяцев жизни по ВИЧ-инфекции отличается от таковой у детей более старшего возраста. В этом возрасте нет достоверных признаков симптоматической ВИЧ-инфекции. Поэтому классификация состояния по ВИЧ-инфекции основана только на результатах анализа крови матери и младенца на ВИЧ, согласно которой младенца можно отнести к одной из трех групп:

1. ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ («желтый») — у младенца диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден положительными результатами двух вирусологических тестов; необходимо назначить котримоксазол с 4–6-недельного возраста, проверить питание и дать матери необходимые рекомендации, направить к специалисту для обсуждения вопросов лечения и иммунизации, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях; последующее наблюдение через 14 дней.

2. РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ («желтый») — у младенца мать инфицирована ВИЧ или есть антитела к ВИЧ; необходимо назначить котримоксазол с 4–6-недельного возраста, проверить питание и дать матери необходимые рекомендации, направить на вирусологический тест на ВИЧ, проконсультировать мать по вопросам лечения в домашних условиях; последующее наблюдение через 14 дней.

3. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА («зеленый») — у матери или младенца отрицательный результат тестирования на ВИЧ; необходимо проверить питание и консультировать мать по кормлению младенца.

**Трактовка результатов тестирования ребенка на ВИЧ.** Окончательное подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, а также его исключение осуществляется только на основании результатов лабораторных исследований. Существуют различные способы лабораторного выявления ВИЧ-инфекции. Тестирование на наличие в крови антител к ВИЧ — непрямой метод диагностики заболелания, а определение генетического материала вируса (РНК ВИЧ или провирусной ДНК) — так называемый вирусологический тест — прямой метод. Для уточнения диагноза ВИЧ-инфекции вирусологическими тестами необходимо тестировать ребенка дважды; получение двух положительных результатов подтверждает диагноз ВИЧ-инфекции, двух отрицательных результатов — исключает диагноз ВИЧ-инфекции.

Детям после 18 месяцев необходимо провести тест на наличие антител к ВИЧ:

- положительный результат означает, что состояние ребенка классифицируется как ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ;
- отрицательный результат означает, что состояние ребенка классифицируется как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА.

Детям до 18 месяцев с классификацией РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ:

- Если есть возможность сделать вирусологический тест, необходимо провести исследование, если ребенок старше 4–6-ти недель;
- 2 положительных результата означают, что состояние ребенка классифицируется как ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ;
- 2 отрицательных результата означают, что состояние ребенка классифицируется как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА.
- Если нет возможности провести вирусологический тест, то в возрасте после 12 месяцев можно сделать тест на наличие антител к ВИЧ:
- положительный результат означает, что состояние ребенка классифицируется как РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ;
- отрицательный результат означает, что состояние ребенка классифицируется как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА.

Детям до 18 месяцев с ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, рожденным ВИЧ-отрицательными матерями, необходимо сделать тест на наличие антител к ВИЧ:

- положительный результат означает, что состояние ребенка классифицируется как ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ;
- отрицательный результат означает, что состояние ребенка классифицируется как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА.



Детям до 18 месяцев с ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, рожденным матерями с неизвестным ВИЧ-статусом, необходимо сделать тест на наличие антител к ВИЧ. Мать также необходимо тестировать на ВИЧ. Дальнейшая классификация состояния ребенка по ВИЧ-инфекции зависит от результата теста матери.

Детям любого возраста с классификацией состояния РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ проводят:

- вирусологический тест — не ранее, чем через 6 недель после прекращения грудного вскармливания;
- тест на антитела к ВИЧ — не ранее, чем через 12 недель после прекращения грудного вскармливания.

**Оценка, классификация и ведение оппортунистических инфекций.** У ВИЧ-инфицированных детей при тяжелом нарушении иммунитета существует высокий риск заболевания оппортунистическими инфекциями. Некоторые оппортунистические инфекции проявляются как пневмония, диарея или тяжелые формы лихорадки, поэтому при их возникновении необходима госпитализация. Лечение оппортунистических инфекций в виде поражения полости рта и заболевания кожи может осуществляться на первичном уровне. У детей, состояние которых классифицировано как ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПОДОЗРЕНИЕ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ или РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, могут наблюдаться такие заболевания. Необходимо спросить, может ли ребенок принимать пищу, и провести детальный осмотр полости рта и кожи, оценить наличие, глубину и обширность поражения. На основании опроса и осмотра полости рта и кожи состояние ребенка можно классифицировать следующим образом:

1. **ТЯЖЕЛОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ («розовый»)** — ребенок не может есть или у него глубокие или обширные язвы в полости рта, или обширные высыпания на коже; необходимо срочно направить в стационар.

2. **ЯЗВЫ В ПОЛОСТИ РТА ИЛИ ВЫСЫПАНИЯ НА КОЖЕ («желтый»)** — у ребенка язвы в полости рта или высыпания на коже; необходимо показать матери, как обрабатывать полость рта, при подозрении на поражение кожи вирусом простого герпеса — дать ацикловир, при бактериальной инфекции — лечить антибиотиками широкого спектра действия, при идентификации поражения кожи (пруриго, дерматомикоз, чесотка, ветряная оспа, контагиозный моллюск, бородавки и др.) — назначить соответствующее лечение, при подозрении на медикаментозную аллергию — направить к специалисту, облегчить боль и зуд; последующее наблюдение через 7 дней.

3. **НЕТ ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ («зеленый»)** — у ребенка нет язв в полости рта и высыпаний на коже; необходимо лечить имеющуюся инфекцию (если есть), проверить питание и дать матери необходимые рекомендации.

**Профилактика заболеваний.** Профилактика котримоксазолом. Младенцы и дети, состояние которых классифицировано как РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПОДОЗРЕНИЕ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ или ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, могут заболеть тяжелой формой пневмонии и другими серьезными инфекциями в очень раннем возрасте. Тяжелая, опасная для жизни форма пневмонии, вызываемая пневмоцистами (*Pneumocystis jirovecii*), называется пневмоцистной пневмонией. Регулярная профилактика котримоксазолом

является простым и эффективным способом профилактики этой болезни, повышает частоту выживания детей, даже без АРТ, снижая смертность ВИЧ-инфицированных детей на 40%. Профилактику котримоксазолом назначают всем детям и младенцам, чье состояние классифицировано как: РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ — с 4–6 недельного возраста; ПОДОЗРЕНИЕ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ — как можно раньше; ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ — с 4–6 недель до 12 месяцев независимо от стадии болезни и уровня CD4-лимфоцитов, от 12 месяцев до 5 лет во II, III или IV клинической стадии (по классификации ВОЗ, 2006) или при тяжелом иммунодефиците (независимо от того, получает ли ребенок АРТ). Профилактику котримоксазолом прекращают, если по результатам тестирования на ВИЧ состояние было классифицировано как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА, у детей с ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ — на основании рекомендаций специалиста.

**Иммунизация.** Все дети с РИСКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ должны получить все без исключения инактивированные (неживые) вакцины в соответствии с национальными рекомендациями по иммунизации. У ВИЧ-инфицированных детей отмечен высокий риск заражения вакцинальным штаммом бациллы туберкулеза, поэтому им не делают прививку БЦЖ. Детям, чье состояние классифицировано как РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ и ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, вводится инактивированная вакцина против полиомиелита. Дети с ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ и тяжелым иммунодефицитом не должны вакцинироваться. Рекомендации по вакцинации ВИЧ-инфицированных детей дает специалист по ВИЧ-инфекции.

**Дополнение диеты витамином А.** Младенцы и дети с ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ должны получать витамин А согласно тем же рекомендациям, что и не инфицированные ВИЧ дети соответствующего возраста. Рекомендуется, чтобы прием витамина А совпадал по времени с индивидуальным проведением вакцинации.

#### **Консультирование матерей в контексте ВИЧ-инфекции**

Консультирование — оказание помощи путем общения. В процессе консультирования необходимо: выслушать консультируемого; предоставить варианты выбора (решения) и помочь их понять; помочь принять решение, как поступить; помочь выработать уверенность и желание претворить свой выбор в жизнь.

**Навыки эффективного общения** являются ключевым компонентом оказания помощи ВИЧ-инфицированным детям. Их необходимо использовать при консультировании по любым аспектам ведения детей, чье состояние классифицировано по ВИЧ-инфекции. **Навыки «Слушать и узнавать»** следующие: использовать полезное невербальное общение; задавать открытые вопросы; использовать ответы и жесты для демонстрации интереса; отражать высказывания матери; избегать слов, которые звучат оценивающе. **Навыки создания атмосферы доверия и оказания поддержки** следующие: сопереживать и показывать это матери; принимать материнские чувства и мысли; одобрять все, что мать и ребенок делают правильно; оказывать практическую помощь; предоставлять только необходимую информацию; говорить просто и понятно; давать рекомендации, а не указания (команды). **Навыки общения с детьми.** При общении с ребенком лучше находиться с ним на одном уровне, например сидеть на полу.

Чтобы заслужить доверие ребенка, взрослым необходимо иметь терпение и быть постоянным в своем поведении по отношению к ребенку. Ребенок имеет право выражать свои чувства, и его чувства нужно признавать. Дети говорят на трех «языках» — язык тела, язык игры, разговорная речь. При наблюдении за выражениями различных детских «языков», и тем, как дети выражают свои чувства, вы можете узнать о том, что происходит с ребенком. Хорошие отношения способствуют пониманию эмоциональных и физических проблем, которые возникают у ребенка, создают атмосферу доверия и уважения, помогают ребенку приобрести опыт и принять реалии жизни.

**Консультирование ВИЧ-инфицированной матери по выбору вида вскармливания ребенка.** Консультирование по выбору вида вскармливания младенца зависит от ВИЧ-статуса матери. Всем ВИЧ-отрицательным матерям рекомендуют кормить детей до 6 месяцев исключительно грудным молоком, затем следует начать дополнительное питание, продолжая грудное вскармливание вплоть до двух лет и более. Матерям, не знающим свой ВИЧ-статус, советуют пройти тест на ВИЧ. Всех ВИЧ-инфицированных матерей консультируют по поводу выбора варианта кормления и связанного с этим риска передачи ВИЧ. Целью консультирования является снижение риска передачи ВИЧ детям во время грудного вскармливания. Согласно рекомендациям ВОЗ (2009), ВИЧ-инфицированной матери предлагается для обсуждения два вида вскармливания ребенка, выбор каждого из которых определяется социально-экономическими условиями в стране или семье, культурными традициями, доступностью медицинской помощи: 1) исключительно грудное вскармливание в сочетании с приемом антиретровирусных (АРВ) препаратов матерью и ребенком весь период кормления грудью с отменой приема АРВ-препаратов через неделю после прекращения грудного вскармливания; 2) заместительное (искусственное) вскармливание. Заместительное вскармливание рекомендуется только коммерческой смесью при соблюдении ряда условий: доступна безопасная вода, соблюдаются необходимые гигиенические нормы; доступно достаточное количество заменителей грудного молока для обеспечения нормального роста и развития ребенка; имеется поддержка семьи и ближайшего окружения; доступна соответствующая медицинская помощь.

Консультирование по выбору вида вскармливания проходит в несколько этапов:

**Этап 1.** Объяснить матери риск передачи ВИЧ ребенку. При исключительно грудном вскармливании с АРВ-профилактикой риск передачи ВИЧ от матери к ребенку существует, но он низкий, при условии приверженности приему препаратов. При заместительном вскармливании риск инфицирования ребенка ВИЧ исключен.

**Этап 2.** Объяснить преимущества и недостатки различных видов вскармливания, начиная с наиболее предпочтительного для матери. Каждый из вариантов кормления, допустимых для ВИЧ-инфицированных матерей, имеет свои преимущества и недостатки. При заместительном вскармливании нет риска передачи ВИЧ; современные смеси достаточно хорошо сбалансированы по питательным веществам; члены семьи могут помочь с кормлением ребенка; однако смесь не содержит антител, при таком вскармливании выше риск инфекций; для приготовления питания нужны смесь, безопасная вода, источник энергии и время; окружающие могут порицать мать; такое вскармливание может стать причиной раскрытия положительного ВИЧ-статуса матери и др. При грудном вскармливании с АРВ-профилактикой сохраняются все

преимущества грудного вскармливания (идеальное питание, защищает от инфекций, психологический контакт с ребенком и др.), однако есть риск инфицирования ребенка ВИЧ, длительное воздействие АРВ-препаратов и др.

**Этап 3.** Обсудить с матерью условия и возможности различных видов вскармливания. Выбор способа кормления младенца ВИЧ-инфицированной матерью зависит от семейных и бытовых обстоятельств, состояния ее здоровья, материальных возможностей семьи, отношения окружающих к искусственному вскармливанию детей, наличия служб здравоохранения, а также возможности получать необходимую поддержку и консультирование. Исходя из полученных сведений, оценки жизненной ситуации ВИЧ-инфицированной матери и возможностей системы здравоохранения, нужно помочь матери выбрать вариант вскармливания и поддержать ее в этом выборе.

**Этап 4.** Продемонстрировать на практике, как осуществлять избранный вид вскармливания ребенка, и дать матери письменные материалы, как кормить ребенка избранным способом.

**Этап 5.** Консультировать мать по вопросам вскармливания и поддерживать ее при последующем наблюдении.

**Рекомендации по кормлению ребенка с РИСКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ. До 6 месяцев.** Если выбрано грудное вскармливание, младенца рекомендуется кормить исключительно грудным молоком. При этом на весь период грудного вскармливания матери и ребенку назначаются АРВ-препараты для профилактики передачи ВИЧ. Необходимо кормить ребенка так часто, как он хочет, днем и ночью, минимум 8 раз в сутки; не следует давать младенцу иную пищу или жидкости (смешанное кормление увеличивает риск передачи ВИЧ от матери к ребенку по сравнению с кормлением исключительно грудным молоком). Нужно обучить мать принимать лекарства и давать ребенку АРВ-препараты, проконсультировать ее по вопросам приверженности длительному лечению. Если выбрано заместительное (искусственное) вскармливание, рекомендуется кормление коммерческой смесью с полным исключением грудного молока из рациона. Нет необходимости давать ребенку другую пищу или жидкости. Необходимое количество смеси готовят перед употреблением, используют смесь в течение 2 часов. Кормить из чашки безопаснее, чем из бутылочки. Кратность кормления определяется возрастом. Нужно помочь матери прекратить лактацию, обучить ее правильно, с соблюдением гигиенических норм, готовить достаточное количество молочной смеси и безопасно ее хранить, кормить ребенка из чашки. *После 6 месяцев* вскармливание ребенка осуществляется с использованием принципов, изложенных в руководствах ИВБДВ: своевременное введение прикорма, адекватные объемы, адекватная питательная ценность и соответствующая кратность приемов пищи.

**Рекомендации по кормлению ребенка с ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ. До 6 месяцев.** Если ребенок находится на грудном вскармливании, ему необходимо продолжать исключительно грудное вскармливание. После 6 месяцев вскармливание ребенка осуществляется с использованием принципов, изложенных в руководствах ИВБДВ.

**Рекомендации по кормлению ребенка с ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ. До 6 месяцев.** Если ребенок находится на грудном вскармливании, ему можно продолжать исключительно грудное вскармливание. *После 6 месяцев.* Вскармливание ребенка осуществляется с использованием принципов ИВБДВ. ВИЧ-инфи-

цированному ребенку необходимо обеспечить достаточное поступление питательных веществ с использованием доступных продуктов с повышенной калорийностью (на 10–20% выше, чем обычно) и добавлением необходимых микроэлементов и витаминов, в том числе витамина А, в соответствии с нормой суточной потребности. ВИЧ-инфицированные дети с задержкой физического развития или дефицитом веса должны получать пищу с энергетической ценностью, увеличенной на 20–30% по сравнению с нормой, а в некоторых случаях — и более. У ВИЧ-инфицированного ребенка часто наблюдается плохой аппетит. Если трудности с кормлением обусловлены язвами в полости рта или кандидозным стоматитом, необходимо давать ребенку разнообразные любимые им продукты мягкой консистенции, часто и дробно поить, не давать слишком густую или сухую пищу, кормить часто и малыми порциями. Не следует давать ребенку слишком горячую, острую, кислую или соленую пищу. Можно использовать парацетамол для облегчения боли.

Рекомендации по питанию за ВИЧ-инфицированными детьми зависят от состояния здоровья. Особые рекомендации по питанию ребенка нужно дать матери, если у ребенка рецидивирующая или хроническая инфекция, острая кишечная инфекция, затяжная диарея, тошнота вследствие приема АРВ-препаратов. Проявления ВИЧ-инфекции, такие, как оппортунистические инфекции, туберкулез, способствуют нарушению питания у детей. Матери необходимо посоветовать кормить ребенка и давать ему больше жидкости во время любой болезни. Нарушение питания ВИЧ-инфицированного ребенка оказывает самостоятельное негативное влияние на состояние иммунной системы ребенка и способствует прогрессированию заболевания.

**Последующее наблюдение за кормлением детей в возрасте до 6 месяцев.** Каждый раз при встрече с матерью и ребенком следует проверить, как мать кормит ребенка, показатели физического развития и состояние здоровья ребенка. Если ребенок получает заместительное вскармливание, нужно убедиться, что мать: не кормит грудью; использует подходящий заменитель грудного молока; имеет заменители молока в достаточном количестве; использует безопасную воду для приготовления смеси; кормит ребенка в достаточном объеме и количестве; готовит молоко в чистых и безопасных условиях; кормит из чашки. Если ребенок находится на грудном вскармливании, нужно удостовериться, что: мать кормит ребенка исключительно грудью и не дает ребенку другого молока, воду или пищу; мать и ребенок принимают АРВ-препараты; мать кормит своего ребенка так часто и долго, как ему необходимо.

**Консультирование перед тестированием на ВИЧ.** Мать ребенка, состояние которого классифицировано как РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ или ПОДОЗРЕНИЕ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, необходимо проконсультировать по вопросу проведения тестирования ребенка на ВИЧ. Матери необходимо объяснить, какие признаки указывают на возможную ВИЧ-инфекцию. Матери необходимо дать время выразить свои чувства, высказать причины, которые препятствуют проведению анализа. Следует привести аргументы в пользу проведения анализа на ВИЧ. Основной аргумент — в случае подтверждения заболевания ребенок сможет получить специфическое лечение, которое сохранит его здоровье и жизнь. Мать может задать вопросы, на которые нужно ответить. Если она согласна на проведение анализа, нужно обсудить порядок проведения теста и организовать исследование.

**Консультирование по приверженности длительному лечению.** Приверженность длительному лечению — это создание в семье ребенка условий, которые способствуют правильному приему всех препаратов в полной назначенной дозе, в строго определенное время без пропусков и опозданий, при условии их правильного хранения и выполнения рекомендации по питанию и приему других лекарственных средств.

Пропуск доз препаратов, опоздания в приеме лекарств, нарушение всасывания препаратов из-за нарушения рекомендаций по питанию могут привести к лекарственной устойчивости. Для того, чтобы длительное лечение АРВ-препаратами было эффективным, приверженность должна быть выше 95%. Это означает, что в течение 3-х недель при двукратном приеме препаратов ребенок пропустил не более 1 приема.

Приверженность длительному лечению может быть обеспечена только благодаря тесному сотрудничеству родителей и медицинских работников. В процессе подготовки к началу длительного лечения проводятся несколько консультаций. Необходимо, чтобы подготовку к началу лечения прошли лица, непосредственно вовлеченные в уход за ребенком. Способствуют приверженности: вера матери и ребенка в эффективность принимаемых лекарств; знание о возможных побочных эффектах и их преодолении; возможность получить эмоциональную и практическую помощь консультанта.

**Консультирование перед началом лечения.** Необходимо: установить, кто будет давать лекарства; обучить этого человека (людей) давать ребенку лекарства и, если можно, обучить ребенка глотать таблетки; обсудить возможные препятствия (барьеры) лечению и дать советы, как их устранить; рассказать о возможных побочных действиях лекарств, при которых нужно немедленно обратиться за медицинской помощью; дать информацию о группах взаимопомощи; оказать поддержку.

При подготовке к началу длительного лечения применяются пять правил, которые позволяют решить каждую проблему: 1) оценка или выявление проблемы; 2) рекомендация или совет, как решить эту проблему; 3) получение согласия на выполнение рекомендаций; 4) поддержка и необходимая помощь; 5) организация выполнения намеченного.

**Последующее наблюдение: текущее консультирование ВИЧ-инфицированной матери по вопросам приверженности длительному лечению.** Приверженность может снижаться в процессе длительного лечения. Возможные причины снижения приверженности: побочные действия лекарств, что приводит к плохому самочувствию или изменениям внешнего вида; утрата мотивации лечиться из-за хорошего самочувствия; изменение уклада жизни; «усталость» от лечения и необходимости жить по строгому режиму.

В ходе текущего консультирование необходимо оценивать приверженность длительному лечению и поддерживать ВИЧ-инфицированную мать и ребенка. Чтобы оценить приверженность лечению, следует: расспросить мать, как ребенок принимает лекарства, и сопоставить реальную ситуацию с рекомендациями специалиста; проверить время приема, правильность дозировки; оценить способность ребенка проглотить лекарства и соблюдение рекомендаций по приему лекарств и питанию; проверить, как хранятся лекарства. Очень важно оценить отношение матери и ребенка к приему лекарств, чтобы вовремя выявить психологические проблемы, устранить их и оказать поддержку. Нужно применять навыки эффективного общения и хвалить мать и ребенка за все, что они делают правильно.



**Последующее наблюдение за детьми, чье состояние классифицировано по ВИЧ-инфекции**

**Последующее наблюдение за детьми с РИСКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/ВОЗМОЖНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

должно осуществляться согласно данным рекомендациям до получения результатов тестов на ВИЧ, которые дадут возможность отнести ребенка к одной из двух категорий: ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ или ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА. Через 14 дней после первичного обращения следует узнать результаты теста на ВИЧ и классифицировать состояние ребенка соответственно полученному результату. Если тест не был проведен, нужно узнать причину, обсудить преимущества знания ВИЧ-статуса ребенка. Затем при последующем наблюдении 1 раз в месяц в течение первого года жизни и далее 1 раз в три месяца следует: проводить полную оценку состояния ребенка; оценивать состояние полости рта и кожи, динамику веса и питание ребенка; контролировать выполнение рекомендаций специалиста, прием котримоксазола; консультировать мать по вопросам питания и приверженности длительному лечению; при необходимости иммунизации, следовать рекомендациям для ВИЧ-инфицированных детей. Если на основании результата тестирования на ВИЧ состояние ребенка классифицировано как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА, следует: прекратить прием котримоксазола, вакцинировать по общенациональному календарю прививок, в том числе БЦЖ.

**Последующее наблюдение за детьми с ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ**

должно осуществляться согласно данным рекомендациям до получения результатов тестов на ВИЧ, которые дадут возможность отнести ребенка к одной из двух категорий: ПОДТВЕРЖДЕННАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ или ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА. Через 14 дней после первичного обращения следует узнать результаты теста на ВИЧ и классифицировать состояние ребенка соответственно полученному результату. Если тест не был проведен, нужно узнать причину, обсудить преимущества знания ВИЧ-статуса ребенка. В случае отказа матери от сдачи анализа на ВИЧ нужно обеспечить постоянный уход за ребенком и последующее наблюдение по принципам ИВБДВ. Затем на последующих приемах оценивать состояние, при необходимости лечить имеющиеся инфекции. Если на основании результата тестирования на ВИЧ состояние ребенка классифицировано как ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ МАЛОВЕРОЯТНА, следует: прекратить прием котримоксазола, вакцинировать по национальному календарю прививок. Если получен положительный анализ крови на ВИЧ, оценить возраст ребенка, какой тест был проведен, получен ли результат теста на ВИЧ у матери. Исходя из полученных данных, классифицировать состояние ребенка.

**Последующее наблюдение за детьми с ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.** Через 14 дней после первичного обращения следует: оценить состояние; при необходимости лечить, консультировать и наблюдать за течением имеющейся инфекции; узнать рекомендации специалиста и проверить их выполнение. *Затем* при последующем наблюдении 1 раз в месяц в течение первого года жизни и далее 1 раз в три месяца следует: проводить полную оценку состояния ребенка согласно руководствам ИВБДВ; оценивать состояние полости рта и кожи, динамику веса и питание ребенка; контролировать выполнение рекомендаций специалиста; консультировать мать по вопросам питания и приверженности длительному

лечению; при необходимости иммунизации, следовать рекомендациям специалиста.

**Направление к специалисту по ВИЧ-инфекции.** При каждом визите после оценки общих признаков опасности, диагностики общераспространенных заболеваний следует оценивать наличие симптомов, характерных для прогрессирования ВИЧ-инфекции, или симптомов, появившихся вследствие воздействия АРВ-препаратов, при которых необходима консультация врача-специалиста. Показания для направления к специалисту: симптомы, классифицированные по ИВБДВ, как требующие немедленной помощи более высокого уровня; появление состояния, характерного для III и IV клинической стадии ВИЧ-инфекции; появление признаков тяжелого побочного действия АРВ-препаратов и других лекарств.

**Принципы эффективного постоянного ухода**

Эффективный постоянный уход направлен на улучшение качества жизни ребенка, уменьшение стресса, обусловленного ВИЧ-инфекцией. Необходимо научить мать оказывать ребенку постоянную помощь самостоятельно, ухаживать за ним при возникновении проявлений заболевания. Следует учить ребенка безопасному поведению, умению лечиться, принимать лекарства. Для обеспечения постоянного ухода необходимо сотрудничество медицинских работников с матерью и ребенком, совместные действия по намеченному плану.

Для достижения цели необходимо придерживаться принципов постоянного ухода за ВИЧ-инфицированным ребенком: 1) устанавливать и поддерживать контакт с матерью и ребенком; 2) действовать в интересах матери и ребенка; 3) использовать навыки эффективного консультирования; 4) поддерживать стремление матери к самостоятельному наблюдению за состоянием ребенка и уходу за ним; 5) организовывать активное последующее наблюдение и постоянный уход; 6) использовать возможности консультирования по принципу «равный-равному» (матерей, имеющих опыт в решении данной проблемы) и персонал вашего медицинского учреждения для поддержки матери и ребенка; 7) помочь матери установить контакт с организациями, ориентированными на помощь и поддержку ВИЧ-инфицированных; 8) использовать письменные источники информации; 9) формировать и поддерживать приверженность длительному лечению; 10) использовать командный подход при организации эффективного постоянного ухода.

**Антиретровирусная терапия**

Вирус иммунодефицита человека относится к семейству ретровирусов, поэтому лекарственные средства против ВИЧ называются антиретровирусными (АРВ) препаратами. Лечение АРВ-препаратами — антиретровирусной терапией (АРТ): подавляет репродукцию вируса в организме; сохраняет или восстанавливает иммунитет; улучшает качество жизни ВИЧ-инфицированного человека; снижает риск передачи ВИЧ другому человеку.

Чтобы у вируса не развилась лекарственная резистентность, необходимо назначать одновременно несколько АРВ-препаратов с разными механизмами действия. Лекарственная устойчивость (резистентность) — это способность ВИЧ изменять свою структуру таким образом, что дает ему возможность проходить свой жизненный цикл в присутствии лекарств, ослабляя эффективность АРВ-препаратов. Лечение, как минимум, тремя АРВ-препаратами, которое позволяет эффективно и длительно препятствовать воспроизведению ВИЧ в организме человека, называют высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ).

**Клинические стадии ВИЧ-инфекции и степени ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита по класси-**

**фикации ВОЗ. Показания к началу АРТ.** По классификации ВОЗ (2006), ВИЧ-инфекция у детей имеет четыре клинические стадии. Клинические стадии I и II указывают на то, что иммунная система пострадала незначительно. Большую часть этих состояний (генерализованное увеличение лимфатических узлов, увеличение околоушных слюнных желез, поражение полости рта и кожи, рецидивирующие общераспространенные заболевания без нарушения физического развития) можно вести в медицинских учреждениях первого уровня. Клинические стадии III и IV свидетельствуют о наличии значительного иммунодефицита (умеренное или тяжелое нарушение физического развития, тяжелое поражение полости рта и кожи, тяжелые инфекции легких и пищеварительного тракта, затяжная лихорадка, оппортунистические инфекции, опухоли, грубое нарушение нервно-психического развития и др.). При первом выявлении у ребенка этих состояний необходимо срочно направить ребенка к специалисту.

Антиретровирусная терапия не является неотложной помощью, ее начинают планомерно по показаниям — всем детям с подтвержденной ВИЧ-инфекцией в возрасте до 12 месяцев или в IV клинической стадии заболевания; после 12 месяцев в I, II или III клинической стадии заболевания — при выявлении тяжелой степени ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита по уровню CD4-лимфоцитов: до 12 месяцев — <25%; 12–35 месяцев — <20% (или <750/мкл); 36–59 месяцев — <15% (или <350/мкл); 5 лет и старше — <15% (<200/мкл).

**Выбор стартовой схемы АРТ** определяется национальными стандартами (клиническими протоколами) по лечению ВИЧ-инфекции у детей. АРТ назначают и контролируют специалисты по ВИЧ-инфекции. При выборе схемы АРТ специалист учитывает не только возраст (вес) ребенка, но и целый ряд других факторов: прием АРВ-препаратов матерью во время беременности, тяжесть ВИЧ-инфекции у ребенка, доступность АРВ-препаратов в регионе, наличие других заболеваний у ребенка и др. Как правило, в схему АРТ входят 2 препарата из группы ингибиторов обратной транскриптазы и 1 препарат из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы или ингибиторов протеазы.

**Побочные действия АРВ-препаратов.** У всех АРВ-препаратов есть какие-либо побочные действия, в большинстве случаев они легкие или умеренные, но неприятные (тошнота, иногда рвота); особенно часто они возникают вначале лечения. При легких побочных эффектах нужно поддерживать мать и ребенка, чтобы неприятные ощущения не привели к самовольной отмене или пропуску в приеме лекарств. Никогда нельзя прекращать давать ребенку только один препарат или снижать дозу лекарств. Менее чем у 5% пациентов, получающих АРТ, могут проявиться тяжелые побочные действия. При появлении тяжелого побочного эффекта нужно прекратить прием всех трех лекарств одновременно.

#### **Принципы выявления и устранения боли у детей**

ВИЧ-инфицированные дети часто испытывают боль. Для этого есть много причин, например стоматит или язвы в полости рта, язвы или высыпания на коже в паховой области (пеленочный дерматит). Важно уменьшить боль так, чтобы ребенок почувствовал облегчение, на-

сколько это возможно. Маленькие дети не могут пожаловаться, поэтому взрослые должны уметь выявлять признаки боли. Непродолжительная боль проявляется плачем и страдальческим выражением лица. Постоянная боль проявляется раздражительностью, нежеланием двигаться, отсутствием интереса, снижением концентрации внимания, проблемами со сном, ограничением движения, беспокойством, учащением дыхания или сердцебиения. Боль нужно оценивать по специальным шкалам.

Существует ряд методов облегчения боли без использования лекарственных препаратов: активное отвлечение внимания, соответствующее возрасту; физический контакт, тепло, кормление, тактильные отвлекающие раздражители, такие как поглаживание, покачивание, массаж. У ВИЧ-инфицированных детей часто появляются высыпания, сопровождающиеся зудом. Нужно очистить от корочек пораженные участки кожи и наложить на влажные места повязки или оставить их открытыми, обработав раствором генциана-виолета. При возникновении зуда в паховой области следует осторожно вымыть ягодички чистой водой с мылом и смазать защитной мазью (например, вазелином).

Медикаментозное обезболивание проводят в три этапа: 1) при впервые выявленной боли используют препараты 1-го ряда: парацетамол или ибупрофен (у детей старше 2-х лет); 2) если боль продолжается или усиливается от слабой до умеренной, что выявлено на основании повторной оценки, то к обычному обезболивающему препарату, применявшемуся на 1-м этапе (парацетамол), нужно добавить опиоид (такой, как кодеин); 3) если боль продолжается или усиливается, что выявлено на основании повторной оценки, то к обычному обезболивающему препарату, применявшемуся на 1-м этапе (парацетамол), нужно добавить оральный морфин, нельзя совмещать морфин с опиоидом.

#### **Заключение**

Дополнительный курс по ВИЧ-инфекции в Интегрированном ведении болезней детского возраста направлен на подготовку медицинского персонала первичного звена по вопросам оказания помощи ВИЧ-инфицированным детям в амбулаторно-поликлинических условиях. На основании результатов тестирования матери и ребенка на ВИЧ, выявления клинических признаков ВИЧ-инфекции, состояние детей и младенцев можно классифицировать по ВИЧ-инфекции. Такой подход дает возможность выбрать адекватную тактику ведения детей при первичном обращении и последующем наблюдении. Особенности ведения хронического заболевания является необходимость консультировать мать по многим вопросам и организовывать постоянный уход за ребенком. Антиретровирусная терапия и профилактика оппортунистических инфекций, назначаемые специалистами, нуждаются в контроле и поддержке на уровне первичного звена. Данный курс способствует установлению правильных стереотипов амбулаторно-поликлинического ведения и поведения в отношении медицинской помощи ВИЧ-инфицированным детям внутри семьи. В существующих условиях оказания помощи на уровне первичного звена здравоохранения при ограниченных диагностических и лечебных возможностях такой подход реален и эффективен, дает возможность быстрого принятия решения.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа : [http://www.euro.who.int/aids/treatment/20060801\\_1?language=Russian](http://www.euro.who.int/aids/treatment/20060801_1?language=Russian). — Название с экрана.
2. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/prevention\\_care/child/imci/ru/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/ru/index.html).
3. IMCI Complementary course on HIV/AIDS / World Health Organization, UNICEF. 2006. — Access mode [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241594373/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241594373/en/index.html). — Title from screen. Обучающий курс «Интегрированное ведение болезней детского возраста». — ВОЗ/ЮНИСЕФ. — 2008.
4. Primary Child Care. A manual for health workers. — Macmillan Publishers Limited, 2009. — 581 p.

**ДОДАТКОВИЙ КУРС З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ  
В ІНТЕГРОВАНОМУ ВЕДЕННІ  
ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ — СТРАТЕГІЯ ПЕРВИННОЇ  
ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ДІТЯМ (лекція)**

*I.O. Lejnev, N.V. Kotova, O.O. Starets*

**Резюме.** Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) — це керівництво для медичних працівників первинної ланки з оцінки, лікування і наступного спостереження загальнопоширених захворювань у дітей. Додатковий курс по ВІЛ-інфекції в ІВБДВ для країн з низькою поширеністю ВІЛ-інфекції присвячений тим самим проблемам, включаючи виявлення, ведення ВІЛ-інфекції та ВІЛ-асоційованих станів, у тому числі ураження шкіри і порожнини рота. У цьому курсі надані рекомендації щодо вигодовування, імунізації, профілактики котримоксазолом і прийому вітаміну А для малюків та дітей з ризиком ВІЛ-інфекції і підтверженою ВІЛ-інфекцією. Також наведена інформація про антиретровірусну терапію у дітей, прихильність тривалому лікуванню, побічні дії антиретровірусних препаратів та їх ведення.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, діти, захворювання дітей, первинна допомога.

**INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS  
COMPLEMENTARY COURSE ON HIV/AIDS —  
A STRATEGY OF PRIMARY CARE  
TO THE HIV-INFECTED CHILDREN (lecture)**

*I.A. Lejnev, N.V. Kotova, E.A. Starets*

**Summary.** The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) is a guide for first-level health workers on assessment, management and follow up of common childhood illnesses. The IMCI complementary course on HIV/AIDS for low HIV settings addresses the same problems, including identification and management of HIV-infection and HIV-related conditions such as skin and mouth conditions. It has guidelines on HIV-exposed and HIV-infected infants and children on infant feeding, immunization, cotrimoxazole prophylaxis, Vitamin A. It provides general information on antiretroviral drugs for children, adherence to these drugs, side effects of these drugs and how to manage them.

**Key words:** HIV-infection, children, childhood illness, primary care.

## НОВОСТИ

**Удалось выяснить, каким образом бактериям  
туберкулеза удается длительное время выживать  
в человеческом организме**

По официальным данным, не менее 30 процентов населения Земли заражены бактерией *Mycobacterium tuberculosis*, которая является возбудителем туберкулеза. Однако далеко не у всех инфицированных заболевание проявляется сразу. Эта бактерия обладает способностью длительное время выживать в человеческом организме, находясь в пассивном состоянии.

Ученым удалось выяснить, каким образом ей это удается. Оказалось, что бактерия *Mycobacterium tuberculosis* умеет управлять макрофагами (определенным видом клеток иммунной системы) и таким образом спо-

собна защитить себя от ответных реакций иммунитета на ее появление в организме.

В этом процессе важная роль принадлежит белку Lpr2, находящемуся на поверхности клеток бактерии. Активизация макрофагов, приводящая к ослаблению ответной реакции иммунной системы, происходит в результате воздействия белка Lpr2 на рецепторы TLR2 макрофагов.

Открытие ученых позволяет разработать вакцины, в основе которых лежит подавление функции белка Lpr2, приводящей к устойчивым формам туберкулеза. Такие вакцины, безусловно, будут более эффективными, чем существующие в настоящее время.

*Источник: medexpert.org.ua*