
Министерство здравоохранения Украины

**Формирование приверженности
антиретровирусной терапии
ВИЧ-инфекции у детей: учебное пособие
для слушателей**

(40 учебных часов)

**Учебное пособие для слушателей разработано и издано при поддержке Детского
Фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в Украине**

**Издательство ЧП «Март»
Киев 2006**

УДК 616-053.2-0.71-085:[616.98:578.82 ВЛ] (07)

ББК 55.148я7

А 89

Авторы

Аряев Николай Леонидович – член-корр. АМН Украины, д-р мед.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии Одесского государственного медицинского университета;

Котова Наталья Владимировна – к.мед.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии Одесского государственного медицинского университета;

Старец Елена Александровна – к.мед.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии Одесского государственного медицинского университета

Кураторы проекта

Моисеенко Раиса Александровна – Директор Департамента организации и развития медицинской помощи населению Министерства здравоохранения Украины

Жилка Надежда Яковлевна – начальник отдела охраны здоровья матерей и детей Министерства здравоохранения Украины

Координатор проекта

Тарасова Татьяна Ивановна – координатор проектов по вопросам ВИЧ/СПИД Детского Фонда Организации Объединенных Наций в Украине

Рецензенты

Щербинская Алла Михайловна – д-р мед. н., проф., засл. деят. науки и техники Украины, директор Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом

Чернышова Людмила Ивановна – д-р мед. н., проф., зав. кафедрой детских инфекционных болезней и иммунологии КМАПО им. П.Л.Щупика

Тина Игоревна Берадзе – психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, Действительный член, академик Международной Академии Безопасности жизнедеятельности человека, Глава департамента международных отношений Украинской Психиатрической Ассоциации, Координатор деятельности Европейского Колледжа Нейропсихофармакологии (ECNP) по Восточной Европе, Член Всемирной Федерации биологической психиатрии (WSFBP), Президент Международного Центра “Психическое здоровье”

Формирование приверженности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у детей: учебное пособие для слушателей. Аряев Н.Л., Котова Н.В., Старец Е.А.

Издательство ЧП «Март», Киев 2006. 142 с.

В учебном пособии для слушателей изложены вопросы эпидемиологии, принципы диагностики, медицинского наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции у детей, профилактики передачи ВИЧ и защиты прав детей. Представлены навыки консультирования, материалы для формирования и закрепления навыков консультирования и усвоения изложенного материала: предкурсовой (послекурсовой) вопросник, упражнения, ситуационные задачи, тестовые задания. В учебное пособие включен перечень литературы и страниц в Интернете, необходимых для получения дополнительной информации. Предназначен для лиц, консультирующих по вопросам приверженности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у детей - врачей, медицинских сестер, социальных работников, психологов и консультантов неправительственных организаций, преподавателей медицинских ВУЗов, а также персонала домов ребенка, детских домов и интернатов, в которых находятся ВИЧ-инфицированные дети.

ISBN 966-96567-4-5

Содержание

Список сокращений и глоссарий			4
Введение			5
Предкурсовой (послекурсовой) вопросник			7
Занятие 1	Стратегические направления преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции в мире и в Украине	120 мин	8
Занятие 2	Общие принципы консультирования. «Слушать и узнавать»	150 мин	15
Занятие 3	Общие принципы консультирования. «Формирование уверенности и оказание поддержки»	150 мин	24
Занятие 4	Диагностика ВИЧ-инфекции у детей. Консультирование при установлении диагноза ВИЧ-инфекции	150 мин	40
Занятие 5	Медицинское наблюдение за детьми с ВИЧ-инфекцией. Начало антиретровирусной терапии	120 мин	55
Занятие 6	Характеристика антиретровирусных препаратов. Принципы проведения антиретровирусной терапии	180 мин	66
Занятие 7	Консультирование перед началом антиретровирусной терапии	150 мин	86
Занятие 8	Консультирование по вопросам профилактики оппортунистических инфекций	150 мин	97
Занятие 9	Консультирование по вопросам питания ВИЧ-инфицированных детей	150 мин	104
Занятие 10	Текущее консультирование во время проведения антиретровирусной терапии у детей	150 мин	114
Занятие 11	Профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях и организованных коллективах	120 мин	117
Занятие 12	Защита прав детей с ВИЧ-инфекцией	120 мин	128
Шкалы оценки физического развития центильного типа			134
Литература			140

Список сокращений и глоссарий

- АлАТ и АсАТ – трансаминазы – ферменты, уровень которых определяют в крови
АРВ – антиретровирусный (ая)
ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия
Вирусная нагрузка – количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
ИБ – иммунный блот
Иммунодефицит, иммуносупрессия – снижение иммунитета
ИП – ингибиторы протеазы
ИФА – иммуноферментный анализ
ЛДГ – лактатдегидрогеназа
ЛИП/ЛЛГ – лимфоидная интерстициальная пневмония и легочная лимфоидная гиперплазия
МЗ – Министерство здравоохранения
НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ННИОТ – нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ООН – Организация Объединенных Наций
ПГЛ – персистирующая генерализованная лимфаденопатия
ПКП – постконтактная профилактика
ПЦР – полимеразная цепная реакция
Резистентность (лекарственная) – устойчивость (вируса) к действию лекарств
РНК – рибонуклеиновая кислота
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
ТМП/СМК – триметоприм/сульфаметоксазол (син. бисептол, гросептол, дуо-септол, ко-тримоксазол, бактрим, ориприм, суметролим, септрин)
ЦНС – центральная нервная система
ЮНИСЕФ – Детский Фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС – объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ
ЗТС – ламивудин (Epivir®)
АВС – абакавир (Ziagen™),
АРВ – ампренавир (Agenerase™)
CD4⁺-, CD8⁺-Т-лимфоциты, или CD4⁺-, CD8⁺-клетки – лимфоциты или клетки, имеющие соответствующие CD-рецепторы
CDC – Центр контроля и профилактики заболеваний (США)
d4Т – ставудин (Zerit®)
ddI – диданозин (Videx®, Videx EC®),
DLV – делавирдин (Rescriptor®)
EFV – ифавиренц (Sustiva™)
FTC – эмтрицитабин (Emtriva®)
IDV – индинавир (Crixivan®)
LPV/r – лопинавир/ритонавир (Kaletra™)
NFV – нельфинавир (Viracept®)
NVP – невирапин (Viramun®)
RTV – ритонавир (Norvir®)
SQV – саквинавир (Invirase™, Fortovase™)
Т-20 – энфувиртид (Fuzeon™)
TDF – тенофовир (Viread®)
ZDV – зидовудин (AZT – азидотимидин, Retrovir®)

Введение

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) является единственным возможным способом продления жизни и улучшения ее качества людям, инфицированным ВИЧ. В сентябре 2003 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и другие структуры Организации Объединенных Наций (ООН) заявили, что отсутствие антиретровирусных (АРВ) препаратов является чрезвычайной ситуацией для здравоохранения во всем мире. В связи с этим ВОЗ и другие международные организации приступили к осуществлению инициативы «Лечить 3 миллиона человек к 2005 году» («3 к 5»). Основная цель инициативы сделать доступными АРВ-препараты для ВИЧ-инфицированных людей в странах с ограниченными ресурсами. Начиная с 2004 года, АРВ-терапия ВИЧ-инфекции у детей в Украине – это реальность.

Роль родителей или лиц, под чьей опекой находится ребенок, а также самого ребенка (если он достаточно взрослый) в процессе начала лечения и всего дальнейшего приема лекарств исключительно важна.

Многолетний международный опыт и первый опыт антиретровирусной терапии в Украине показывают, что прием АРВ-терапии ВИЧ-инфицированными детьми сопряжен с множеством проблем. Возникновение побочных эффектов часто становится причиной самовольной отмены препаратов. Нарушение времени приема препаратов, снижения их дозы, неправильное питание, нарушение правил хранения лекарственных форм приводят к неэффективности лечения и прогрессированию заболевания. При улучшении состояния ребенка в результате лечения у родителей или лиц, на чьем попечении они находятся, возникает желание отменить препараты, что также недопустимо – АРВ-терапия проводится пожизненно.

Чтобы лечение ВИЧ-инфекции было эффективным, до начала лечения и в течение всей дальнейшей жизни ВИЧ-инфицированным пациентам и их близким нужна консультативная помощь и поддержка, которая формирует установку на строгое соблюдение принципов АРВ-терапии ВИЧ-инфекции. В английском языке для обозначения этого понятия используется слово “the adherence”, смысл которого включает приверженность, верность, строгое соблюдение правил, принципов и технических условий. Безусловно, приверженность лечению очень важна при многих хронических заболеваниях (сахарный диабет, онко-гематологические заболевания и др.). Но при ВИЧ-инфекции/СПИДе этот вопрос приобретает особую социальную значимость.

В настоящее время лечением ВИЧ-инфекции/СПИДа с помощью АРВ-препаратов занимается только узкая группа специалистов центров профилактики и борьбы со СПИДом. Для подавляющего большинства практических врачей и медицинских сестер, которые оказывают помощь детям в других лечебно-профилактических учреждениях, это абсолютно новые и незнакомые вопросы. Низкая информированность об АРВ-терапии не позволяют медицинским работникам, осуществляющим помощь детскому населению, участвовать в формировании приверженности АРВ-терапии, а некомпетентные советы медицинских работников могут нанести вред.

В последние годы широкое развитие получили социальные службы, оказывающие помощь семьям, где есть ВИЧ-инфицированные. Наиболее эффективной моделью такой помощи является социальное сопровождение семей – длительная и целенаправленная деятельность социального работника по созданию необходимых условий для оптимального функционирования семьи. Благодаря тесному общению с семьями ВИЧ-

инфицированных вклад социальных работников в формирование приверженности АРВ-терапии может быть весьма весомым. Социальные работники должны входить в состав мультидисциплинарной команды, которая ведет пациентов на АРВ-терапии. Социальным работникам в сфере помощи семьям ВИЧ-инфицированных людей также необходима подготовка по вопросам приверженности АРВ-терапии.

Одной из эффективных форм поддержки ВИЧ-инфицированных является консультирование „равный-равному”. Для формирования приверженности лечению необходимо создавать группы поддержки из числа негосударственных организаций и сети людей, живущих с ВИЧ. Сотрудникам и волонтерам из этих структур вопросы приверженности АРВ-терапии, безусловно, известны, но требуют углубления и детализации.

Таким образом, существует острая необходимость в обучении работников здравоохранения, оказывающих помощь детям, социальных работников, членов общественных организаций вопросам АРВ-терапии у детей. Этот курс освещает весь спектр вопросов АРВ-терапии ВИЧ-инфекции у детей.

Для медицинских и социальных работников понятие «консультирование» (counselling) относительно новое. «Консультировать» – это более сложный и многогранный процесс, чем «советовать», «обучать» или «предоставлять информацию», хотя все эти действия могут быть частью консультирования. Этот курс ставит своей целью обучить работников здравоохранения, оказывающих помощь детям, социальных работников, членов общественных ВИЧ-сервисных организаций навыкам консультирования, что даст им возможность более эффективно формировать приверженность АРВ-терапии.

Цели учебного курса – приобретение знаний, навыков, умений и опыта, которые дают возможность:

- проводить консультирование по вопросам АРВ-терапии у детей с ВИЧ-инфекцией;
- создавать родителям или лицам, на чьем попечении находятся ВИЧ-инфицированные дети, условия для принятия решения о начале или продолжении АРВ-терапии детей с ВИЧ-инфекцией;
- помогать формированию у родителей или других лиц, на чьем попечении находятся ВИЧ-инфицированные дети, установки на строгое соблюдение принципов (приверженности) АРВ-терапии у детей;
- при необходимости своевременно направлять ВИЧ-инфицированных детей в центры по профилактике и борьбе со СПИДом или другие медицинские учреждения для получения необходимой медицинской помощи;
- препятствовать неэффективному применению АРВ-препаратов и развитию лекарственной резистентности.

Предкурсовой (послекурсовой) вопросник

Инструкция: В оставленном с правой стороны от каждого вопроса пространстве поставьте «+», если утверждение **верно**, или «-», если утверждение **неверно**.

1.	ВИЧ передается через кровь, половым путем, от матери ребенку при бытовых контактах с ВИЧ-инфицированными людьми.	
2.	Основной путь преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции – внедрение специфической вакцины против ВИЧ.	
3.	Задача консультирования – заставить консультируемого следовать рекомендациям консультанта, принуждать его к выполнению правильных действий.	
4.	Для того чтобы получить необходимую информацию, консультант должен уметь задавать вопросы, поощрять продолжение разговора, проявлять эмпатию.	
5.	Одним из важнейших показаний к началу АРВ-терапии и объективным критерием ее эффективности является динамика физического развития ребенка.	
6.	Если консультируемый высказывает неправильную точку зрения, то консультант должен немедленно сказать ему об этом, поправить консультируемого.	
7.	При проведении консультирования консультант должен высказываться категорически и предоставлять рекомендации в виде команд.	
8.	У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, в возрасте младше 18 месяцев диагноз ВИЧ-инфекции можно установить путем определения ДНК (РНК) ВИЧ методом ПЦР.	
9.	Для исключения диагноза ВИЧ-инфекции и снятия ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, с диспансерного учета необходимо получить отрицательный результат исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА (два – в возрасте до 18 мес, один – в возрасте старше 18 мес).	
10.	Течение и основные проявления ВИЧ-инфекции у детей ничем не отличаются от таковых у взрослых людей.	
11.	Степень нарушения функции иммунной системы больного ВИЧ-инфекцией можно определить на основании подсчета количества (процента) CD4 ⁺ -Т-лимфоцитов.	
12.	Вирусная нагрузка – это количество копий вирусных частиц в 1 мл плазмы крови, характеризует скорость, с которой происходит репликация ВИЧ в организме больного.	
13.	АРВ-терапия уничтожает ВИЧ и выводит его из организма полностью.	
14.	Резистентность к АРВ-препарату – это возможность ВИЧ совершать свой жизненный цикл в присутствии данного препарата, что проявляется отсутствием эффекта от лечения.	
15.	Подготовку к АРВ-терапии ребенка начинают с выбора взрослого члена семьи (или нескольких лиц), взявших на себя ответственность за лечение ребенка.	
16.	Не следует давать пациентам лист рекомендаций, в котором написаны названия препаратов, количество препарата на каждый прием, время приема, взаимоотношения препаратов с приемом пищи, особые инструкции по приему и хранению препарата.	
17.	Первичная профилактика пневмоцистной пневмонии показана всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, начиная с 4-недельного возраста до уточнения диагноза.	
18.	Если ребенок перенес пневмоцистную инфекцию, назначается вторичная профилактика, продолжительность которой определяется динамикой уровня CD4 ⁺ -Т-лимфоцитов.	
19.	Если у ВИЧ-инфицированного ребенка нет отставания в физическом развитии и серьезных заболеваний, то его питание должно быть полноценным, соответствующим его возрасту, как у неинфицированных детей того же возраста.	
20.	Нарушение поступления в организм ребенка питательных веществ, недостаточная калорийность получаемого питания не влияют на иммунитет.	
21.	Текущее консультирование по вопросам проведения АРВ-терапии начинается с напоминания, что необходимо вовремя сдавать анализы.	
22.	В основу мероприятий по защите медицинских работников от ВИЧ и других возбудителей положен принцип – относится ко всем пациентам как потенциально инфицированным.	
23.	Постконтактная профилактика – четырехмесячный курс приема АРВ-препаратов с целью снижения риска развития ВИЧ-инфекции после возможного инфицирования при исполнении служебных обязанностей, при половом контакте.	
24.	Конвенция о правах ребенка защищает права здоровых детей, подчеркивает их приоритет перед инвалидами и больными детьми.	
25.	Проявлениями жестокого обращения с детьми в контексте ВИЧ-инфекции можно считать: отказ матерей от программ профилактики передачи ВИЧ ребенку; отказ матерей от медицинского наблюдения и лечения их детей; отсутствие приверженности приему АРВ препаратов ребенком.	

Занятие 1

Стратегические направления преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции в мире и в Украине

Цель занятия

Ознакомиться:

- с основными данными о развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в мире и в Украине;
- с информацией о природе заболевания, вызванного ВИЧ;
- с основными путями передачи инфекции;
- с путями профилактики ВИЧ-инфекции.
- с инициативой ВОЗ «3 к 5»

В – вирус

И – иммунодефицита

Ч – человека

ВИЧ-инфекция – это заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). ВИЧ-позитивный (ВИЧ-инфицированный) – это человек, который инфицирован ВИЧ, то есть у него получены положительные (позитивные) результаты тестов на ВИЧ.

С – синдром

П – приобретенного

И – иммунного

Д – дефицита

СПИД – последняя стадия ВИЧ-инфекции, которая проявляется различными тяжелыми заболеваниями, оппортунистическими инфекциями, опухолями, развивающимися на фоне нарушений иммунной системы. Больной СПИДом – это человек, у которого отмечаются клинические признаки заболеваний, характерных для этой стадии ВИЧ-инфекции.

Основные данные о развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в мире и в Украине

По данным ЮНЭЙДС (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу), на конец 2004 г. количество ВИЧ-инфицированных людей в мире достигло 39,4 млн. человек. Около 600 000 детей ежегодно инфицируются путем передачи вируса от матери к ребенку. В результате пандемии ВИЧ/СПИДа 13 млн. детей стали сиротами. Смертность людей молодого возраста от СПИДа занимает первое место среди всех причин смертности этой возрастной категории населения. 48% жертв СПИДа составили женщины, каждый пятый умерший от этой болезни – ребенок.

10 лет назад в Украине было официально зарегистрировано 183 случая ВИЧ-инфекции. Темпы роста новых случаев ВИЧ-инфекции стремительно возрастают: 7% – в 2000 году, 13% – в 2001 году и 25% – в 2002 году. К началу 2005 года число официально

зарегистрированных ВИЧ-инфицированных составило 74 856. Цифры значительно занижают фактический масштаб эпидемии, поскольку они отражают число ВИЧ-инфицированных, которые находятся на медицинском учете (ЮНЭЙДС, 2004).

В настоящее время ВИЧ-инфицированные люди выявлены во всех регионах Украины. Наибольшее их количество зарегистрировано в Донецкой области. Наибольшее количество больных СПИДом зарегистрировано в Николаевской и Одесской областях. В Украине преобладает парентеральный путь передачи ВИЧ. Подавляющее число ВИЧ-инфицированных лица – 20-39 лет, около 40% из них – женщины. Так, в Одесской и Николаевской областях среди беременных инфицированы ВИЧ более 1%. Постоянно регистрируются случаи ВИЧ-инфекции среди подростков. К началу 2006 г. в Украине от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 10 994 ребенка.

Тревожной тенденцией развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине является увеличение числа случаев передачи ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем с возможным переходом эпидемии из концентрированной в генерализованную стадию.

Основные последствия эпидемии ВИЧ-инфекции выходят за пределы потери здоровья конкретным человеком, они определяются тем, что основная масса ВИЧ-инфицированных – это люди в наиболее демографически, экономически и социально продуктивном возрасте. Потеря этих людей будет проявляться в истощении трудовых ресурсов, отраслей хозяйства, в снижении производительности труда и накоплений, необходимых для капиталовложений, снижении средней продолжительности жизни, увеличении младенческой смертности и количества детей-сирот.

Возбудитель и природа ВИЧ-инфекции

Первые больные СПИДом были зарегистрированы в США в 1981 г. Возбудитель заболевания, приводящий к тяжелым нарушениям функции иммунной системы, был открыт в 1983 г. учеными из Франции и США – Галло и Монтанье, которые независимо друг от друга обнаружили его в крови больных, умерших от СПИДа.

ВИЧ относится к классу ретровирусов семейства лентивирусов. Это семейство вирусов вызывает заболевания, которые развиваются медленно и протекают длительно. Генетический материал ВИЧ, как и других ретровирусов, представлен РНК (рибонуклеиновой кислотой), которая является шаблоном для производства провирусной ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты). Это превращение РНК в ДНК возможно в присутствии фермента, который называют обратной транскриптазой (фермент – это группа белков, ускоряющая и способствующая некоторым процессам в клетках), название которого легло в основу наименования семейства ретровирусов.

ВИЧ передается только от человека человеку. ВИЧ-инфекцией может болеть только человек. Попадая в организм, ВИЧ очень быстро проникает в клетки крови – лимфоциты, у которых есть рецепторы, имеющие сродство к ВИЧ, так называемые «CD4⁺-Т-лимфоциты». Такими рецепторами также обладают некоторые другие клетки крови (моноциты и макрофаги), клетки центральной нервной системы (ЦНС), прямой кишки, шейки матки и др. (CD4⁺-клетки). Благодаря сродству белков поверхности вируса и рецепторов клетки происходит проникновение ВИЧ в цитоплазму клетки. Затем, благодаря ферменту обратной транскриптазы, из вирусной РНК происходит образование провирусной ДНК (процесс обратной транскрипции, о котором упоминалось выше). Провирусная ДНК «встраивается» в генетический материал (ДНК) клетки-хозяина. После этого клетка-хозяин воспринимает ДНК вируса «как родную». Вирус становится частью

клетки и остается ею вплоть до гибели клетки. Зараженная ВИЧ клетка в процессе жизни продуцирует новые копии вируса, выделяет их в плазму, другие биологические жидкости и секреты. Этот процесс размножения называется репликацией вируса. Завершение «сборки» новых копий вируса происходит при участии фермента, называемого протеазой. Новые копии вируса выходят из пораженной клетки, распространяются в организме, внедряются в другие клетки, поражают их и начинают воспроизводство новых копий.

В ходе образования новых вирусов часто происходят «ошибки», которые называются мутациями. Изменчивость возбудителя приводит к тому, что некоторые лекарства, применяющиеся для лечения ВИЧ-инфекции, теряют свою способность действовать на ферменты вируса, то есть развивается устойчивость или резистентность вируса к данному препарату. Для того чтобы избежать развития лекарственной резистентности при лечении ВИЧ-инфекции необходимо одновременно применять комбинацию нескольких препаратов.

Устойчивость вируса в окружающей среде.

- Во внешней среде, при высушивании лимфоидных клеток, инфицированных ВИЧ, вирусная активность исчезает в течение нескольких суток.
- При высушивании бесклеточной жидкости с добавлением человеческой плазмы вирус погибает при температуре 23–27° С через 7 дней.
- В жидкой среде при температуре 23–27° С вирус сохраняет активность в течение 15 дней, при 36–37° С – 11 дней.
- В крови, предназначенной для переливания, вирус переживает годы, а в замороженной сыворотке его активность сохраняется до 10 лет.
- ВИЧ быстро гибнет при использовании дезинфицирующих средств, ультрафиолетового излучения; при нагревании выше 56° С теряет активность через 30 мин.

Течение ВИЧ-инфекции

Стадия острой ВИЧ-инфекции (острый ретровирусный синдром, синдром ретровирусной сероконверсии) может протекать бессимптомно, но у 30 – 70% больных развивается острое заболевание, которое возникает в среднем через 2 – 4 недели после заражения (от 6 дней до 6 недель) и продолжается 1 – 2 недели. В этот период может наблюдаться повышение температуры, недомогание, головная боль, сыпь на коже, увеличение лимфатических узлов, тошнота, рвота, понос. Количество копий вируса в единице объема плазмы крови («вирусная нагрузка») в этот период очень велико. После 8-й недели концентрация вируса в крови значительно снижается. Однако организм не способен полностью освободиться от вируса. Антитела к ВИЧ в крови появляются к концу периода острой ВИЧ-инфекции, то есть происходит ретровирусная сероконверсия (чаще всего через 12 недель после заражения, но в некоторых случаях – через 24 недели).

I клиническая стадия – бессимптомное течение и персистирующая генерализованная лимфаденопатия. У взрослых людей бессимптомный период может длиться годами. Первые серьезные нарушения здоровья могут появиться через 5 лет и более от момента заражения. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия характеризуется постоянным увеличением периферических лимфатических узлов не менее чем в двух группах. Они

безболезненны, эластичны, подвижны, не спаяны с кожей. Несмотря на низкий уровень вирусной нагрузки в плазме крови, практически вся лимфоидная система становится огромным резервуаром, где активно продуцируются вирусы. Распространение ВИЧ в лимфоидной ткани вызывают нарушение ее структуры. Переполненные провирусами лимфоциты погибают. Постепенно количество CD4⁺-Т-лимфоцитов уменьшается, что приводит к снижению иммунитета.

II клиническая стадия – потеря массы тела менее 10% от исходного; минимальные поражения кожи и слизистых оболочек (себорейный дерматит, грибковые поражения ногтей, рецидивирующие изъязвления слизистой оболочки полости рта, ангулярный хейлит); эпизод опоясывающего лишая в течение последних пяти лет; рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит). В этот период отмечается нормальный уровень повседневной активности пациента.

III клиническая стадия – потеря массы тела более 10% от исходного; хроническая диарея, которая продолжается более 1 месяца; длительное (более 1 месяца, постоянно или периодически) повышение температуры тела; кандидоз полости рта (молочница); волосатая лейкоплакия слизистой полости рта; туберкулез легких; тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония). В этой стадии пациент проводит в постели менее 50% дневного времени.

IV клиническая стадия – СПИД – наличие оппортунистических инфекций и СПИД-индикаторных заболеваний: синдром истощения (кахексии); пневмоцистная пневмония; токсоплазмоз с поражением головного мозга; разжижение и учащение стула (диарея), вызванное криптоспоридиями, продолжающееся более месяца; внелегочный криптококкоз; цитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки или лимфатических узлов; инфекция, вызванная вирусом простого герпеса с поражением внутренних органов или хроническим (более 1 месяца) поражением кожи и слизистых оболочек; прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия; любой диссеминированный эндемический микоз (например, гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз); кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких; диссеминированная инфекция, вызванная атипичными видами микобактерий; сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*, возбудителя брюшного тифа); внелегочный туберкулез; лимфома; саркома Капоши; ВИЧ-энцефалопатия. В этой стадии пациент проводит в постели более 50% дневного времени. Количество CD4⁺-Т-лимфоцитов резко снижается, вирусная нагрузка резко возрастает.

Пути передачи ВИЧ-инфекции

Половой

Гомосексуальный Гетеросексуальный	При половых контактах между мужчинами или между мужчиной и женщиной.
--------------------------------------	--

Парентеральный	
Через кровь и другие биологические жидкости	<p>После переливания инфицированной цельной крови или ее компонентов.</p> <p>Неполовое заражение через поврежденные кожу и слизистые оболочки людей, контактирующих с кровью или некоторыми секретами (слизью из влагалища, грудным молоком, спермой, отделяемым из ран, спинномозговой жидкостью и др.) больных ВИЧ-инфекцией.</p> <p>При использовании загрязненных ВИЧ шприцев, инструментария.</p> <p>При пересадке инфицированных органов, костного мозга, искусственной инсеминации инфицированной спермой.</p>
От матери к ребенку (перинатальный)	
Вертикальный	<p>Внутриутробно через плаценту от ВИЧ-инфицированной матери.</p> <p>В родах – при контакте плода с инфицированной кровью или секретами матери, или при заглатывании плодом материнской крови или других жидкостей.</p>
Горизонтальный	<p>Инфицирование ребенка при вскармливании грудью или грудным молоком ВИЧ-инфицированной матери.</p>

ВИЧ-инфекция не передается бытовым путем:

- при прикосновениях, объятиях, рукопожатиях;
- через поцелуи;
- при совместном проживании в одной квартире;
- через посуду, столовые приборы;
- через пищу;
- через постельное белье, предметы обихода, игрушки;
- через воздух (в том числе при чихании и кашле);
- при купании в воде;
- через ручки дверей и кранов, унитаза;
- через спортивные снаряды;
- через деньги;
- при укусах насекомых или животных.

Профилактика заражения ВИЧ

В настоящее время профилактика заражения ВИЧ признается наиболее перспективным путем глобального решения проблемы распространения инфекции. Коренным отличием сегодняшнего этапа развития представлений о профилактике ВИЧ-инфекции является понимание того, что доступ к лечению является одним из важнейших элементов системы профилактики.

Перспективы специфической профилактики ВИЧ-инфекции

Известия о создании вакцин, которые смогли бы стать поворотным моментом в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции, регулярно попадают в ленты международных новостных агентств. Однако до настоящего времени еще не созданы вакцины, которые прошли бы все стадии клинических испытаний и были бы пригодны для проведения профилактики ВИЧ-инфекции. Главной трудностью при создании вакцин является изменчивость генетической информации ВИЧ (мутации). Быстрые изменения поверхностных структур вируса делают выработанные антитела неэффективными. Антитела слабо препятствуют распространению вируса в организме, в защите от вируса важную роль играют другие иммунные механизмы. Изменчивость вируса препятствует внедрению живых ослабленных (атенуированных) вакцин: всегда существует угроза «перерождения» ВИЧ из непатогенных вакцинальных штаммов в инфекционные формы. Сложность создания вакцин также обусловлена отсутствием недорогих моделей ВИЧ/СПИД на животных. В основном для этих целей пригодны только определенные виды обезьян.

Создав вакцину, человечество поставит перед собой проблемы, связанные с внедрением специфических вакцин против ВИЧ-инфекции:

- высокая изменчивость ВИЧ;
- сложности с испытанием вакцины на людях (опасность, необходимость длительного наблюдения);
- техническая сложность и высокая стоимость производства вакцин;
- определение контингентов, подлежащих вакцинации:
 - 1) нецелесообразность тотальной иммунизации;
 - 2) определение групп повышенного риска заражения;
 - 3) морально-этические и психологические вопросы, возникающие в обществе и у отдельной личности в связи с определением групп рискованного поведения;
- наличие прослойки иммунизированных, но не зараженных лиц, имеющих маркеры ВИЧ-инфицирования, создадут сложность дифференцирования зараженных и иммунизированных ВИЧ, что приведет к удорожанию процедуры установления диагноза.

Учитывая все выше перечисленное, более перспективной представляется разработка вакцины, которая будет препятствовать прогрессированию заболевания у ВИЧ-инфицированных людей, то есть такую вакцину можно использовать «для профилактики СПИДа».

Таким образом, реальная перспектива заключается в том, что на выработку эффективных вакцин потребуются годы. В то же время возросшие в последние годы возможности в лечении ВИЧ-инфекции – высоко активная антиретровирусная терапия (ВААРТ) позволяют продлить жизнь больных, улучшить ее качество и значительно снизить социальную напряженность.

Пути профилактики ВИЧ-инфекции. Инициатива ВОЗ «3 к 5»

Чрезвычайно быстрое распространение вируса требует коренного изменения поведения людей, общественной морали, социальной структуры. Эти изменения приведут к снижению распространения инфекции. Растущая политическая мобилизация в мире и активность общественных организаций сыграли важную роль. Сегодня право на лечение рассматривают в контексте прав человека.

Всемирный банк выделил значительные средства на борьбу с эпидемией ВИЧ-

инфекции. Были созданы новые структуры, такие как Глобальный фонд по борьбе против СПИДа, туберкулеза и малярии. В 2001 году партнеры в рамках Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и др. подсчитали, что при оптимальных условиях к концу 2005 года 3 миллиона человек, живущих в странах, охваченных эпидемией ВИЧ-инфекции, могут получать ВААРТ и иметь доступ к медико-санитарным службам. В связи с этим ВОЗ и ее партнеры приступили к осуществлению инициативы «Обеспечить лечение 3 миллионов человек к 2005 году» («3 к 5»). Украина является одним из государств, которым Всемирный банк и Глобальный фонд выделили средства. Развитие и внедрение всех элементов программы профилактики ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных компонентов инициативы ВОЗ «3 к 5».

ВОЗ выделяет следующие направления борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и ее последствиями.

- Тестирование на ВИЧ с пред- и послетестовым консультированием. Расширение доступа к тестированию на ВИЧ с возможностью получения качественных услуг консультирования, лечения и поддержки является одним из аспектов финансирования в рамках инициативы «3 к 5».
- Интеграция профилактики ВИЧ-инфекции в существующую систему здравоохранения.
- Усовершенствование системы предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку методами распространения информации о предупреждении ВИЧ, перинатальной передаче при планировании семьи, обеспечении медицинской помощи (включая консультирование) женщинам, которые инфицированы ВИЧ.
- Внедрение программ снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков. Возможная интеграция программ профилактики заболеваний, передающихся половым путем, передачи ВИЧ от матери ребенку и программ снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков.
- Усовершенствование инфекционного контроля. Предупреждение передачи ВИЧ через кровь методами снабжения безопасными продуктами крови, обеспечение асептических условий при инвазивной терапии, нарушающей кожную целостность, в хирургической и стоматологической практике.
- Вовлечение общественных ресурсов для пропаганды методов предупреждения половой передачи ВИЧ, включающих обучение безопасному половому поведению, распространение презервативов; лечение (других) болезней, передающихся половым путем, обучение поведению, направленному на сознательное лечение этих болезней.
- Активное привлечение к профилактике, обучению приверженности лечению, психо-социальной поддержке общественных организаций людей, живущих с ВИЧ.
- Осуществление целевых программ, направленных на уязвимые группы (потребителей инъекционных наркотиков, геев, женщин, занимающихся коммерческим сексом, бездомных). Представители этих групп, как правило, испытывают «двойную стигму», связанную как с риском инфицирования ВИЧ, так и с их социальным статусом.

Занятие 2

Общие принципы консультирования.

«Слушать и узнавать»

Цель занятия – научиться навыкам консультирования «Слушать и узнавать»:

- использовать несловесную и словесную методику общения, чтобы вызвать на разговор консультируемого, не задавая при этом слишком много вопросов;
- реагировать на материнские чувства сопереживанием;
- избегать в разговоре оценивающих слов.

Что такое консультирование?

Консультирование – оказание помощи путем общения. В процессе консультирования необходимо:

- выслушать клиента;
- предоставить варианты выбора (решения) и помочь их понять;
- помочь принять решение, как поступить;
- помочь выработать уверенность и желание претворить свой выбор в жизнь.

«Консультировать» – это более сложный и многогранный процесс, чем «советовать», «обучать» или «предоставлять информацию», хотя все эти действия могут быть частью консультирования.

Консультант:

- НЕ принимает решение вместо клиента;
- НЕ заставляет следовать определенным рекомендациям;
- НЕ принуждает к выполнению определенных действий.

Каждый, кто намерен овладеть консультированием или усовершенствовать свои умения в этой области, должен знать ряд принципов, лежащих в основе эффективного консультирования (Р.Кочюнас, 2000):

- Каждый человек *важен, ценен и заслуживает уважения* как таковой.
- Каждый человек в *состоянии отвечать* за свои поступки.
- Каждый человек *имеет право принимать самостоятельные решения*.
- Каждый человек имеет *право выбирать ценности и цели*.

Консультант должен учитывать эти положения и понимать, что определенные решения принимать трудно.

ЮНЭЙДС определяет консультирование по ВИЧ/СПИДу как «конфиденциальный диалог между клиентом и предоставляющим помощь человеком, имеющий целью помочь клиенту справиться со стрессом и принять личные решения, связанные с ВИЧ/СПИДом».

При проведении консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа всегда нужно соблюдать конфиденциальность.

Этапы консультирования в связи с проведением антиретровирусной (АРВ) терапии у детей

1. Консультирование при установлении у ребенка диагноза ВИЧ-инфекции.
2. Консультирование перед началом АРВ-терапии.
3. Текущее консультирование во время проведения АРВ-терапии.

Навыки консультирования «Слушать и узнавать»

Знакомясь с консультируемыми, консультант представляется первым. К собеседникам следует обращаться по имени, поэтому консультант должен узнать имя (имя и отчество) человека, с которым беседует, а также имя ребенка.

Навык 1. Использовать полезное несловесное общение

Невербальная коммуникация – проявление отношения к собеседнику не словами, а позой, выражением лица, жестами. Во время консультирования консультант должен проявлять доброжелательность и заинтересованность в общении.

1. Поза и взаимное расположение консультанта и консультируемых

Способствует общению: собеседники находятся на одном уровне (оба сидят) на приемлемом расстоянии, поза консультанта «открытая» (об открытости может говорить наклон туловища по направлению к консультируемому).

Препятствует общению: собеседники находятся на разных уровнях (консультант стоит, его собеседник сидит, или наоборот), «закрытая» поза (например, со скрещенными конечностями).

На установление контакта влияет дистанция между общающимися сторонами (личная зона от 46 см до 1,2 м, социальная зона от 1,2 до 3,6 м, общественная зона более 3,6 м).

2. Контакт глазами

Способствует общению: консультант смотрит на собеседника, когда тот говорит.

Препятствует общению: консультант смотрит в сторону или в записи, когда собеседник говорит.

3. Выражение лица

Способствует общению: доброжелательное, спокойное.

Препятствует общению: проявление агрессии, презрения, высокомерия, чрезмерное веселье.

Перед беседой полезно посмотреть на себя в зеркало, так как на лице может остаться мимика от предыдущего контакта с пациентом, а это может повлиять на общение со следующим пациентом.

4. Препятствия

Способствует общению: между собеседниками нет стола (другого барьера), консультант слушает, не занимаясь другим делом.

Препятствует общению: между собеседниками есть барьер (например, стол), консультант во время беседы занимается другим делом (например, пишет или перекладывает бумаги).

5. Не спешить

Способствует общению: консультант спокойно сидит, терпеливо слушает, говорит спокойно, не смотрит на часы.

Препятствует общению: проявление нетерпения: не слушает до конца, говорит торопливо, постоянно смотрит на часы, сидит на краешке стула.

6. Прикосновения

Способствует общению: прикоснуться к собеседнику подобающим образом, тактично.

Препятствует общению: прикоснуться к собеседнику нетактично.

Навык 2. Задавать открытые вопросы

Для того чтобы получить необходимую информацию, консультант должен уметь задавать вопросы, которые помогут за ограниченный промежуток времени выявить наиболее важные факты или проблемы.

Проводя консультирование, можно задавать различные типы вопросов. Менее эффективны «закрытые» вопросы. На них можно ответить словами «Да» или «Нет». Закрытые вопросы начинаются словами «Вы делаете?», «Вы даете?» «Он принимает?». Например, «Вы даете лекарства вашему ребенку регулярно?». Закрытые вопросы не позволяют консультанту получить обширную информацию, однако эти вопросы дают возможность уточнить наиболее важные моменты.

Наиболее полезны «открытые» вопросы. Эти вопросы начинаются словами: «Как?», «Что?», «Когда?», «Где?», «Почему?». Чтобы ответить на них собеседник вынужден сообщить некоторую информацию. Например, «Как вы даете вашему ребенку лекарства?».

В начале разговора полезно задать открытый вопрос общей направленности. Ответ на него собеседник может сообщить наиболее беспокоящую его информацию. Например, «Как, по-вашему, проходит лечение ребенка?». Продолжая разговор, можно задать конкретный открытый вопрос, например, «В какое время вы даете ребенку лекарства?». В ряде случаев целесообразно задать закрытый вопрос. Например «Вы даете ребенку все лекарства одновременно с едой?». Если последует ответ «Нет», то далее можно задать открытый вопрос «Как (когда) вы даете лекарства?» или «Почему вы начали так давать лекарства?».

Навык 3. Разговаривать и жестикулировать, выражая тем самым интерес

Чтобы получить от собеседника больше информации, необходимо поощрять продолжение разговора. В момент, когда говорит собеседник, консультант может проявлять внимание и заинтересованность жестами (например, изменением выражения лица, кивком), словами (например, умница, мой хороший, неужели), или междометиями (например, угу, м-м).

Навык 4. Отражать слова консультируемого

В ряде случаев, чем больше консультант задает вопросов, тем короче отвечает собеседник.

Чтобы поощрить консультируемого на дальнейший разговор, можно повторить сказанную им фразу. Это свидетельствует, что консультант слышит и понимает сказанное. Лучше перефразировать сказанное, сохранив смысл и слегка изменив слова, чтобы это не было воспринято, как передразнивание или подражание.

Однако если все время отражать слова собеседника, может сложиться впечатление, что консультант плохо слышит или плохо понимает сказанное. Целесообразно чередовать вопросы, отражающие сказанное и эмоциональные возгласы.

Навык 5. Проявление эмпатии. Сопереживать – показывать, что консультанту понятны чувства консультируемого

Эмпатия – способность испытывать чувства и понимать внутренний мир другого человека; глубокое сопереживание другому человеку. Консультант должен уметь проявлять эмпатию, то есть показывать, что ему понятны чувства и переживания консультируемого.

Например, мать говорит «Меня беспокоит, что (имя ребенка) стал более капризным». Консультант может отреагировать на сказанное следующим образом: «Вы переживаете, что у (имя ребенка) что-то болит».

Другой пример, мать говорит «(Имя ребенка) стал более капризным, я уже с ног валюсь». Консультант может отреагировать на сказанное следующим образом: «Вы очень устали».

Сопереживание (эмпатию) нужно отличать от симпатии или сочувствия. Человек, который выражает сочувствие или симпатию, смотрит на происходящее и на другого человека со своей точки зрения.

Выражать симпатию – значит показывать, что собеседник вам нравится. Проявление сочувствия – это способность показать: «Я знаю, как ты себя чувствуешь, я тоже испытывал подобное, я был на твоём месте».

Например, мать говорит «Меня беспокоит, что (имя ребенка) стал более капризным». Человек, симпатизирующий собеседнику, скажет: «Вы такая заботливая, как моя мама». Сочувствующий человек может отреагировать на сказанное по-другому: «Когда мой ребенок болел и часто плакал, я тоже очень нервничал». Такой ответ концентрирует внимание на самом человеке, который произнес эту фразу, а собеседник, которому она адресована, не чувствует внимания и понимания своих переживаний.

Услышав фразу матери «Меня беспокоит, что (имя ребенка) стал более капризным» консультант может задать вопрос, который поможет выяснить фактическую сторону проблемы. Например, «Что, по-вашему, беспокоит ребенка?». Этот вопрос полезен для получения фактов, но он не позволяет матери почувствовать внимание со стороны консультанта, так как это вопрос о поведении ребенка, а не о чувствах матери.

Консультант должен показывать консультируемым, что ему понятны, как отрицательные, так и положительные чувства и эмоции консультируемого.

Навык 6. Избегать употребления оценивающих слов

«Оценивающие слова»: хорошо, плохо, правильно, неправильно, достаточно, недостаточно, нормально, ненормально.

Употребление оценивающих слов не позволяет адекватно оценить происходящее, так как один и тот же факт может оцениваться людьми по-разному. При этом у консультируемого может сложиться ошибочное мнение, что он что-то делает неправильно.

Консультант не должен употреблять оценивающие слова в вопросах. Например, вместо вопроса «Ребенок чувствует себя хорошо?» лучше спрашивать «Как чувствует себя ребенок?».

Консультируемые могут употреблять и достаточно часто употребляют оценивающие слова. Консультанту необходимо уточнять, что за этими оценками «скрывается».

Оценивающие слова чаще включаются в закрытые вопросы. Употребление открытых вопросов позволяет избежать оценивающих слов.

Консультант может употреблять оценивающие слова для похвалы или поддержки консультируемых.

Упражнения для закрепления навыков «Слушать и узнавать»

Для закрепления навыков «Слушать и узнавать» предлагается выполнить письменно упражнения 2.1 – 2.5.

Упражнение 2.1. Навык «Задавать открытые вопросы»

Под номерами 1 – 3 представлены закрытые вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет». Трансформируйте каждый закрытый вопрос в открытый вопрос и запишите его.

Пример

Вы даете лекарства ребенку регулярно?	Как вы даете лекарства вашему ребенку?
---------------------------------------	--

Исходный вопрос	Новая формулировка вопроса
1. Вы часто пропускаете время, когда нужно дать ребенку лекарства?	
2. Ваш ребенок испытывал недомогание (тошноту) после приема лекарств?	
3. Вы заводите будильник, чтобы не пропустить время приема лекарств?	

Упражнение 2.2. Навык «Задавать открытые вопросы»

Родители ребенка, которому 2 недели назад назначили АРВ-терапию, пришли на консультацию.

Напишите 2 – 3 открытых вопроса, на которые нельзя ответить «да» или «нет».

Возможные вопросы:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Упражнение 2.3. Навык «Отражать слова матери»

В левом столбце под номерами 1 – 5 представлены слова матери. В правом столбце возможные вопросы консультанта, сказанные в ответ на слова матери 1 – 3. Отметьте вопрос консультанта, который «отражает» сказанное матерью. Придумайте и запишите собственные вопросы, которые «отражают» слова матери под номерами 4 и 5.

Пример

<p>Мой муж говорит, что уже хватит лечить ребенка.</p>	<p>А. А что вы думаете по этому поводу? Б. Почему он так думает? <u>В. Он считает, что лечение нужно прекратить?</u></p>
<p>Слова матери</p>	<p>Варианты вопросов консультанта</p>
<p>1. Мой ребенок стал плохо есть.</p>	<p>А. Как вы считаете, почему он стал плохо есть? Б. У него снизился аппетит? В. Что он ест хуже всего?</p>
<p>2. Мне кажется, что капризы ребенка связаны с приемом этого препарата.</p>	<p>А. Вы считаете, что после приема этого препарата ребенка что-то беспокоит? Б. Когда начались такие проявления? В. Как долго ребенок беспокоен после приема препарата?</p>
<p>3. Я пытаюсь дать ребенку лекарства, а он его выплевывает.</p>	<p>А. Ребенку не нравится вкус этого препарата? Б. Вы пытались улучшить вкус препарата вареньем? В. Что вы решили предпринять, чтобы ребенок глотал лекарства?</p>
<p>4. Иногда ребенок жалуется, что его тошнит после приема лекарств.</p>	
<p>5. Я думаю, что можно сделать короткий перерыв в лечении.</p>	

Упражнение 2.4. Навык «Сопереживать – показывать, что понятны чувства консультируемых (проявление эмпатии)»

В левом столбце под номерами 1 – 5 представлены слова матери. В правом столбце возможные вопросы консультанта, сказанные в ответ на слова матери 1 – 3. Подчеркните слова матери, которые выражают ее чувства. Отметьте вопрос консультанта, в котором есть сопереживание. Придумайте и запишите собственные вопросы в ответ на слова матери под номерами 4 и 5, в которых есть проявление эмпатии.

Пример

<p><u>Я нервничаю</u>, что за последний месяц ребенок не прибавил в весе.</p>	<p>А. Сколько он весит сейчас? Б. Чем он болел в последнее время? В. <u>Вы переживаете</u>, что лечение не эффективно?</p>
<p>Слова матери</p>	<p>Варианты вопросов консультанта</p>
<p>1. <u>Я так боюсь</u> пропустить время приема лекарств, что просыпаюсь в 5 часов утра.</p>	<p>А. Вы переживаете, что можете проспать? Б. Что вы делаете, чтобы не проспать? В. Это происходит каждую ночь?</p>
<p>2. <u>Мне тяжело</u> часто ездить с ребенком в поликлинику.</p>	<p>А. Вы чувствуете усталость? Б. Как много времени занимает поездка в поликлинику? В. Кто может вам помочь, привезти ребенка на прием к врачу?</p>
<p>3. Я <u>не могу оставить ребенка</u> на своих родственников даже на час.</p>	<p>А. Кто из родственников живет вместе с вами? Б. Вы так переживаете за своего ребенка? В. Может, вы будете приезжать сюда вместе с ребенком?</p>
<p>4. Я не представляю, как я скажу своей матери, что ребенок болен.</p>	

5. Я не могу смотреть, как ребенку делают уколы.	
--	--

Упражнение 2.5. Навык «Избегать употребления оценивающих слов»

Оценивающие слова

Хорошо	Плохо
Нормально	Ненормально
Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Правильно	Неправильно
Достаточно	Недостаточно
Много	Мало
Безошибочно	Ошибочно
Адекватно	Неадекватно
Удачно	Неудачно
Успех	Провал
Благополучно	Проблемы
Легко	Трудности
Регулярно	Нерегулярно

Переделайте закрытые вопросы с использованием оценивающих слов в открытые вопросы без оценивающих слов.

Пример

Ребенок хорошо себя чувствует?	Как чувствует себя ребенок?
--------------------------------	-----------------------------

Вопросы с оценивающими словами	Вопросы без оценивающих слов
Он нормально ест?	
Он достаточно прибавил в весе?	
У вас возникают проблемы с приемом лекарств?	
Вы регулярно даете ребенку лекарства?	
Часто ребенок плачет?	

Советы по несловесному общению

1. Следить за позой (собеседники находятся на одном уровне)
2. Осуществлять контакт глазами (проявлять внимание)
3. Адекватное выражение лица
4. Устранять препятствия
5. Не спешить
6. Прикасаться подобающим образом

Навыки «Слушать и узнавать»

1. Использовать полезное несловесное общение.
2. Задавать открытые вопросы.
3. Реагировать и жестикулировать, выражая тем самым интерес.
4. Отражать слова матери.
5. Сопереживать – показать, что понятны чувства консультируемых.
6. Избегать употребления оценивающих слов.

Занятие 3

Общие принципы консультирования.

«Формирование уверенности и оказание поддержки»

Цель занятия – научиться навыкам консультирования «Формирование уверенности и оказание поддержки»:

- принимать все, что думает и чувствует мать;
- оказывать практическую помощь;
- давать уместную информацию;
- говорить с матерью доступным языком;
- предлагать, а не отдавать команды.

Люди, которые ухаживают за ВИЧ-инфицированным ребенком, легко теряют уверенность в правильности того, что они делают. Неуверенность может быть обусловлена многими факторами:

- невозможность полностью излечить ВИЧ-инфицированного приводит к тому, что люди постоянно пытаются попробовать какой-то новый способ лечения;
- необходимость частых обследований и пожизненный прием лекарств приводит к усталости и желанию прекратить наблюдение и лечение;
- улучшение состояния на фоне АРВ-терапии может создать ошибочное представление, что ребенок излечился от ВИЧ-инфекции и вызвать желание отменить лечение;
- регулярное появление новых данных приводит к тому, что специалисты постоянно обновляют свои рекомендации;
- ВИЧ-инфекция/СПИД – новая проблема; многие медицинские работники (в том числе и врачи), кто не работает с ВИЧ-инфицированными пациентами постоянно, могут иметь устаревшие или неправильные представления о ведении ВИЧ-инфицированных и лечении данного заболевания, поэтому их рекомендации могут быть не корректными.

Потеря уверенности может привести к тому, что родители (опекуны) перестанут выполнять рекомендации специалистов, что нанесет вред ребенку.

Консультант должен обладать навыками, которые помогут родителями или опекунам ВИЧ-инфицированного ребенка почувствовать уверенность в правильности их действий. Такая уверенность поможет родителям (опекунам) противостоять давлению со стороны не компетентных людей, бороться с внутренними сомнениями и противоречиями.

Консультанты должны стараться избегать советов, которые противоречат рекомендациям специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом, вносят изменения в их рекомендации.

Важно не заставлять людей что-либо делать, а помочь им принять самостоятельное решение в интересах ребенка. Это повысит уверенность консультируемых в правильности их поступков.

Признание ценности человека не зависимо от того, кто он и какими качествами обладает, создание во время беседы атмосферы заинтересованности, доверия и понимания означает «поддерживать человека психологически». Психологическая поддержка дает возможность обратившемуся человеку преодолеть тревогу и страх. Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения. Оказывая человеку психологическую поддержку, на него легче влиять, повышать его самооценку, изменять его поведение.

Карта физического развития ребенка

Одним из важнейших показаний к началу АРВ-терапии и объективным критерием ее эффективности является динамика физического развития ребенка.

Физическое развитие – увеличение массы тела (веса) и роста (длины) ребенка. До двух лет обычно измеряют длину тела, а после 2-х лет – рост.

Физическое развитие ребенка оценивают по специальной карте, так называемой шкале оценки центильного типа. Наиболее часто применяют карты массы тела и роста (длины тела) в зависимости от возраста от 0 до 24 мес (36 мес) и от 2 до 18 лет для мальчиков и для девочек. Снизу и сверху карты (горизонтальные оси) указан возраст ребенка в месяцах или годах. Слева и справа (вертикальные оси) – цифры массы тела и роста (длины). Существуют также карты оценки окружности головы в зависимости от возраста.

Кривые линии, представленные в картах физического развития, отражают динамику массы тела, роста (длины) и окружности головы в зависимости от возраста ребенка. Эти кривые построены на основании измерения антропометрических данных большого числа детей. 50-я центиль – средний показатель массы тела (роста или окружности головы) для детей данного возраста. Если измерение находится, например, на кривой 25-й центили, это означает, что 25% детей данного возраста имеют массу тела (рост или окружность головы) ниже, а 75% детей имеют массу тела (рост или окружность головы) выше данного показателя. Если результат измерения находится ниже 10-й центили, или выше 90-й центили, такая величина считается «аномальной».

Точность измерения массы тела, роста и окружности головы очень важны для оценки физического развития ребенка. Для достоверности измерений, по возможности, следует использовать цифровые (электронные) весы, а ребенок при взвешивании должен быть в легкой одежде и без обуви. Длина измеряется с помощью мерной доски или коврика, а рост – с помощью ростомера. Окружность головы измеряется сантиметровой лентой.

Для того чтобы получить информацию о физическом развитии ребенка, нужно иметь несколько последовательных измерений массы тела и роста или окружности головы ребенка, включая данные на момент рождения. Результат взвешивания (измерения роста

или окружности головы) вносят в виде точки в карту физического развития. Расположение точки соответствует возрасту по горизонтальной оси и значению массы тела (роста или окружности головы) по вертикальной оси.

Массу тела, длину и окружность головы измеряют при рождении, а затем измерения повторяют ежемесячно на первом году жизни. В более старшем возрасте массу тела, рост и окружность головы измеряют один раз в 3 – 6 месяцев.

Точки (результаты измерений), соответствующие массе тела, росту или окружности головы ребенка в определенном возрасте последовательно соединяют между собой. Получаются кривая массы тела ребенка и кривая роста или кривая увеличения окружности головы ребенка.

Сравнение кривых массы тела, роста или окружности головы ребенка со стандартными линиями процентилей позволяют определить, как развивается ребенок. Масса тела ребенка может быстро снижаться или возрастать в ответ на отрицательные и положительные факторы. Рост и окружность головы могут только увеличиваться. Неблагоприятные факторы приводят к тому, что ребенок перестает расти. Если окружность головы ребенка не увеличивается или увеличивается слишком быстро, это свидетельствует о поражении головного мозга.

Если кривые линии физического развития ребенка идут вверх параллельно эталонным линиям, то ребенок развивается хорошо. Если линии идут горизонтально или линия массы тела идет вниз – ребенок развивается плохо. Если кривые линии физического развития идут вверх, но не так резко, как эталонные, то ребенок развивается недостаточно хорошо. Для обозначения этих процессов были введены термины «истощение» и «задержка роста».

Единичные измерения массы тела и роста позволяют рассчитать показатель «соотношение массы тела и роста». Этот показатель позволяет оценить «гармоничность» развития ребенка в определенный момент времени.

Лист рекомендаций врача

Лист рекомендаций не является установленной, обязательной к применению медицинской формой. Однако для правильного выполнения назначений врача необходимо, чтобы рекомендации по лечению пациент получает в виде листа. Это особенно важно при АРВ-терапии у детей. Для взрослых людей разовые дозы препаратов – фиксированные (количество таблеток) и постоянные (не изменяются в процессе лечения). Дозы препаратов для детей могут быть в виде разных объемов сиропа (суспензии), дробных частей таблеток. По мере роста и прибавки массы детей дозы должны регулярно пересматриваться.

В листе рекомендаций целесообразно указывать для каждого препарата:

- название (торговое, то, что написано на упаковке препарата);
- количество таблеток (сиропа или суспензии) на один прием;
- время приема (утром и вечером);

- рекомендации по взаимосвязи с приемом пищи (как принимать – до, после или во время еды, какая пища необходима, чего избегать, чем запивать);
- предупреждение о токсических эффектах и указания, как их контролировать или что делать при их возникновении;
- условия хранения и особые рекомендации.

Навыки консультирования «Формирование уверенности и оказание поддержки»

Навык 1. «Принимать то, что думает и чувствует консультируемый»

Точка зрения человека или его чувства могут быть ошибочными. Если консультант выскажет несогласие, сделает критические замечания, или заставит консультируемого почувствовать, что он не прав, это существенно снизит уверенность человека и его самооценку. Если консультант согласится с ошибочной точкой зрения консультируемого, то трудно будет дать совет или предложить правильное решение.

Для эффективности консультирования необходимо всегда проявлять уважение к тому, что думает собеседник, принимать его точку зрения. Принимать – значит реагировать спокойно, не выражая согласия или несогласия с тем, что говорит другой человек.

Для выражения принятия точки зрения консультируемого целесообразно применять навык «отражать слова консультируемого» и умение «проявлять внимание и заинтересованность жестами, словами, или междометиями».

Навык «проявление сопереживания (эмпатии)» позволяет выразить принятие чувств консультируемого. Выражая понимание чувств собеседника, консультант не снижает уверенности и самооценки человека.

Навык 2. «Распознавать и одобрять все то, что консультируемый делает правильно»

Медицинские работники, как правило, настроены на выявление проблем у пациентов и исправление их неправильных взглядов и действий.

Консультанту следует помнить, что подчеркивая неправильную точку зрения или действия консультируемых, можно снизить самооценку собеседников, ослабить их уверенность в собственных силах.

Консультант должен выявлять то, что консультируемые и их ребенок делают правильно, хвалить за это или выражать одобрение. Положительные результаты выявления и одобрения правильных взглядов и действий консультируемых и их ребенка:

- формирование уверенности у консультируемых;
- повышение самооценки;
- возникновение стремления продолжать делать то, за что хвалят;
- формирование доверия к консультанту и возникновение желания выполнять его дальнейшие советы.

Даже в том случае, когда действия родителей трудно назвать правильными, консультант должен найти что-либо положительное и похвалить за это консультируемых и их ребенка.

Навык 3. «Оказывать практическую помощь»

Оказание практической помощи – еще один из способов выражения поддержки. Такой способ позволяет без слов проявить внимание, сопереживание (эмпатию), принятие.

Нужно помнить, что, как правило, консультируемыми по вопросам ВИЧ-инфекции у детей являются ВИЧ-позитивные матери (родители), опекуны преклонного возраста (бабушки, дедушки) – в большинстве случаев люди нездоровые, с плохим самочувствием.

Навык 4. «Дать немного уместной информации»

Сразу после беседы люди помнят 90% сказанного, на другой день – 50%, через 3 дня – 15%, а через 1 месяц – менее 4%. Сообщая слишком много информации, мы не знаем, что запомнит собеседник. Если консультируемый плохо себя чувствует, расстроен, то он хуже запоминает сказанное. Поэтому очень важно сообщать только необходимую информацию. Наиболее важно сообщить то, что нужно делать в ближайшее время. Также важно исправить то, что консультируемые делают не правильно, во вред ребенку.

Для эффективного консультирования необходимо:

- давать информацию, необходимую консультируемым в данное время;
- ограничить объем информации только самым необходимым и важным;
- излагать информацию благожелательно (положительно), чтобы она не звучала как критика (это особенно важно, если консультанту необходимо исправить ошибочное представление);
- предоставлять информацию только после того, когда выражено одобрение того, что консультируемые и их ребенок делают правильно.

Навык 5. «Говорить доступным языком»

Для того чтобы консультируемые поняли смысл сказанного, очень важно говорить понятными им словами, учитывая их уровень образования и знаний. Это касается и детей. Нужно помнить, что большинство людей не понимают медицинских терминов и иностранных слов. Непонимание услышанного порождает у консультируемых тревогу.

Однако при консультировании по вопросам ВИЧ-инфекции нельзя избежать использования медицинских терминов. Понятия «иммуносупрессия», «иммунодефицит», «оппортунистические инфекции», «CD4⁺-Т-лимфоциты», «CD4⁺-клетки», «вирусная нагрузка», «устойчивость вируса», «лекарственная резистентность» «антиретровирусные препараты» и целый ряд других терминов и понятий часто употребляются при разговоре о ВИЧ-инфекции. Очень важно объяснять консультируемым, что значат эти слова или каждый раз убеждаться, что они их уже знают.

Навык 6. «Делать предложения, а не отдавать команды»

При проведении консультирования очень важно избегать категорических высказываний, рекомендаций в виде команд. Эффективному консультированию способствует подача информации или советов в виде предложения.

Приказы или команды, как правило, начинаются с императивной формы глаголов – «сделайте», «дайте», «измените», а также содержат такие слова, как «необходимо», «должны», «следует», «всегда», «никогда».

Предложения начинаются со слов: «Сможете ли вы...?», «Вы можете выбрать между.. и ...», «Возможно...», «Думали ли вы о...?» «Рассматривали ли вы...?», «Может быть стоит попробовать (прислушаться)...?» «Обычно в таком случае ...».

Фразу «Я бы на вашем месте...» употреблять не следует. Человек может находиться только на своем месте. Такая фраза может вызвать раздражение у консультируемых.

Упражнения для закрепления навыков «Формирование уверенности и оказание поддержки»

Для закрепления навыков консультирования «Формирование уверенности и оказание поддержки» предлагается выполнить упражнения 3.1 – 3.6 письменно.

Упражнение 3.1. Навык «Принимать то, что думает и чувствует консультируемый»

В левой половине листа под номерами 1 – 3 приведены ошибочные мнения консультируемых. В правой половине листа представлены варианты ответов консультанта, в которых выражено согласие, несогласие и принятие мнения собеседников. Выберете вариант принятия мнения консультируемых.

Ошибочное мнение консультируемого	Ответы консультанта
1. После нескольких месяцев приема препаратов нужно сделать перерыв (каникулы).	А. Этого делать нельзя, АРВ-препараты следует давать непрерывно. Б. Вы считаете, что ребенок нуждается в «отдыхе» от лекарств? В. Постоянный прием лекарств, действительно, вреден.

<p>2. Если ребенок долго спит, его не следует будить для приема лекарств.</p>	<p>А. Да, сон важнее своевременного приема лекарств.</p> <p>Б. Лекарства всегда следует давать ребенку в одни и те же часы каждый день.</p> <p>В. Вас беспокоит, что ребенок не высыпается?</p>
<p>3. АРВ-препараты излечивают от ВИЧ-инфекции</p>	<p>А. АРВ-препараты подавляют размножение вируса и позволяют сохранить иммунную систему, но вирус навсегда остается в организме человека.</p> <p>Б. Да, при успешном лечении вирус не определяется в плазме крови.</p> <p>В. Вы полагаете?</p>

В левой половине листа под номерами 4 – 8 приведены ошибочные мнения консультируемых. Придумайте и запишите собственные варианты ответов консультанта, в которых выражено принятие мнения и чувств собеседников.

Ошибочное мнение консультируемого	Ответы консультанта
<p>1. Не следует обследовать ребенка, рожденного ВИЧ-позитивной женщиной, на ВИЧ до 18 месяцев.</p>	

<p>2. Если не уточнен ВИЧ-статус ребенка, рожденного ВИЧ-позитивной женщиной, не следует давать ему бисептол 3 дня в неделю с 4 недельного возраста до 1 года.</p>	
<p>3. Продукты питания не влияют на усвоение АРВ препаратов.</p>	
<p>4. Единственная надежда на выздоровление – нетрадиционная медицина, а АРВ-препараты имеют слишком много побочных действий.</p>	
<p>5. Не следует брать кровь на анализы во время АРВ-терапии, вполне достаточно осмотра врача.</p>	

Упражнение 3.2. Навык «Распознавать и одобрять все, что консультируемые и их ребенок делают правильно»

Под номерами 1 – 5 представлены различные ситуации. В ситуациях 1 – 3 приведены 3 возможные реакции консультанта. Отметьте один или несколько ответов, в которых выражено одобрение того, что консультируемый или его ребенок делают правильно. Придумайте ответы – одобрения к ситуациям 4 и 5, запишите их.

Пример:

Ребенку 9 месяцев, его ВИЧ-статус не уточнен. Мать не приносила ребенка на осмотр в центр профилактики и борьбы со СПИДом в течение 6 месяцев. Измерения массы тела и роста не выявили отставания ребенка в физическом развитии.

√	<p>А. Почему вы не показывались 6 месяцев? Вы должны приносить ребенка на осмотр регулярно.</p> <p>Б. Ребенок хорошо растет, какой молодец! Приносите его к нам на осмотр регулярно, чтобы мы могли наблюдать за его развитием.</p> <p>В. Если вам трудно приносить ребенка на прием в центр профилактики и борьбы со СПИДом, наблюдайтесь регулярно у педиатра по месту жительства.</p>
Ситуации:	
<p>1. Два месяца назад ребенку назначена АРВ-терапия. В результате приема препаратов у ребенка значительно снизился уровень гемоглобина (развился побочный эффект приема ретровира).</p>	
	<p>А. Прием ретровира часто приводит к изменениям в анализе крови.</p> <p>Б. Вы молодец, хорошо соблюдали режим приема препаратов. Ну, а ретровир врач, вероятно, заменит на другой препарат или назначит что-то для лечения анемии.</p> <p>В. Ретровир врач, вероятно, заменит на другой препарат. К сожалению, все АРВ-препараты имеют побочные эффекты.</p>
<p>2. В течение 3,5 лет ребенок успешно получал АРВ-терапию. В двух последних исследованиях крови у него выявлено снижение CD-4⁺-Т-лимфоцитов. Это может быть обусловлено развитием у ВИЧ лекарственной резистентности.</p>	

	<p>А. (Имя ребенка) хорошо принимал лекарства в течение 3,5 лет, он прекрасно вырос и не болел. Возможно, вам нужно обсудить с врачом план дальнейшего лечения.</p> <p>Б. У (имя ребенка), вероятно, развилась лекарственная резистентность, нужно менять схему лечения.</p> <p>В. У всех людей, принимающих АРВ-препараты, рано или поздно развивается лекарственная резистентность. Лучше, чтобы это не случилось как можно дольше.</p>
<p>3. Ребенок двух лет в течение года получает АРВ-терапию. У него сохраняется отставание в нервно-психическом развитии, масса тела и рост остаются ниже 5-й процентиля, но кривые линии на карте физического развития идут вверх.</p>	
<p>√</p>	<p>А. Очень хорошо, что отставание в физическом развитии сокращается. Развиваясь такими темпами, (имя ребенка) скоро догонит своих сверстников.</p> <p>Б. Меня беспокоит, что (имя ребенка) до сих пор не начал ходить.</p> <p>В. Судя по карте физического развития, вы правильно даете (имя ребенка) АРВ-препараты, он неуклонно прибавляет в весе и росте.</p>
<p>4. Ребенок пяти лет в течение 1 года получает АРВ-терапию. У него развился токсический гепатит, в связи с этим невимун предлагают заменить на вирасепт. Мать боится развития других токсических эффектов и хочет отменить АРВ-терапию.</p>	
<p>5. У ВИЧ-положительного ребенка трех лет наблюдается отставание в физическом развитии, он часто болеет. В последнем анализе выявлено, что количество CD4⁺-Т-лимфоцитов снизилось до 14%.</p>	

Упражнение 3.3. Навык «Дать немного уместной информации»

В левой половине листа под номерами 1 – 5 приведены пять ситуаций. В правой половине листа представлены варианты информации (А–Д), которую им дает консультант. Определите, для какой ситуации какая информация наиболее необходима.

Ситуации:	Информация:
1. Ребенку, рожденному ВИЧ-позитивной женщиной, исполнился один месяц.	А. В течение первых 4 – 6 недель приема препаратов может отмечаться тошнота, рвота, плохое самочувствие.
2. Пять дней назад врач назначил ребенку АРВ терапию. У ребенка снизился аппетит, он стал капризным.	Б. Пропуски времени приема лекарств, несоблюдение режима приема, снижение их дозы приводят к развитию резистентности ВИЧ к препаратам, неэффективности проводимого лечения.
3. Ребенку в возрасте 18 месяцев установлен диагноз ВИЧ-инфекции.	В. У 80% детей наблюдается медленное прогрессирование ВИЧ-инфекции. Специалисты должны осматривать ребенка и брать у него кровь на исследования каждые 3 месяца.
4. Ребенку первого года жизни планируют начать АРВ-терапию.	Г. Ребенку с неуточненным ВИЧ-статусом для профилактики пневмоцистной пневмонии на первом году жизни назначают бисептол 3 раза в неделю.

Упражнение 3.4. Навык «Подача информации положительным образом»

В левой половине приведены ошибочные мнения консультируемых и их принятие из упражнения 3.1. Напишите, что можно сказать собеседникам позже, чтобы исправить ошибочное представление (заблуждение). Предоставьте информацию положительным образом.

Ошибочное мнение консультируемого	Ответы консультанта
<p>1. Не следует обследовать ребенка, рожденного ВИЧ-позитивной женщиной, на ВИЧ до 18 месяцев.</p> <p><i>Вы так думаете?...</i></p>	
<p>2. Если не уточнен ВИЧ-статус ребенка, рожденного ВИЧ-позитивной женщиной, не следует давать ему бисептол 3 дня в неделю с 4 недельного возраста до 1 года.</p> <p><i>Вы беспокоитесь, что здоровому ребенку может повредить этот препарат?</i></p>	
<p>3. Продукты питания не влияют на усвоение АРВ-препаратов.</p> <p><i>М-м...</i></p>	
<p>4. Не следует брать кровь на анализы во время АРВ-терапии, вполне достаточно осмотра врача.</p> <p><i>Вы переживаете, что забор крови на анализ – слишком болезненная процедура?</i></p>	

Упражнение 3.5. Навык «Говорить простым языком»

Ниже приведены 3 примера правильной информации для консультируемых. Парфразируйте эту информацию так, чтобы она была понятна всем и запишите ниже

свой вариант правильной информации. Под номерами 4 и 5 запишите свои варианты «сложной» для понимания информации, которую часто предоставляют медицинские работники, и вариант ее простого изложения.

<p>Пример:</p> <p><i>Информация:</i></p> <p>Исследование генетического материала ВИЧ (РНК или провирусная ДНК) методом полимеразной цепной реакции позволяет диагностировать ВИЧ-инфекцию даже у детей периода новорожденности и грудного возраста.</p> <p><i>Вариант информации простым языком:</i></p> <p>Специальное исследование (ПЦР) позволяет определять вирус в крови даже у детей до 1 года.</p>
<p>Варианты информации:</p>
<p><i>Информация №1:</i></p> <p>Снижение процентной доли CD4⁺-Т-лимфоцитов позволяет выявлять степень иммуносупрессии и контролировать эффективность лечения.</p>
<p><i>Вариант информации №1 доступным языком:</i></p>
<p><i>Информация №2:</i></p> <p>Под воздействием антиретровирусных препаратов подавляется репликация ВИЧ, снижается в крови количество копий вируса (уменьшается вирусная нагрузка), восстанавливается или сохраняется иммунная система.</p>
<p><i>Вариант информации №2 доступным языком:</i></p>
<p><i>Информация №3:</i></p> <p>Показанием к изменению схемы лечения является ее неэффективность, что проявляется в прогрессировании заболевания, ухудшении иммунологических и вирусологических показателей.</p>
<p><i>Вариант информации №3 доступным языком:</i></p>
<p><i>Информация №4:</i></p>

Вариант информации №4 <i>доступным</i> языком:
Информация №5:
Вариант информации №5 <i>доступным</i> языком:

Упражнение 3.6. Навык «Делать предложения, а не отдавать команды»

Ниже приведены 3 примера команд, которые, возможно, потребуются во время консультации. Переделайте эти команды в предложения. Запишите ниже свой вариант предложений.

<p>Пример:</p> <p><i>Команда:</i></p> <p>Вы должны всегда давать ребенку лекарства в строго определенное время, через равные промежутки времени.</p> <p><i>Предложение:</i></p> <p>Вы можете выбрать время приема лекарств; главное, чтобы промежутки между приемами были равными, например в 7 часов утра и в 7 часов вечера, или в 8 часов утра и в 8 часов вечера.</p>
<p>Варианты команд:</p>
<p><i>Команда №1:</i></p> <p>Ведите лист учета приема АРВ-препаратов.</p>
<p><i>Предложение №1:</i></p>
<p><i>Команда №2:</i></p> <p>Для повышения всасывания вирусепта давайте его ребенку вместе с жирной пищей.</p>

Предложение №2:

Команда №3:

Не разрешайте ребенку играть с кошками.

Предложение №3:

Навыки консультирования «Формирование уверенности и оказание поддержки»

1. Принимать то, что думает и чувствует консультируемый
2. Распознавать и одобрять все, что консультируемые и их ребенок делают правильно
3. Оказывать практическую помощь
4. Дать немного уместной информации
5. Говорить простым языком
6. Делать предложения, а не отдавать команды

Занятие 4

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей.

Консультирование при установлении ребенку диагноза ВИЧ-инфекции

Цель занятия

Ознакомиться:

- с методами диагностики ВИЧ-инфекции у детей;
- с динамикой материнских антител у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами;
- с критериями установления и снятия диагноза ВИЧ-инфекции у детей;
- с порядком уточнения ВИЧ-статуса у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами.

Научиться:

- осуществлять консультирование при установлении диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка, используя принципы «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки».

Методы исследования, используемые для диагностики ВИЧ-инфекции у детей

Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается на основании результатов лабораторных исследований с учетом эпидемиологических и клинических данных. Лабораторную диагностику ВИЧ-инфекции можно осуществить непрямыми (иммунологическими) методами и прямыми методами, основанными на определении генетического материала ВИЧ.

Непрямые методы диагностики ВИЧ-инфекции. Выявление антител к ВИЧ иммуноферментным анализом (ИФА) – основной метод лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в Украине.

С помощью ИФА определяют суммарные антитела к антигенам (белковым структурам) ВИЧ. Этот метод очень надежен, его чувствительность составляет более 99%. Используемые тест-системы позволяют определить антитела как к ВИЧ-1, так и к ВИЧ-2. Результаты расценивают как положительные, отрицательные или сомнительные.

Однако специфичность ИФА невелика, при его применении может быть около

2% ложноположительных результатов. Ложноположительные результаты являются результатом наличия в сыворотке крови некоторых белков, которые вырабатываются, например, при аутоиммунных заболеваниях, болезнях печени, вакцинации против гриппа, беременности. В связи с этим все положительные или сомнительные результаты исследования, полученные с помощью ИФА, должны быть проверены или подтверждены.

Согласно Приказу МЗ Украины № 71 от 22.02.2002 г. «Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції», при получении положительного результата ИФА один и тот же образец сыворотки крови исследуют методом ИФА дважды. При получении хотя бы одного положительного результата сыворотку крови исследуют подтверждающими тестами: иммунным блотом, или двумя другими тест-системами для ИФА, которые отличаются между собой по составу антигенов.

Антитела к ВИЧ отсутствуют в крови ВИЧ-инфицированного человека в течение первых 1 – 3 месяца (иногда 6 месяцев) после заражения. Это так называемый период «серонегативного окна».

Основным подтверждающим тестом положительного результата исследования антител в ИФА является *иммунный блот* (ИБ). Этот метод позволяет определить антитела к отдельным антигенам ВИЧ на основе их разделения по молекулярной массе. О наличии антител к определенному белку вируса судят по появлению окрашенной полосы на определенном участке мембраны, где локализован данный антиген.

Отрицательный результат ИБ (отсутствие окрашенных полос) позволяет считать положительные и сомнительные результаты ИФА ложноположительными. Положительными считают результаты ИБ, если обнаружены антитела к любым двум из трех основных антигенов ВИЧ – p24, gp41 и gp120 (или gp160). Абсолютным подтверждением положительного результата в ИФА является обнаружение на мембране трех полос, соответствующих продуктам разных генов ВИЧ. Выявление в ИБ антител только к одному из антигенов ВИЧ расценивают как сомнительный результат. Чаще всего сомнительным результатом считается выявление антител к p24 или p55. В сыворотке крови здорового человека могут находиться антигены, которые перекрестно реагируют с антителами к данным протеинам. Сомнительный результат ИБ может быть получен и при обследовании ВИЧ-инфицированного человека в конце периода серонегативного окна или у больного в стадии СПИДа с серьезными нарушениями белкового обмена (гипо- и агаммаглобулинемией). Поэтому сомнительный результат ИБ сопоставляют с результатами клинического обследования, при необходимости исследование повторяют через 1 месяц.

Варианты динамики антител к ВИЧ у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами. Сложность диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, обусловлена наличием у них материнских антител (иммуноглобулинов класса G), которые попадают в их кровь через плаценту в период внутриутробного развития.

Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, рождаются с антителами к ВИЧ, то есть они ВИЧ-позитивны, хотя из них инфицированы ВИЧ только 25–30%, а при использовании программ профилактики перинатальной передачи ВИЧ – только 1–10%.

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, возможны различные варианты динамики антител к ВИЧ.

Передача ВИЧ от матери ребенку не произошла – ребенок не инфицирован ВИЧ. Материнские антитела к ВИЧ у большинства детей исчезают в возрасте до 18 месяцев: происходит сероконверсия от положительных результатов ИФА и ИБ – в отрицательные. Это наиболее вероятный вариант динамики антител к ВИЧ у неинфицированных детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями. Динамика числа неинфицированных ВИЧ детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, с положительными и отрицательными результатами ИФА в различном возрасте представлена на рис. 1.

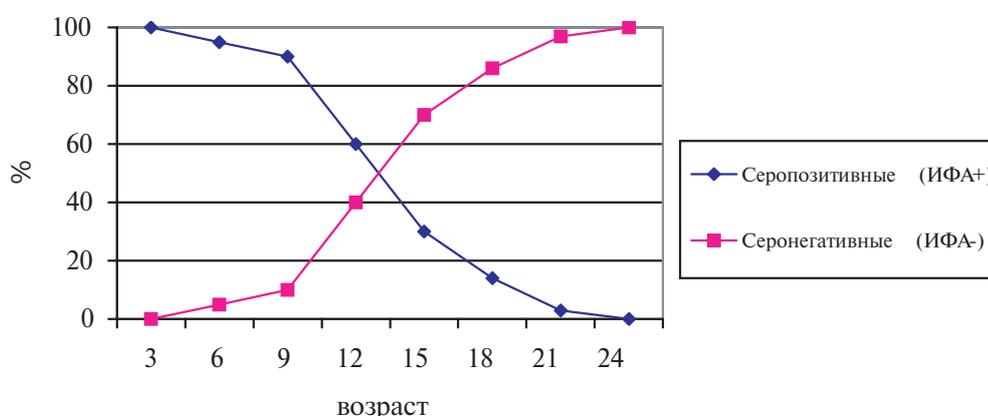


Рис. 1. Динамика количества неинфицированных ВИЧ детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, с положительными и отрицательными результатами ИФА

Анализ динамики материнских антител у неинфицированных ВИЧ детей в Украине показал, что вероятность их исчезновения в течение первых 11 месяцев низкая. В возрасте 12 – 13 месяцев половина неинфицированных детей утрачивают материнские антитела. В 18-месячном возрасте у 88% неинфицированных детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, результаты ИФА становятся отрицательными. В период с 19 до 21 месяца количество серонегативных окон среди неинфицированных детей достигает 99%. В крайне редких случаях у неинфицированных ВИЧ детей материнские антитела исчезают в возрасте 24 – 36 месяцев.

Передача ВИЧ от матери ребенку произошла – ребенок инфицирован ВИЧ. Наиболее вероятный вариант динамики антител: материнские антитела к ВИЧ постепенно замещаются собственными антителами ребенка. Результаты ИФА и ИБ у ребенка положительные как в возрасте до 18 месяцев, так и после 18 месяцев (в течение всей жизни).

При длительном грудном вскармливании ВИЧ-позитивной женщиной инфицирование ребенка ВИЧ может произойти в любом возрасте. Если заражение ребенка ВИЧ происходит во втором полугодии и позже, материнские антитела к ВИЧ к этому моменту могут исчезнуть, а собственные антитела к ВИЧ появятся через 3 – 6 месяцев после инфицирования. При обследовании такого ребенка иммунологическими методами

можно зарегистрировать период серонегативного окна. Поскольку подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных женщин в Украине отказываются от кормления детей грудью, этот вариант динамики антител встречается крайне редко.

Если роды произошли у женщины в стадии острой ВИЧ-инфекции в период серонегативного окна, то у ребенка после рождения не будет материнских антител; собственные антитела к ВИЧ у него появятся в возрасте 3 – 6 месяцев. Выявить таких детей можно только при обследовании на ВИЧ по клиническим показаниям, или если стал известен ВИЧ-статус матери. При повторных обследованиях ребенка можно выявить смену отрицательных результатов ИФА на положительные. Такой вариант динамики антител к ВИЧ у детей с перинатальным инфицированием ВИЧ может встречаться в период высоких темпов развития эпидемии.

У ВИЧ-инфицированного ребенка возможна следующая динамика антител: материнские антитела к ВИЧ исчезли в возрасте до 18 месяцев, а собственные антитела не выработались или исчезли в связи с развитием СПИДа и агаммаглобулинемии. Основанием для установления диагноза ВИЧ-инфекции в таком случае являются клинические проявления СПИДа (III стадия по классификации ВОЗ), положительные результаты вирусологических тестов и тяжелая степень иммуносупрессии.

Если у ребенка, обследованного на ВИЧ по клиническим показаниям, выявлены антитела к ВИЧ, но доказано, что мать ребенка ВИЧ-серонегативна (получены 2 отрицательных анализа крови на антитела к ВИЧ с интервалом не менее 4 – 6 месяцев), то заражение такого ребенка ВИЧ произошло не от матери, а другим путем. Результаты ИФА и ИБ у ребенка становятся положительными через 3 – 6 месяцев после инфицирования в любом возрасте. В анамнезе у ребенка могут быть указания на манипуляции или операции, переливание крови или ее продуктов, грудное вскармливание кормилицей с неизвестным ВИЧ-статусом, или половые контакты.

Прямые методы диагностики ВИЧ-инфекции – определение генетического материала ВИЧ (нуклеиновых кислот) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР): 1) провирусной ДНК в клетках крови, 2) свободной РНК в плазме крови.

Определение провирусной ДНК методом ПЦР. Из клеток крови, которые предварительно разрушают, выделяют ДНК. С помощью высоко специфических ферментов-праймеров синтезируют большое количество копий провирусной ДНК. Копии провирусной ДНК обнаруживают специальным методом – гибридизационным анализом. Метод очень чувствительный, он позволяет выявить 1 копию провирусной ДНК на 10 000 – 100 000 клеток.

Такая высокая чувствительность делает метод наиболее пригодным для диагностики ВИЧ-инфекции даже у детей первых месяцев жизни. Установлено, что 38 % детей, заразившихся ВИЧ от матери, имеют положительный результат ПЦР уже в возрасте 48 часов. На второй неделе жизни чувствительность метода возрастает и в 14 дней достигает 93%. В возрасте 28 дней чувствительность метода достигает 96%, а в возрасте после 2 – 3 месяцев – 99 – 100%.

Определение вирусной РНК методом ПЦР. Из исследуемой сыворотки крови выделяют свободные копии РНК ВИЧ, которые с помощью фермента обратной транскриптазой превращают в кДНК. С помощью специальных ферментов-праймеров получают значительное количество копий кДНК, которые обнаруживают гибридизационным анализом.

Чувствительность определения РНК ВИЧ методом ПЦР такая же, как при определении провирусной ДНК: на первой неделе жизни – 25 – 40%, в возрасте 2 – 3 месяцев – до 90 – 100%.

Ложноположительные результаты определения провирусной ДНК и РНК ВИЧ методом ПЦР могут быть обусловлены загрязнением исследуемого образца крови вирусом. Например, ложноположительные результаты наблюдаются при исследовании крови ребенка из пупочного канатика в связи с их загрязнением материнской кровью. Ложноотрицательные результаты чаще связаны с нарушением условий хранения и транспортировки образцов биологического материала.

Положительный результат вирусологического теста с высокой степенью вероятности указывает на возможное инфицирование ВИЧ. Однако положительный результат должен быть подтвержден исследованием другого образца крови методом ПЦР. Отрицательные результаты определения генетического материала ВИЧ у детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, целесообразно подтверждать отрицательными результатами ИФА (исчезновением в крови антител к ВИЧ) в возрасте после 18 месяцев.

Методом ПЦР можно определить количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови – *показатель вирусной нагрузки*. Наряду с определением степени нарушения иммунитета (количество или процент CD4⁺-Т-лимфоцитов в 1 мкл крови), вирусная нагрузка является важным критерием стадии заболевания, начала терапии и ее эффективности.

Определяемая вирусная нагрузка с последующим подтверждением вирусологическим тестом другого отдельно взятого образца крови позволяет установить диагноз ВИЧ-инфекции. Неопределяемая вирусная нагрузка не позволяет исключить диагноз ВИЧ-инфекции, так как отрицательный результат теста может быть обусловлен высоким порогом чувствительности используемой тест-системы или низким уровнем содержания вируса в плазме крови.

Критерии постановки диагноза ВИЧ-инфекции у детей

(Европейский центр по эпидемиологическому мониторингу СПИДа, 1995)

Ребенок ВИЧ-инфицированный

1. Ребенок в возрасте до 18 месяцев, у которого выявлены антитела к ВИЧ или он рожден ВИЧ-позитивной матерью, а также получены положительные результаты (но не в крови из пупочного канатика) двух независимых исследований одного и того же или нескольких вирусологических тестов по выявлению ВИЧ или его генетического материала.
2. Ребенок в возрасте после 18 месяцев, рожденный ВИЧ-позитивной матерью, или после переливания крови, или продуктов крови, или с другим установленным путем передачи ВИЧ-инфекции (включая половой контакт и т.п.), если у него обнаруживаются антитела к ВИЧ, в том числе в подтверждающих тестах, или его состояние соответствует критериям пункта.

Неопределенный ВИЧ-статус

Имеется риск передачи ВИЧ от матери ребенку, но нет вышеперечисленных критериев инфицированности и при этом ребенок:

1. ВИЧ-позитивен в ИФА и в подтверждающем тесте и к моменту исследования ему нет 18 месяцев;
2. Рожден от ВИЧ-позитивной матери, но нет данных о результатах его обследования на антитела к ВИЧ.

Ребенок не инфицирован ВИЧ

Ребенок родился от ВИЧ-позитивной матери и при этом у него:

1. Документированы два или более отрицательных результата исследований на определение антител к ВИЧ в ИФА в возрасте от 6 до 18 месяцев или 1 отрицательный результат в возрасте старше 18 месяцев.
2. Нет других лабораторных доказательств ВИЧ-инфекции (2-х положительных результатов вирусологических тестов, если они проводились).
3. Отсутствуют заболевания, свидетельствующие о развитии СПИДа.

Уточнение диагноза ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста

Первый этап – выявление ВИЧ-позитивных детей. Для того чтобы идентифицировать ребенка как ВИЧ-позитивного, обязательному обследованию на антитела к ВИЧ подлежит пуповинная кровь новорожденного в следующих случаях:

- 1) когда данные о медицинском обследовании беременной на ВИЧ отсутствуют;
- 2) есть только один отрицательный результат обследования беременной женщины на антитела к ВИЧ, полученный более чем за 4 месяца до родов;
- 3) ребенок рожден ВИЧ-инфицированной женщиной.

При наличии у детей раннего возраста клинических проявлений, сходных с таковыми при ВИЧ-инфекции/СПИДе, лицам, на чьем попечении находятся эти дети, следует предлагать обследование детей на ВИЧ по клиническим показаниям в установленном законом порядке.

Второй этап – уточнение ВИЧ-статуса следует проводить у всех детей, имеющих антитела к ВИЧ, в возрасте до 18 месяцев, как рожденных ВИЧ-позитивными матерями, так и выявленных по клиническим показаниям. Тестирование ребенка на ВИЧ для уточнения его ВИЧ-статуса или по клиническим показаниям проводится с согласия лица, на чьем попечении находится ребенок, в соответствии с действующим законодательством.

Установление диагноза ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции у ВИЧ-позитивных детей в возрасте младше 18 месяцев на основании определения антител к ВИЧ невозможна. Проведение ИФА в возрасте после 18 месяцев позволяет уточнить ВИЧ-статус: положительный результат ИФА, подтвержденный согласно действующим инструкциям, является окончательным свидетельством диагноза ВИЧ-инфекции, отрицательный результат ИФА свидетельствует о том, что ребенок не инфицирован ВИЧ.

В возрасте младше 18 месяцев диагностику ВИЧ-инфекции можно осуществить с помощью вирусологических тестов (исследование провирусной ДНК или РНК ВИЧ

методом ПЦР). Положительный результат одного вирусологического теста позволяет предположить, что ребенок ВИЧ-инфицирован, но он должен быть подтвержден повторным вирусологическим исследованием другого, отдельно взятого образца крови с интервалом не менее 1 – 4 недели.

Пуповинную кровь методом ПЦР не тестируют из-за высокой вероятности ее загрязнения материнской кровью. Первое исследование крови ребенка, рожденного ВИЧ-позитивной женщиной, на наличие генетического материала ВИЧ методом ПЦР целесообразно провести в период пребывания ребенка в родовспомогательном учреждении через 48 часов после рождения. Если результат исследования провирусной ДНК (РНК) ВИЧ методом ПЦР положительный, то это дает возможность предположить диагноз ВИЧ-инфекции. Для подтверждения диагноза проводят повторное исследование отдельно взятого образца крови этим же методом через 1 – 4 недели, или другим вирусологическим методом как можно быстрее. При отрицательном результате первого исследования повторное определение провирусной ДНК или РНК ВИЧ методом ПЦР проводят в возрасте 3-х месяцев. Показанием к более раннему (до 3-месячного возраста) проведению повторного исследования методом ПЦР является возникновение у ребенка заболеваний, характерных для СПИДа или выявление иммуносупрессии.

Если в 3-месячном возрасте получен первый положительный результат провирусной ДНК или РНК ВИЧ методом ПЦР, то диагноз ВИЧ-инфекции нужно подтвердить повторным положительным результатом исследования методом ПЦР отдельно взятого образца крови через 1 – 4 недели или другим вирусологическим методом как можно быстрее. Если в 3 месяца получен отрицательный результат тестирования методом ПЦР, следующее исследование этим методом проводят в 6 месяцев. Показанием к более раннему (до 6-месячного возраста) проведению повторного исследования методом ПЦР является возникновение у ребенка заболеваний, характерных для СПИДа или выявление иммуносупрессии.

Положительные результаты определения генетического материала ВИЧ у детей, которые находятся на грудном вскармливании, подтверждают факт инфицирования ВИЧ, а отрицательные результаты не позволяют исключить инфицирование. Уточнить диагноз методом ПЦР можно через 3 месяца после прекращения грудного вскармливания. Окончательное уточнение ВИЧ-статуса с помощью определения антител к ВИЧ следует проводить не ранее, чем через 6 месяцев после прекращения кормления грудью.

Если проведение вирусологических тестов технически возможно, но ограничено из-за высокой стоимости, в целях диагностики ВИЧ-инфекции вирусологические тесты целесообразно проводить только детям в возрасте младше 18 месяцев с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции/СПИДа, которые являются показаниями к назначению АРВ-терапии. Положительный результат должен быть подтвержден повторным вирусологическим исследованием отдельно взятого образца крови до начала АРВ-терапии.

Исключение диагноза ВИЧ-инфекции и снятие с диспансерного учета. Доказательством того, что ребенок не инфицирован ВИЧ, является получение двух отрицательных результатов исследования крови на антитела к ВИЧ в возрасте 6 – 18 месяцев, взятых с интервалом 3 месяца, либо 1 отрицательного результата ИФА в возрасте после 18 месяцев (при условии отсутствия у ребенка клинических проявлений СПИДа и других лабораторных доказательств ВИЧ-инфекции).

Два отрицательных результата вирусологических тестов, полученных при исследовании отдельных образцов крови у ребенка в возрасте 3 – 6 месяцев, взятых с интервалом не меньше одного месяца, с высокой степенью вероятности свидетельствуют о том, что ребенок не инфицирован ВИЧ. Однако в связи с возможностью получения ложноотрицательных результатов ПЦР, окончательное исключение диагноза ВИЧ-инфекции производят на основании отрицательных результатов исследования антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев.

Если проведение вирусологических тестов технически возможно, но ограничено из-за высокой стоимости, в целях исключения ВИЧ-инфекции вирусологические тесты целесообразно проводить детям, находящимся на попечении государства, для решения вопроса об усыновлении.

Снятие с диспансерного учета ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, осуществляется в установленном регламентирующими документами порядке на основании отрицательных результатов исследования антител к ВИЧ методом ИФА при отсутствии у него клинических признаков СПИДа и других лабораторных доказательств ВИЧ-инфекции, но не ранее 18-месячного возраста (в связи с повышенным риском заболеваемости и смертности).

Особенности консультирования в связи с диагностикой ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами

Каждое тестирование ребенка на ВИЧ, согласно действующему законодательству, проводится *добровольно* с согласия лица, на чьем попечении находится ребенок.

При тестировании ребенка на ВИЧ нужно соблюдать конфиденциальность.

Ниже приведены варианты определения слова «конфиденциальность» из энциклопедических словарей:

- Конфиденциальность – защита информации от несанкционированного доступа.
- Конфиденциальность – соблюдение мер по предотвращению случайного или преднамеренного разглашения каких-либо сведений, известных определенным людям, третьим лицам.
- Конфиденциальный – не подлежащий огласке, секретный.

Гарантируя конфиденциальность, необходимо обсудить с консультируемыми круг лиц, которых целесообразно информировать о ВИЧ-статусе ребенка. Чаще всего побудительными мотивами к раскрытию ВИЧ-статуса ребенка являются необходимость в медицинской или социальной помощи, опасность заражения других лиц.

Каждое тестирование ребенка на ВИЧ, согласно действующему законодательству, должно сопровождаться предтестовым и послетестовым консультированием.

Предтестовое консультирование

Во время предтестового консультирования при обследовании ребенка необходимо оценить степень информированности консультируемых о ВИЧ-инфекции. Если

консультируемые сами ВИЧ-позитивны, уже информированы о ВИЧ-инфекции, преодолели психологический кризис, то консультант должен предоставить консультируемым информацию:

- о путях передачи ВИЧ детям;
- о длительности циркуляции материнских антител в организме ребенка;
- о методах диагностики ВИЧ-инфекции у детей, об их преимуществах и недостатках, об их диагностической достоверности;
- о порядке прохождения теста, получения результата анализа;
- о порядке медицинского наблюдения ребенка;
- согласно действующего законодательства, ВИЧ-позитивные дети имеют право на материальную помощь и социальную защиту.

Если консультируемые недавно узнали о ВИЧ-инфекции, не преодолели психологический кризис, то перед консультантом, прежде всего, стоит задача психологической поддержки консультируемых, а затем – предоставление информации.

Послетестовое консультирование

Каждое получение результата обследования ребенка на ВИЧ должно сопровождаться послетестовым консультированием родителей или других лиц, ухаживающих за ребенком. Нельзя сообщать результаты исследований по телефону.

Во время послетестового консультирования необходимо сообщить результат исследования и обсудить его значение для уточнения статуса. Консультант предоставляет необходимую информацию и оказывает психологическую поддержку. Содержание консультирования зависит от результата тестирования и от того, позволило ли данное исследование уточнить ВИЧ-статус ребенка.

Получен негативный результат тестов. Первый отрицательный результат исследования крови на антитела к ВИЧ методом ИФА, полученный в возрасте младше 18 месяцев, не позволяет исключить ВИЧ-инфекцию у ребенка. Второй отрицательный результат определения антител к ВИЧ в возрасте младше 18 месяцев или первый отрицательный результат в возрасте старше 18 месяцев позволяют исключить диагноз ВИЧ-инфекции. Консультируемым необходимо объяснить, что для снятия ребенка с учета необходимо оценить его клиническое состояние, убедиться в отсутствии клинических признаков ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Если лабораторно и клинически доказано, что ребенок не инфицирован ВИЧ, дальнейшее наблюдение ребенка после 18 месяцев осуществляется в детской поликлинике по месту жительства в общепринятом порядке.

Получение двух отрицательных результатов определения провирусной ДНК или РНК ВИЧ методом ПЦР у ребенка в возрасте 3 – 6 месяцев и старше с высокой степенью вероятности исключает инфицирование его ВИЧ. Однако в связи с возможностью получения ложноотрицательных результатов ПЦР необходимо убедиться в исчезновении материнских антител, поэтому рекомендуется дальнейшее медицинское наблюдение за ребенком до получения отрицательных результатов серологических тестов (2 в возрасте 6–18 месяцев или 1 – в возрасте после 18 месяцев).

Если полученный результат не позволил уточнить ВИЧ-статус ребенка, консультируемым следует объяснить, что их ребенок может быть как неинфицированным, так и инфицированным ВИЧ. Консультант повторно информирует об особенностях диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, обсуждает план дальнейшего обследования ребенка, устанавливает время и метод следующего исследования.

Положительный результат тестов доказал, что ребенок ВИЧ-инфицирован. Сообщать результат следует простым и понятным языком. После информирования о результате исследования нужно выждать, чтобы консультируемые осознали результат тестирования. Учитывая, что эта информация может вызвать тяжелый психологический кризис у консультируемых, прежде всего, необходимо оказать им психологическую поддержку, помочь им адаптироваться к сложившейся ситуации.

При подтверждении у ребенка диагноза ВИЧ-инфекции следует обсудить особенности течения ВИЧ-инфекции у детей, акцентируя внимание на том, что у 80% детей течение заболевания медленное. Консультант может рассказать консультируемым о дальнейшем медицинском наблюдении за ребенком, о специфической и неспецифической профилактике оппортунистических инфекций, о возможностях АРВ-терапии, о порядке предоставления социальной помощи.

Упражнение и ситуационные задачи для закрепления навыков консультирования при уточнении диагноза у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами

Для закрепления навыков «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки» предлагается выполнить упражнение 4.1.

Прослушав диалог, каждый слушатель в своем учебнике записывает карандашом в левой половине листа напротив каждой реплики консультанта, какой из навыков «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки» был использован.

Упражнение 4.1. Навыки «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки» в консультировании при установлении ребенку диагноза ВИЧ-инфекции

Неделю назад у ребенка первого месяца жизни брали кровь для определения провирусной ДНК методом ПЦР. Получен положительный результат исследования, о котором матери уже сообщили. Мать выразила желание поговорить с консультантом по вопросам ВИЧ-инфекции.

Консультант:	Здравствуйте, (имя матери). Меня зовут (имя консультанта). Садитесь (придвигает к женщине стул, закрывает дверь). Вы хотели о чем-то поговорить со мной? Что вас беспокоит?
Мать:	Мне врач сказал, что у ребенка получен положительный ответ анализа...
Консультант:	М-м (перестает улыбаться). Пришел ответ ПЦР?
Мать:	Да. Положительный ответ. Я думаю, что положительный – это хорошо. Я правильно поняла?
Консультант:	Вы сомневаетесь, поняли ли вы, что вам сказали, не так ли? Что вам известно об этом исследовании?
Мать:	Мне говорили о нем в роддоме, но я не поняла.
Консультант:	Этот анализ показывает, есть вирус или его нет в крови ребенка. Положительный результат говорит о том, что у (имя ребенка) есть вирус в крови.
Мать:	(После паузы) Это ужасно! Я больше всего этого боялась!

Консультант:	Вы переживаете.
Мать:	Сколько он проживет?
Консультант:	У 80% детей заболевание протекает медленно, у некоторых людей заболевание не прогрессирует долгие годы. Многим детям в течение нескольких лет нет необходимости получать лекарства.
Мать:	Разве эту болезнь можно вылечить?
Консультант:	Лекарства против ВИЧ позволяют сохранить иммунитет ребенка.
Мать:	Что мне делать?
Консультант:	<p>Хорошо, что вы решили обсудить это. Давайте об этом поговорим.</p> <p>Кроме того, если вы захотите поговорить с женщинами в такой же ситуации, как у вас, вот вам телефон и адрес (дает визитку с координатами группы взаимопомощи).</p>

Ситуационные задачи для обсуждения в мультидисциплинарных командах

Слушатели делятся на группы. Желательно, чтобы каждая группа была мультидисциплинарной (врач, медицинская сестра, социальный работник). В каждой группе слушатели обсуждают задачу, распределяют обязанности. Желательно, чтобы отдельное консультирование провел медицинский работник и социальный работник (представитель общественной организации). Затем группы по очереди демонстрируют свои варианты консультирования.

Ситуационная задача 4.1.

Мальчику Н.Н., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 5,5 месяцев. В течение 5 недель он находится в детской больнице по поводу пневмонии. Диагноз «пневмоцистная пневмония» был установлен на основании клинических проявлений, типичной рентгенологической картины, тяжелой степени гипоксемии, положительной реакции на лечение бисептолом внутривенно.

Ребенок родился недоношенным, масса тела при рождении 2600 г, длина тела 46 см. Для профилактики передачи ВИЧ ребенку мать получала в последнюю неделю беременности ретровир, однократно невирапин перед операцией кесарево сечение; ребенок получил однократно невирапин.

У ребенка получен положительный результат определения антител методом ИФА в пуповинной крови и положительные результаты качественного определения провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней.

В возрасте 4,5 месяцев произведено исследование крови ребенка методом ПЦР. Получен отрицательный результат качественного определения провирусной ДНК

Задания:

1. Обсудите диагноз, план обследования и наблюдения.
2. Проведите послетестовое консультирование матери.

Ситуационная задача 4.2.

Мальчику Л. 9,5 мес. Он находится в отделении детской больницы.

Ребенок рожден через естественные родовые пути ВИЧ-позитивной женщиной в 32 недели гестации с массой тела 1900, длиной 43 см. Для профилактики передачи ВИЧ ребенок получил 1 дозу невирапина. Получен положительный результаты тестирования на наличие антител к ВИЧ методом ИФА в пуповинной крови.

Семья асоциальная.

В возрасте 7,5 месяцев ребенок госпитализирован в детскую больницу с диагнозом «Очаговая пневмония, дыхательная недостаточность 2 степени», получал стандартную терапию пневмонии. В это время у матери диагностирована открытая форма туберкулеза. У ребенка выявлена положительная реакция Манту, ребенку назначено лечение туберкулеза, мокрота направлена для исследования, БК (-).

На момент осмотра ребенка в возрасте в 9,5 месяцев масса тела 5480 г, длина тела 65 см, держит голову, но не переворачивается, не сидит, не стоит, не ходит. В общем анализе крови анемия средней степени тяжести, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, CD4-Т-лимфоциты 17%.

Задания:

1. Обсудите диагноз, план обследования и наблюдения.
2. Проведите послетестовое консультирование бабушки.

Ситуационная задача 4.3.

Девочка рождена ВИЧ-позитивной матерью. Во второй половине беременности женщина длительно находилась в стационаре по поводу угрозы прерывания. Со второго триместра беременности мать получала ретровир + эпивир + невирапин. Роды – плановое кесарево сечение в 38 недель гестации. Ребенок получал сироп ретровира 1 неделю и 1 дозу невирапина.

В возрасте 6 месяцев известно:

- Масса тела и рост соответствуют 25-м перцентильям; хорошо держит голову, переворачивается, не сидит; гнейс и признаки диатеза на щеках, «географический язык», лимфатические узлы увеличены во всех группах до 0,5 см, единичные, мягкие; печень и селезенка не увеличены.
- Заболевания: дисплазия тазобедренных суставов (находится в стременах), гипоксически-ишемическая энцефалопатия, 2 эпизода ОРВИ.
- Результаты определения ДНК ВИЧ методом ПЦР: в возрасте 6 дней – положительный, в 2 месяца и в 5 месяцев – отрицательный.
- Результаты определения вирусной нагрузки: в 1,5 месяца – менее 500 копий в 1 мл плазмы крови (чувствительность метода более 500 копий в 1 мл плазмы крови); в 5 месяцев – не определяемый уровень.
- Результат определения антител к ВИЧ методом ИФА в пуповинной крови – положительный.

Задания:

1. Обсудите диагноз, план обследования и наблюдения.
2. Проведите послетестовое консультирование матери.

Ситуационная задача 4.4.

Мальчик А.Т. рожден ВИЧ-позитивной матерью, доношенный. Для профилактики передачи ВИЧ ребенку мать получала в последнюю неделю беременности ретровир, в родах однократно невирапин; ребенок получил однократно невирапин.

В возрасте 21 месяца известно:

- Масса тела и рост на момент осмотра соответствуют 50-м перцентильям; ходит, говорит отдельные слова; признаки диатеза на щеках, «географический язык», лимфатические узлы увеличены во всех группах 0,5 – 0,7 см, единичные, мягкие; печень и селезенка не увеличены.
- Заболевания: на первом году жизни частые эпизода ОРВИ (со слов матери «почти каждый месяц»), стоматит, бронхит, в 4 месяца лечение в стационаре по

поводу кишечной инфекции.

- В общих анализах крови на первом году жизни анемия легкой степени.
- CD4⁺-Т-лимфоциты в 6 месяцев 44,9%.
- Результаты определения ДНК ВИЧ методом ПЦР: в возрасте 4 месяцев – положительный, в 9 и 11 месяцев – отрицательный.
- Результаты определения вирусной нагрузки: в 21 месяц – не определяемый уровень (чувствительность метода более 50 копий в 1 мл плазмы крови).
- Результат определения антител к ВИЧ методом ИФА в пуповинной крови, в 12 месяцев, в 18 месяцев и 20 месяцев – положительный.
- Два месяца назад у матери выявлен туберкулез лимфатических узлов, БК(-), она получает специфическое лечение. У ребенка произведена проба Манту, нет гиперемии, нет папулы, след от укола.

Задания:

1. Обсудите диагноз, план обследования и наблюдения.
2. Проведите послетестовое консультирование матери.

Занятие 5

Медицинское наблюдение за детьми с ВИЧ-инфекцией.

Начало антиретровирусной терапии

Цель занятия

Ознакомиться:

- с особенностями проявлений ВИЧ-инфекции у детей;
- с исследованиями, которые необходимы для оценки функции иммунной системы и риска прогрессирования ВИЧ-инфекции;
- с порядком медицинского наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией;
- с подготовкой и основными показаниями к началу АРВ-терапии.

Проявления ВИЧ-инфекции у детей

Основным путем инфицирования ВИЧ детей в Украине является заражение от матерей во время беременности, родов или кормления грудью. Течение и основные проявления болезни в этом случае существенно отличаются от таковых у взрослых.

У 20% ВИЧ-инфицированных детей отсутствует скрытая (бессимптомная) стадия болезни. В ряде случаев заболевание может очень быстро прогрессировать. В таком случае тяжелое нарушение функции иммунной системы развивается на первом году жизни ребенка.

У 80% ВИЧ-инфицированных детей наблюдается медленное прогрессирование заболевания, тяжелое нарушение иммунной системы развивается в возрасте старше 5 лет.

Увеличение лимфатических узлов является одним из ранних признаков ВИЧ-инфекции у детей. Лимфатические узлы размером с горошину и более, как правило, не беспокоят ребенка. Увеличение лимфатических узлов не связано с острыми заболеваниями и сохраняется в течение 3-х месяцев и более.

Увеличение размеров печени и селезенки часто наблюдают у детей с ВИЧ-инфекцией. Выраженное увеличение размеров этих органов может приводить к увеличению размеров живота ребенка. Увеличение печени, связанное с ВИЧ-инфекцией, как правило, не сопровождается появлением желтой окраски кожи и склер.

Нарушение темпов физического развития проявляется тем, что замедляются темпы увеличения массы тела и роста ребенка. Это связано:

- с частыми инфекционными заболеваниями, которые переносит ребенок;
- с повышенными, по сравнению со здоровыми детьми, энергетическими затратами у ребенка с ВИЧ-инфекцией;
- с нарушением всасывания питательных веществ вследствие перенесенных инфекционных заболеваний пищеварительного тракта;
- с различными социальными причинами.

В результате перенесенных инфекционных заболеваний масса тела ребенка может уменьшиться. Быстрое прогрессирование ВИЧ-инфекции приводит к полному прекращению роста ребенка.

Нарушение физического развития при прогрессировании ВИЧ-инфекции приводит к развитию *синдрома истощения* (вастинг-синдрома), для которого характерны потеря более 10% массы тела, повышение температуры тела и расстройство стула в течение 30 дней и более.

Поражения кожи часто наблюдают при ВИЧ-инфекции у детей. Причиной их может служить как аллергия, так и различные инфекционные возбудители (грибы, бактерии, вирусы).

Одним из признаков ВИЧ-инфекции у детей является *увеличение (припухлость) околушных слюнных желез*. Это состояние обычно не сопровождается повышением температуры тела и болезненностью.

Непосредственное воздействие ВИЧ на клетки нервной системы приводит к развитию *ВИЧ-энцефалопатии*. ВИЧ-энцефалопатия у детей в возрасте до двух лет проявляется отставанием в нервно-психическом развитии (задержка приобретения двигательных и речевых навыков), возможна утрата навыков, которые уже были приобретены ребенком. О нарушении роста головного мозга в этом возрасте свидетельствует прекращение увеличения размеров головы ребенка, определяемых по величине ее окружности. У детей более старшего возраста ВИЧ-энцефалопатия проявляется нарушением внимания, утратой или резким замедлением приобретения интеллектуальных функций.

Прогрессирующее нарушение функции иммунной системы при ВИЧ-инфекции приводит к тому, что микроорганизмы и вирусы – естественные обитатели внешней среды (не вызывающие заболеваний у людей с нормальной функцией иммунной системы) – вызывают у больного заболевания, которые называют *оппортунистическими инфекциями* («оппортунист» – приспособленец). Среди оппортунистических инфекций у детей наиболее часто наблюдают пневмоцистную пневмонию, грибковые инфекции (кандидоз, криптококкоз, кокцидиоидоз) и др.

Опухоли у детей с ВИЧ-инфекцией встречаются реже, чем у взрослых. Саркома Капоши практически не наблюдаются, но могут развиваться злокачественные лимфомы или лимфосаркомы.

Закономерности течения ВИЧ-инфекции у детей, как хронического прогрессирующего инфекционного заболевания отражены в классификации ВОЗ (2006 г.), которая рекомендована для использования в Украине.

Классификация ВИЧ-инфекции у детей (ВОЗ, 2006 г.)

I клиническая стадия:

Без клинической симптоматики;
Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ)

II клиническая стадия:

Гепато-, спленомегалия;
Контагиозный моллюск;
Грибковое поражение ногтей;
Рецидивирующее изъязвление полости рта;
Линейная лингвальная эритема;
Анулярный хилеит;
Увеличение слюнных желез (паротит);
Herpes zoster;
Асимптоматическое течение лимфоидной интерстициальной пневмонии (ЛИП);
Рецидивирующие или хронические инфекции респираторного тракта (отит, синусит).

III клиническая стадия:

Умеренное необъяснимое нарушение питания, не поддающееся стандартному лечению;
Необъяснимая персистирующая диарея (более 14 дней);
Необъяснимая персистирующая лихорадка (более 1 месяца);
Кандидоз слизистой оболочки полости рта (в возрасте старше 2 мес);
Волосатая лейкоплакия слизистой оболочки полости рта;
Острый некротический гингивит, периодонтит;
Линейная гингвальная гиперплазия;
Тяжелая рецидивирующая бактериальная пневмония;
Обширные и сливающиеся бородавки;
Гигантский моллюск;
Хроническое ВИЧ-ассоциированное заболевание легких с бронхоэктазами;
Симптоматическое течение ЛИП;
Необъяснимая анемия ($<80\text{г/л}$), и/или нейтропения (<500 в 1 мкл);
Необъяснимая тромбоцитопения ($<50\ 000$ в 1 мкл) более 1 месяца.

IV клиническая стадия:

Истощение или тяжелое необъяснимое нарушение питания, не поддающееся стандартному лечению;
Рецидивирующие тяжелые бактериальные инфекции (но не пневмония);
Хроническая инфекция herpes simplex;
Внелегочный туберкулез;
Саркома Капоши;
Кандидоз пищевода;
Токсоплазмоз ЦНС (в возрасте старше 1 мес);
ВИЧ-энцефалопатия;
ЦМВ инфекция;
Внелегочный криптококкоз;
Диссеминированные эндемичные микозы;
Криптоспоридиоз, изоспороз;
Диссеминированные нетуберкулезные микобактериальные инфекции;
Кандидоз трахеи, бронхов, легких;
Висцеральные поражения herpes simplex;
Приобретенный ВИЧ-ассоциированный ректальный свищ;

Неходжскинские лимфомы, В-лимфома мозга;
Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
ВИЧ-ассоциированные кардио- и/ или нефропатия;
Лейкомииосаркома или ВИЧ-ассоциированная опухоль.

Оценка функции иммунной системы и риска прогрессирования ВИЧ-инфекции

Степень нарушения функции иммунной системы больного ВИЧ-инфекцией можно определить на основании подсчета количества $CD4^+$ -Т-лимфоцитов. Как известно, клетки, несущие на своей поверхности $CD4^+$ -рецепторы являются основными «мишенями» для ВИЧ в организме человека. Поэтому по их количеству судят о функциональном состоянии иммунной системы человека при ВИЧ-инфекции. В медицинской практике используют подсчет абсолютного количества $CD4^+$ -Т-лимфоцитов и их процентное содержание среди всех лимфоцитов крови (лимфоциты – один из видов белых кровяных телец). Снижение функции иммунной системы определяют термином «иммуносупрессия».

По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции происходит снижение количества $CD4^+$ -Т-лимфоцитов. Степень нарушения функции иммунной системы (степень иммуносупрессии) определяет вероятность развития тех или иных проявлений ВИЧ-инфекции. Снижение функции иммунной системы (иммуносупрессия) может быть умеренно выраженной и тяжелой степени.

Физиологической особенностью организма ребенка являются отличающиеся от взрослых нормальные цифры количества $CD4^+$ -Т-лимфоцитов, которые изменяются с возрастом.

Классификация иммуносупрессии у детей (ВОЗ, 2006 г.)

Стадия иммуносупрессии, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией	Значения $CD4$ в зависимости от возраста			
	<11 мес (%)	12 – 35 мес (%)	36 – 59 мес (%)	≥5 лет (в 1 мкл)
Нет/ незначительная	> 35	> 30	> 25	> 500
Умеренная	30–35	25–30	20–25	350–499
Тяжелая	25–30	20–25	15–20	200–349
Очень тяжелая	<25	<20	<15	<200 или <15%

Вирусная нагрузка – это количество копий вирусных частиц в 1 мл плазмы крови. Этот показатель характеризует скорость, с которой происходит репликация ВИЧ в организме больного. Показатели вирусной нагрузки у детей, как правило, очень высокие, особенно на первом году жизни и не в полной мере соответствуют скорости прогрессирования болезни.

Вирусную нагрузку менее 50 копий в 1 мл плазмы крови при использовании современных методик оценивают как очень низкую и неопределяемую. Вирусная нагрузка от 50 до 500 копий в 1 мл оценивается как низкая, от 500 до 5 000 копий – как средняя, от 5 000 до 30 000 в 1 мл – как высокая, свыше 30 000 в 1 мл – как очень высокая. У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в течение первых двух лет жизни, как правило, очень высокая вирусная нагрузка.

Одновременное определение количества CD4⁺-Т-лимфоцитов и вирусной нагрузки, оценка изменений этих показателей в динамике позволяет наиболее точно прогнозировать течение и исход ВИЧ-инфекции у детей.

Порядок медицинского наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией

Основными **задачами** медицинского наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией являются:

- своевременное выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции;
- оказание лечебной помощи, лечение и профилактика оппортунистических инфекций;
- выявление детей, нуждающихся в АРВ-терапии;
- подготовка и адаптация семьи или лиц, на чьем попечении находится ребенок к проведению АРВ-терапии;
- проведение АРВ-терапии, контроль ее эффективности и побочных эффектов АРВ-препаратов;
- психологическая поддержка, помощь в социальной адаптации и психологическое консультирование ВИЧ-инфицированных, их родных и близких.

Основными **принципами** медицинского наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией являются:

- *Добровольность* – диспансерное наблюдение осуществляется на добровольной основе.
- *Конфиденциальность* – право пациента (его родных) сохранять тайну диагноза (неразглашение информации о ВИЧ-статусе, сведения до минимума количества людей, которые осведомлены про факт инфицирования).
- *Доступность* – максимальная приближенность всех видов медицинской помощи к человеку.
- *Многопрофильность* – широкий диапазон медицинской помощи.

ВИЧ-инфицированные дети в I и II стадиях болезни (классификация ВОЗ) осматриваются врачом и командой специалистов, которая осуществляет медицинское наблюдение за ними (мультидисциплинарной командой), 1 раз в 3 месяца. В проведении медицинского наблюдения очень важен командный подход. В команду, помимо врача, наблюдающего ребенка, должны входить медицинская сестра, социальный работник, психолог.

Врач проводит осмотр ребенка, назначает исследования, которые необходимы для контроля состояния организма ребенка, а также состояния его иммунной системы (количество CD4⁺-Т-лимфоцитов).

Медицинская сестра проводит измерение антропометрических показателей – массы тела, роста, окружности головы (у детей до 2 лет), заносит эти данные в медицинскую карту ребенка в абсолютных числах и в виде точек на графиках. На основании кривых физического развития (по центильным шкалам) оценивается динамика физического развития; о его гармоничности судят по соотношению массы тела и роста.

Врач или **медицинская сестра** (возможно при участии **социального работника**) оценивают рацион питания ребенка. При выявлении признаков недостаточного питания выясняют причины, которые могут носить как медицинский, так и социальный характер.

Медицинская сестра или **социальный работник** могут посетить семью для уточнения сведений о жилищно-бытовых условиях семьи, уровне гигиены. Эти данные вносят в медицинскую карту ребенка. Они важны при принятии решения о начале АРВ-терапии. Если во время визита к врачу или при посещении на дому были выявлены проблемы, касающиеся режима питания ребенка, соблюдения гигиенических норм, хранения пищевых продуктов или ухода за ребенком, необходимо предложить шаги для их устранения.

Психолог должен оценить потребность ребенка или его семьи в помощи и поддержке.

Основные показания и подготовка к проведению АРВ-терапии

АРВ-терапию начинают детям с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции:

- при наличии проявлений III стадии болезни (классификация ВОЗ) независимо от состояния иммунной системы;
- в любой стадии ВИЧ-инфекции при снижении относительного количества CD4⁺-Т-лимфоцитов менее 15 – 20%.

Невозможность точного определения уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов очень затрудняет решение вопроса о начале терапии. Если у ребенка остро протекает оппортунистическая инфекция или имеются другие серьезные заболевания, то в первую очередь необходимо провести лечение этих болезней, а только после этого начать АРВ-терапию. Для получения точных результатов уровень CD4⁺-Т-лимфоцитов рекомендуют определять после исчезновения признаков острого инфекционного заболевания.

Обследование перед началом АРВ-терапии (не более, чем за 5 – 7 дней) включает:

- оценку физического развития ребенка;
- оценку нервно-психического развития;
- полную оценку состояния организма ребенка с использованием различных лабораторных и инструментальных исследований.

В медицинскую карту вносят данные о перенесенных оппортунистических инфекциях, заболеваниях, которыми болел ребенок или которые наблюдаются у него в настоящее время. Особое внимание следует уделить информации о возможных контактах с больными инфекционными заболеваниями и туберкулезом.

При назначении АРВ-препаратов врачу важна информация о том, какие из них мать принимала для профилактики передачи ВИЧ ребенку во время беременности и родов. Если мать принимала АРВ-препараты, а передача вируса ребенку все-таки произошла, то в этом случае существует вероятность, что ребенок инфицирован резистентным (устойчивым) к этим препаратам штаммом вируса.

Выбирая препараты, врач должен учитывать информацию о том, какие лекарства ребенок принимает в связи с другими заболеваниями. Эта информация важна для исключения возможности взаимного усиления неблагоприятных воздействий на организм или снижения эффективности препаратов.

Врач должен оценить возможность ребенка принимать те или иные лекарственные формы – таблетки, капсулы, порошки, сиропы и т.д. При необходимости перед началом лечения ребенка следует научить принимать таблетки или капсулы, не разжевывая их.

Родителей или лиц, на чьем попечении находится ребенок, необходимо подготовить к началу АРВ-терапии. Это очень важно, так как пропуски времени приема лекарств, несоблюдение режима приема, снижение их дозы (несоблюдение приверженности лечению) приводит к развитию резистентности ВИЧ к препаратам, неэффективности проводимого лечения, ухудшению состояния ребенка. При развитии резистентности к одному из АРВ-препаратов может снизиться чувствительность ВИЧ к некоторым или всем препаратам из этой группы, что в значительной мере ограничит возможность выбора других схем, ухудшит эффективность последующих схем лечения.

Решение тестовых заданий

Слушатели продумывают ответы на тестовые задания, затем по очереди вслух читают вопросы и отвечают на них.

Тестовые задания

1. Основным путем заражения детей ВИЧ является:

- А. Парентеральный (через кровь, шприцы и другие загрязненные кровью медицинские инструменты)

Б. От матери ребенку во время беременности, родов и при кормлении грудью

В. При кормлении грудью

2. Бессимптомная стадия ВИЧ-инфекции у детей:

А. Часто отсутствует

Б. Протекает более длительно, чем у взрослых

В. Наблюдается в течение 1 – 2 лет

3. Увеличение лимфатических узлов:

А. Является одним из поздних признаков ВИЧ-инфекции

Б. Является одним из ранних признаков ВИЧ-инфекции

В. Является неблагоприятным признаком ВИЧ-инфекции

4. Увеличение размеров печени и селезенки:

А. Является частым проявлением ВИЧ-инфекции

Б. Редко наблюдается при ВИЧ-инфекции

В. Сопровождается появлением желтушного окрашивания кожи и склер

5. Нарушение темпов физического развития проявляется:

А. Снижением только массы тела

Б. Ускорением роста

В. Замедлением увеличения массы тела и роста ребенка

6. Синдром истощения – это:

А. Потеря более 10% массы тела, повышение температуры тела и расстройство стула в течение 30 дней и более

Б. Крайняя степень потери массы тела

В. Прогрессирующее снижение массы тела и роста

7. Поражения кожи у детей с ВИЧ-инфекцией:

А. Наблюдаются редко

Б. Не связаны с ВИЧ-инфекцией

В. Наблюдают часто

8. ВИЧ-энцефалопатия обусловлена:

А. Непосредственным воздействием ВИЧ на клетки нервной системы

Б. Воздействием на мозг ребенка вредных воздействий во время беременности

В. Действием лекарственных препаратов

9. Оппортунистические инфекции – это:

А. Инфекции, которые возникают у людей с ослабленной иммунной системой

Б. Инфекции, которые вызываются микроорганизмами – естественными обитателями окружающей среды

В. Все указанное выше

10. О степени нарушения функции иммунной системы судят:

А. По проявлениям ВИЧ инфекции у детей

Б. По кривой роста и массы тела

В. По количеству CD4⁺-Т-лимфоцитов

11. Снижение функции иммунной системы определяют термином:

А. Иммунный ответ

Б. Имунокомпетентность

В. Иммуносупрессия

12. Вирусная нагрузка – это:

А. Степень снижения функции иммунной системы

Б. Количество вирусных частиц в 1 мл плазмы крови

В. Риск инфицирования ВИЧ

13. Основными принципами медицинского наблюдения детей с ВИЧ-инфекцией является:

А. Обязательность

Б. Непрерывность и преемственность

В. Добровольность, конфиденциальность, доступность и многопрофильность

14. ВИЧ-инфицированные дети в I и II стадиях болезни (классификация ВОЗ):

- А. Должны находиться постоянно в больнице
- Б. Осматриваются врачом или командой специалистов, которая осуществляет медицинское наблюдение за ними, 1 раз в 3 месяца
- В. Осматриваются врачом или командой специалистов, которая осуществляет медицинское наблюдение за ними, 1 раз в год

15. В команду, которая осуществляет медицинское наблюдение за ребенком, должны входить:

- А. Педиатр, детский хирург, невропатолог, стоматолог
- Б. Врач, представители органов опеки и попечительства
- В. Врач, медицинская сестра, социальный работник, психолог

16. АРВ-терапию детям начинают:

- А. При наличии проявлений III стадии болезни (классификация ВОЗ) независимо от состояния иммунной системы
- Б. В любой стадии ВИЧ-инфекции при снижении относительного количества CD4⁺-Т-лимфоцитов менее 15 – 20%
- В. В перечисленных выше случаях

17. При наличии у ребенка оппортунистических инфекций:

- А. Вначале необходимо провести лечение оппортунистических инфекций, затем начать АРВ-терапию
- Б. Необходимо срочно начать АРВ-терапию
- В. Начало АРВ-терапии необходимо отсрочить на 6 мес

18. Обследование ребенка перед началом АРВ-терапии проводят:

- А. Не более чем за 5 – 7 дней до начала лечения
- Б. За 1 месяц до начала лечения
- В. За 3 месяца до начала лечения

19. Перед началом проведения АРВ-терапии необходимо:

- А. Направить ребенка на стационарное лечение
- Б. Изменить рацион питания

В. Подготовить родителей или лиц, на чьем попечении находится ребенок к началу лечения

20. Несоблюдение режима приема препаратов и снижение их дозы приводит:

А. К развитию резистентности вируса к препаратам

Б. К снижению выраженности побочных эффектов

В. К развитию побочных эффектов

Занятие 6

Характеристика антиретровирусных препаратов.

Принципы проведения антиретровирусной терапии

Цель занятия

Ознакомиться:

- с основными целями АРВ-терапии;
- с механизмом действия групп АРВ-препаратов;
- с принципами контроля эффективности АРВ-терапии;
- с понятием «лекарственная резистентность»;
- с осложнениями АРВ-терапии;
- со схемами АРВ-терапии, которые применяются для лечения детей в Украине.

Цели АРВ-терапии

Вирусологические цели. Максимально возможное снижение вирусной нагрузки в течение как можно более длительного времени для того, чтобы остановить или замедлить прогрессирование заболевания и предотвратить или отсрочить возникновение устойчивости ВИЧ к лекарствам.

Иммунологические цели. Восстановление или сохранение иммунитета – количества CD4⁺-Т-лимфоцитов и качества их специфического действия.

Клинические цели. Сохранение и продление жизни человека, уменьшение заболеваемости, обусловленной нарушением иммунитета, то есть оппортунистическими инфекциями и СПИД-индикаторными заболеваниями, улучшение качества жизни.

Эпидемиологические цели. Снижение частоты передачи ВИЧ, преодоление эпидемии.

Поскольку АРВ-терапия не уничтожает ВИЧ и не удаляет его из организма, а только препятствует его размножению (репликации), ВИЧ-инфицированные люди должны принимать АРВ-препараты в течение всей жизни.

Пожизненный прием АРВ-препаратов трансформирует ВИЧ-инфекцию из прогрессирующего неизлечимого смертельного недуга в хроническое заболевание.

ВИЧ способен очень быстро видоизменяться, приспосабливаться, вырабатывать устойчивость к действию АРВ-препаратов, то есть у вируса развивается так называемая лекарственная резистентность.

Резистентность к АРВ-препарату – это возможность ВИЧ совершать свой жизненный цикл в присутствии данного препарата. Развитие резистентности проявляется отсутствием эффекта от лечения: вирусная нагрузка нарастает, снижаются показатели иммунитета, прогрессируют клинические признаки заболевания. При лечении одним АРВ-препаратом (монотерапия) устойчивость развивается быстро. Два препарата позволяют дольше получать эффект от лечения. В последние годы рекомендуется применять не менее трех АРВ-препаратов одновременно – высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ).

Рациональное планирование АРВ-терапии состоит в том, чтобы достичь вирусологических, иммунологических, клинических и эпидемиологических целей и при этом:

- сохранить возможность использования как можно более широкого спектра АРВ-препаратов в дальнейшем;
- максимально снизить риск побочных эффектов и токсического действия препаратов;
- максимально облегчить пациенту соблюдение режима лечения.

Характеристика антиретровирусных препаратов

Нуклеозидные и нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы

До 1995 г. использовалась лишь одна группа АРВ-препаратов – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ). Для репродукции вируса одиночная спираль РНК ВИЧ преобразовывается в двойную спираль провирусной ДНК. Этот процесс называется «обратная транскрипция». Преобразование РНК ВИЧ в провирусную ДНК становится возможным благодаря ферменту, называемому обратной транскриптазой.

НИОТ представляют собой видоизмененные нуклеотиды – последовательности аминокислот, из которых строится белковая молекула. Конкурируя с естественными нуклеотидами в процессе транскрипции, эти препараты встраиваются в цепь ДНК, прекращая дальнейший ее синтез («подложный стройматериал»). Более точно эту группу препаратов можно было бы назвать «ингибиторы обратной транскрипции». Данные препараты препятствуют репликации и распространению ВИЧ в новые клетки, но не уничтожают вирус в уже инфицированных клетках.

Все АРВ-препараты имеют основное название и общепринятое сокращение. Торговых названий, обозначаемых значками ® или ™, у препарата может быть несколько. В данном случае приводятся торговые названия основных фирм-производителей, а не генерических копий.

Лекарственные препараты группы НИОТ:

- абакавир (ABC, ZiagenTM – зиаген);
- диданозин (ddI, Videx®, Videx EC® – видекс);
- зальцитобин (ddC, HIVID® – хивид);
- зидовудин или азидотимидин (ZDV, AZT, Retrovir® – ретровир)
- ламивудин (3TC, Epivir® – эпивир);
- ставудин (d4T, Zerit® – зерит);
- эмтрицитабин (FTC, Emtriva® – эмтрива).

Нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы (НтИОТ) – тенофовир (TDF – Tenofovir disoproxil fumarate, Viread® – вирид).

Комбинированные препараты:

- комбивир: зидовудин + ламивудин (ZDV + 3TC);
- тризивир: зидовудин + ламивудин + абакавир (ZDV + 3TC + ABC);
- трувада: эмтрицитабин + тенофовир (FTC + TDF).

НИОТ обладают умеренной активностью против ВИЧ. Устойчивость вируса к ним развивается медленно (за исключением ламивудина).

Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы

Во второй половине 90-х годов начали использовать второй класс АРВ-препаратов – ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ). Эти препараты имеют разнообразную сложную структуру.

Молекулы ННИОТ непосредственно соединяются с активным центром обратной транскриптазы и блокируют процесс обратной транскрипции.

Лекарственные препараты группы ННИОТ:

- невирапин (NVP, Viramun® – вирамун);
- ифавиренц (EFV, SustivaTM – сустива);
- делавирдин (DLV, Rescriptor® – рескриптор).

ННИОТ обладают высокой активностью против ВИЧ. Устойчивость вируса к препаратам этой группы возникает очень быстро.

Ингибиторы протеазы

В 1995 г. начато практическое применение третьей группы АРВ-препаратов

– ингибиторы протеазы (ИП). Протеаза – один из ферментов, который действует как ножницы, разрезая протеиновую цепь на отдельные белки (например, p17, p24, p7), что необходимо для завершения «сборки» нового вируса.

ИП, блокируя фермент, препятствуют разделению специфических белков, что приводит к образованию дефектных вирионов, неспособных инфицировать новые клетки.

Лекарственные препараты группы ИП:

- ампренавир (APV, Agenerase™ – агенераза);
- атазанавир (ATV, Reyataz™ – рийатаз);
- индинавир (IDV, Crivivan® – криксиван);
- лопинавир/ритонавир (LPV/r, Kaletra™ – калетра);
- нельфинавир (NFV, Viracept® – вирасепт);
- ритонавир (RTV, Norvir® – норвир);
- саквинавир (SQV, Invirase™, Fortovase™ – инвираза, фортоваза)
- фосампренавир (f-APV, Lexiva – лексива).

Активность ИП против ВИЧ высокая. Устойчивость вируса к ИП развивается постепенно. Большинство ИП назначаются с малым количеством «препарата-усилителя» (бустера) – ритонавира (кроме нельфинавира). Некоторые ИП лучше всасываются при приеме жирной пищи (нельфинавир, лопинавир/ритонавир, фортоваза).

Ингибиторы фузии

Новая группа АРВ-препаратов – ингибиторы фузии (ИФ). Первый представитель этой группы – энфувиртид (Т-20, Fuzeon™ – фузион) был одобрен для лечения ВИЧ-инфекции марте 2003 г.

Энфувиртид препятствует проникновению ВИЧ в CD4-клетку путем связывания белка на поверхности ВИЧ – gp41.

Схемы лечения

Схемы лечения – сочетания нескольких АРВ-препаратов, рекомендованные к применению и назначаемые специалистами. Как и показания к началу лечения, схемы АРВ-терапии регламентированы национальным клиническим протоколом. Национальные протоколы лечения разрабатывают на основании рекомендаций ВОЗ, в которых отражен огромный международный опыт, а также учитываются возможности государства закупать определенные препараты.

Знания по АРВ-терапии и доступность лекарств быстро изменяются, поэтому протоколы лечения должны регулярно обновляться.

При выборе первой (стартовой) схемы АРВ-терапии у детей нужно учитывать:

- доступность отдельных препаратов;
- возможность их комбинации между собой;
- способность детей принимать те или иные лекарственные формы;
- схему проведенной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;
- заболевания, показатели лабораторных исследований у ребенка, другие применяемые препараты.

В схемы АРВ-терапии, как правило, включают два препарата группы НИОТ. Самый большой клинический опыт накоплен по применению комбинации зидовудина и ламивудина.

Другие возможные комбинации двух препаратов группы НИОТ: зидовудин и диданозин, ставудин и ламивудин, ставудин и диданозин, а также диданозин и ламивудин.

Нельзя использовать сочетание зидовудина и ставудина, так как они противодействуют друг другу. Назначение зидовудина противопоказано при тяжелой степени анемии. В последнее время отмечают, что сочетание ставудина и диданозина достаточно часто приводит к периферической нейропатии, поэтому каждый из них лучше назначать в комбинации с другими препаратами НИОТ.

Кроме двух препаратов группы НИОТ схемы АРВ-терапии включают один препарат из группы ННИОТ или ИП. Если ВИЧ-инфицированные дети не получали невирапин для перинатальной профилактики, то первая схема включает этот препарат. Противопоказанием к назначению невирапина является нарушение функции печени с повышением уровня трансаминаз в 5 и более раз выше нормы. Детям в возрасте старше трех лет или при массе тела более 10 кг в сочетании с двумя препаратами группы НИОТ можно применять ифавиренц. Если ребенку в возрасте до трех лет или при массе тела менее 10 кг проводилась профилактика передачи ВИЧ с помощью невирапина, то стартовая схема включает два препарата группы НИОТ и один препарат группы ИП – нелфинавир. В некоторых случаях вместо нелфинавира можно использовать лопинавир с ритонавиром.

Перед назначением АРТ врач анализирует возможное взаимодействие выбранных АРВ-препаратов с лекарственными средствами, которые принимает пациент в связи с другими заболеваниями, оценивает возможность их сочетания, чтобы исключить вероятность усиления токсических эффектов или снижения эффективности АРВ-терапии.

Все указания по АРВ-терапии должны быть представлены родителям (опекунам) ребенка письменно в виде листа рекомендаций (назначений). В этом листе указаны названия лекарств (торговые – те, что написаны на упаковке), доза препаратов – количество таблеток (объем сиропа) на один прием, время приема препаратов, рекомендации по приему лекарств и пищи, возможные побочные действия препаратов, особые указания (если они нужны).

Родители (опекуны) должны точно знать дату следующего посещения врача, медицинской сестры, дату сдачи крови на различные исследования и дату следующего получения лекарств.

При эффективности АРВ-терапии ребенок растет и прибавляет массу тела, поэтому дозу препаратов нужно увеличивать, производя пересчет на фактическую массу тела или площадь поверхности тела каждые 12 недель.

Контроль АРВ-терапии

Контроль эффективности лечения

Эффективность схемы лечения определяется по клиническим, иммунологическим и вирусологическим показателям.

Клинические критерии. ВОЗ рекомендует странам с ограниченными ресурсами в первую очередь ориентироваться на динамику клинических проявлений. Мониторинг эффективности лечения ВИЧ-инфекции у детей включает:

- измерение массы тела и роста и ведение карты физического развития;
- оценку нервно-психического развития и динамику симптомов нарушения нервной системы (ВИЧ-энцефалопатии);
- оценку клинического состояния ребенка;
- регистрацию частоты инфекционных заболеваний.

Карта физического развития ребенка является одним из самых важных инструментов оценки проводимой терапии.

Критерии эффективности лечения:

- увеличение массы тела и роста у тех детей, которые имели задержку физического развития;
- улучшение показателей нервно-психического развития и уменьшение неврологической симптоматики у тех детей, которые имели доказанную задержку нервно-психического развития или ВИЧ-энцефалопатию;
- уменьшение частоты инфекционных заболеваний (бактериальных и грибковых инфекций, афтозного стоматита, других оппортунистических инфекций).

О неэффективности АРВ-терапии свидетельствуют:

- задержка физического развития (кривая роста поднимается вверх медленнее, чем эталонные линии, или ребенок перестает расти и хуже прибавляет в массе тела, несмотря на достаточное питание и отсутствие других неблагоприятных факторов);
- нарастающие признаки ВИЧ-энцефалопатии, ребенок все больше отстает в

нервно-психическом развитии или утрачивает навыки, которые у него уже были;

- повторяющиеся инфекции и СПИД-индикаторные заболевания; однако, развитие оппортунистических инфекций у пациентов с тяжелой степенью иммуносупрессии в первые месяцы после начала лечения не свидетельствует о неэффективности лечения, а является результатом нарушения иммунитета.

Иммунологические критерии эффективности лечения – увеличение количества и процентной доли CD4⁺-Т-лимфоцитов. О неэффективности лечения свидетельствует снижение процента CD4⁺-Т-лимфоцитов до исходного уровня перед началом терапии и ниже или снижение процента CD4⁺-Т-лимфоцитов более, чем на 30% от максимально зарегистрированного за 6 месяцев лечения.

Вирусологические критерии эффективности лечения – снижение вирусной нагрузки. У взрослых людей лечение эффективно, если вирусная нагрузка под воздействием АРВ-препаратов становится неопределяемой. У детей однократная оценка вирусной нагрузки имеет меньшее значение, чем у взрослых. Для контроля эффективности нужно анализировать динамику результатов нескольких исследований, причем, желательно, чтобы они были произведены в одной и той же лаборатории.

Лекарственная резистентность

Основная причина неэффективности АРВ-терапии – развитие у ВИЧ лекарственной резистентности.

Лекарственная резистентность очень быстро развивается:

- при несоблюдении режима приема лекарств;
- при уменьшении дозы препарата;
- при снижении концентрации препарата в крови в связи с неравномерными интервалами в его приеме;
- при нарушении всасывания или повышении выведения препарата в связи с изменением его метаболизма под действием других лекарств.

Выявление лекарственной резистентности. В странах, где уже длительно используют АРВ-препараты, при неэффективности ВААРТ перед выбором новой схемы лечения проводят исследования на лекарственную резистентность.

Генотипическая резистентность – определение мутации ВИЧ, выявление изменений его генов, кодирующих ферменты обратной транскриптазы, протеазы. Данный тест выявляет резистентность только доминантных разновидностей вируса в организме (более 20%). Длительность исследования – 1 – 2 недели. Недостаточный опыт технического проведения данного теста может повлиять на результат. При вирусной нагрузке менее 1000 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови исследование невозможно. Трактовка результата основана на знании типов мутаций, выявляемых при резистентности к отдельным препаратам, и потенциальной перекрестной резистентности к другим препаратам.

Перекрестная резистентность – выработка устойчивости к одному препарату создает резистентность ВИЧ и другим препаратам из той же группы.

Фенотипическая резистентность – возможность ВИЧ проходить свой жизненный цикл при различных концентрациях АРВ-препаратов. Это исследование отражает общий эффект резистентности, включая множественные мутации. При интерпретации результата необходима помощь специалиста. Проведение данного теста технически менее сложное, но более длительное (около 3 недель) и дорогостоящее, чем определение генотипической резистентности. Этот тест также выявляет резистентность только доминантных разновидностей вируса (более 20%). Проведение исследования невозможно при вирусной нагрузке менее 500 – 1000 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови.

Исследование лекарственной резистентности не проводят: 1) до начала первого курса терапии; 2) если после отмены АРВ-терапии прошло более 2 недель; 3) при вирусной нагрузке менее 1000 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови.

При проведении АРВ-терапии нужно соблюдать ряд принципов, которые позволят снизить риск развития лекарственной резистентности:

- 1) избегать монотерапии;
- 2) назначать только оптимальные дозы препаратов;
- 3) не снижать дозы препаратов из-за умеренно выраженных побочных эффектов;
- 4) избегать прекращения приема одного или нескольких препаратов на короткий период с последующим возобновлением их использования («каникулы для лекарств»);
- 5) контролировать и оценивать все назначения лекарственных средств, которые могут взаимодействовать с АРВ-препаратами;
- 6) избегать назначения препаратов, которые могут снижать уровень АРВ-препаратов в сыворотке крови;
- 7) контролировать и оценивать выполнение пациентом назначений.

Если выявлена неэффективность схемы АРВ-терапии и принято решение о ее отмене, и при этом нет возможности определить, к какому препарату развилась резистентность, отменяют все три АРВ-препарата и назначают три другие АРВ-препарата.

Контроль безопасности лечения

Контроль безопасности лечения включает выявление побочных и токсических эффектов АРВ-препаратов. Лица, на чьем попечении находится ребенок, должны быть готовы к их появлению.

Перед началом АРВ-терапии и в процессе лечения нужно информировать членов семьи о том, какие нарушения в состоянии ребенка могут возникнуть, какую помощь нужно оказать дома, и в каком случае нужно немедленно обратиться к врачу.

Родителей (опекунов) и детей предупреждают, что все АРВ-препараты в начальный период лечения могут вызывать тошноту, рвоту, диарею (понос), но через 4–6 недель эти побочные действия лекарств обычно исчезают.

Степень тяжести побочных эффектов лекарств может быть различной. Временный или легкий дискомфорт, который не нарушает двигательную активность ребенка, не требует медицинского вмешательства. При нарушении (ограничении) активности ребенка легкой или средней степени тяжести необходимо обратиться к медицинскому работнику. Значительное ограничение активности ребенка и угрожающие жизни состояния требуют немедленного оказания медицинской помощи и госпитализации. К таким состояниям относят тяжелую аллергическую реакцию, острый панкреатит, токсический гепатит, периферическую нейропатию тяжелой степени и ряд других состояний.

При возникновении тяжелых и угрожающих жизни и здоровью ребенка осложнений препарат (препараты) нужно немедленно отменить, а пациента госпитализировать для проведения интенсивной терапии. Если принято решение отменить АРВ-препарат, который вызвал токсический эффект тяжелой степени, а заменить его на другой препарат невозможно по состоянию ребенка или в связи с организационными причинами, то отменяют прием всех трех препаратов. Снижать дозу АРВ-препаратов или отменять один препарат, сохранив прием только двух препаратов, нельзя.

Когда ребенку будет оказана помощь, а состояние его нормализуется, АРВ-терапия будет продолжена; препарат, вызвавший токсический эффект, заменяют на другой, а прием двух других препаратов (которые не вызвали побочных действий) возобновляют.

Контроль соблюдения режима и правил приема АРВ-терапии

Контроль соблюдения режима АРВ-терапии включает учет назначенных к приему и принятых ребенком АРВ-препаратов.

В начальный период лечения препараты выдают на 4 недели. Если лица, на чьем попечении находится ребенок, хорошо соблюдают режим лечения ребенка в течение 6 месяцев, а ребенок хорошо переносит лечение, то АРВ-препараты могут выдаваться на 12 недель.

Оценить соблюдение режима АРВ-терапии количественно можно по формуле:

$$(A - B) : A \times 100\%,$$

где А – число таблеток, которые ребенок должен был принять за 4 недели, В – число таблеток, которые не были приняты за 4 недели.

В идеале этот показатель должен быть равен 100%, на практике хорошим считается прием препаратов более 95%. При соблюдении режима приема препаратов на 80% ВИЧ вырабатывает лекарственную резистентность.

Контроль соблюдения режима АРВ-терапии включает оценку времени приема лекарств. Важный аспект соблюдения режима – прием препаратов в строго определенное время суток. Если лекарства дают ребенку с равными интервалами между приемами, то его концентрация в крови удерживается на постоянном уровне. При неравномерных интервалах между приемом лекарств их концентрация в крови колеблется. Если промежуток времени между приемами лекарств значительно удлиняется, концентрация препарата снижается, что приводит к развитию лекарственной резистентности.

Контроль соблюдения правил АРВ-терапии включает оценку выполнения всех рекомендаций и условий. Несоблюдение рекомендаций по приему пищи может

существенно изменить всасывание АРВ препаратов. Необходимо оценивать выполнение рекомендаций по времени приема пищи и времени приема лекарств, выполнение рекомендаций, что нужно есть или, наоборот, есть нельзя. Если препарат требует особых условий хранения, то это также необходимо контролировать.

Необходимо учитывать, что если ребенок выплевывает лекарства, или в течение 1–1,5 ч после приема препаратов у него наблюдается обильная рвота, то концентрация препаратов в крови будет ниже, что способствует развитию лекарственной резистентности ВИЧ. Необходимость повторной дачи лекарств нужно оценивать в каждом конкретном случае индивидуально, исходя из объема «потерь» АРВ-препаратов.

Побочные и токсические действия АРВ-препаратов

Высыпания на коже и аллергические реакции наиболее часто наблюдают при применении ННИОТ, особенно часто при применении невирапина (10–20%). В большинстве случаев в течение первых недель приема невирапина появляются высыпания на коже легкой или средней степени тяжести, поэтому сначала препарат назначают в половинной дозе 1 раз в сутки и не повышают дозу до исчезновения сыпи.

У 5% пациентов в течение первых 12 недель приема абакавира может развиваться аллергическая реакция тяжелой степени: повышение температуры тела, изъязвление слизистых оболочек, увеличение лимфатических узлов, нарушения со стороны внутренних органов, изменения в анализе крови (лимфопения), иногда сыпь на коже. При развитии такой реакции абакавир отменяют и никогда не назначают вновь.

У 1% пациентов, получающих ампренавир, может быть сыпь на коже.

При высыпаниях на коже легкой степени препараты не отменяют. Если сыпь сопровождается повышением температуры тела, выраженным отслаиванием или шелушением кожи, образованием пузырей, изменением со стороны суставов, распространяется на слизистые оболочки, АРВ-препараты отменяют немедленно.

Токсическое поражение печени, вызванное АРВ-терапией, может проявляться увеличением уровня трансаминаз (АлАТ и АсАТ) в сыворотке крови в 3–5 раз (без клинических явлений гепатита). Такие изменения могут быть при применении всех препаратов групп ННИОТ и ИП. У большинства пациентов эти лабораторные изменения не сопровождаются какой-либо клинической симптоматикой. В некоторых случаях показатели нормализуются самопроизвольно без отмены или изменения схемы АРВ-терапии. Наиболее часто изменение уровня трансаминаз в сыворотке крови вызывает невирапин,

У 1,1% пациентов, принимающих невирапин, отмечается токсический гепатит. В 2/3 случаев клинические проявления гепатита проявляются в первые 12 недель лечения.

При приеме невирапина необходимо контролировать клиническое состояние пациента и уровень трансаминаз в плазме крови через 2 и 4 недели после начала терапии, затем 1 раз в 1–3 мес. Если невирапин оказывает тяжелое токсическое действие на печень, его следует отменить и не назначать в дальнейшем.

При применении ИП нарушение функции печени может развиваться в любой период их приема. Увеличение трансаминаз выше нормы более чем в 5 раз бывает при приеме

ритонавира, саквинавира, индинавира, нельфинавира, ставудина. Наличие у пациента вирусных гепатитов В или С повышают риск токсического действия ИП на печень.

Если активность АЛАТ превышает верхнюю границу нормы более чем в 5 раз, необходимо временно отменить АРВ-терапию.

Поражение поджелудочной железы – острый панкреатит может развиваться при приеме диданозина, зальцитабина, ставудина, ламивудина (редко). У пациентов появляются боль в животе и спине, тошнота, рвота. В сыворотке крови повышается активность амилазы. При развитии острого панкреатита отменяют все АРВ-препараты до исчезновения симптомов заболевания. При возобновлении АРВ-терапии препарат, вызвавший панкреатит, заменяют другим препаратом группы НИОТ, который не оказывает токсического действия на поджелудочную железу (например, зидовудином или абакавиром).

Лактат-ацидоз и жировая дистрофия печени являются результатом токсического воздействия на структуры клеток (митохондрии) печени. Эти изменения могут возникать при использовании препаратов группы НИОТ (ставудин, диданозин, зидовудин, ламивудин, абакавир, тенофовир). Тяжелый лактат-ацидоз с жировой дистрофией печени отмечают с частотой 1,3 случая в год на 1000 пациентов, принимающих НИОТ. Лактат-ацидоз проявляется утомляемостью, слабостью, снижением аппетита (вплоть до анорексии), тошнотой, рвотой, болью в животе, увеличением печени, снижением массы тела, поносом, метеоризмом. Пациенты могут жаловаться на мышечную слабость, боли в мышцах. Лабораторные исследования выявляют изменение биохимических показателей в крови (повышение уровня лактата, трансаминаз, креатинина, фосфокиназы, лактатдегидрогеназы, липазы и амилазы).

Лечение начинают с отмены АРВ-препаратов. При умеренных изменениях такая тактика приводит к улучшению состояния. Возможно назначение витаминов. При тяжелом лактат-ацидозе необходимо проведение интенсивной терапии. Выздоровление занимает около двух месяцев.

Повышение уровня глюкозы в сыворотке крови (гипергликемия) и возникновение сахарного диабета связывают с приемом ИП. Эти препараты нарушают чувствительность клеток печени и других клеток к инсулину, вызывают недостаточность выработки инсулина поджелудочной железой. Гипергликемию с развитием сахарного диабета или без него отмечают у 3 – 17% пациентов, получающих АРВ-терапию в течение 5 лет. Симптомами гипергликемии являются жажда, повышение аппетита, увеличение объема выделяемой мочи, раздражение наружных половых органов (у маленьких детей – опрелости), зуд кожи, потерю массы тела. Контроль уровня глюкозы в сыворотке крови рекомендуют проводить один раз в 3 месяца.

Гипергликемия может исчезнуть при отмене препаратов. При необходимости продолжить АРВ-терапию уровень глюкозы снижают препаратами для лечения диабета, включая инсулин.

Гиперлипидемия – нарушение содержания липидов (жиров) в крови. При приеме ИП у пациентов может быть выявлено повышение уровня общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов. Контролировать показатели липидного обмена особенно важно у взрослых людей, составляющих группу риска по развитию инфаркта миокарда и стенокардии.

Липодистрофия (липоатрофия) – необычное распределение подкожной жировой клетчатки – может наблюдаться у пациентов, получающих ставудин или препараты группы ИП. С началом применения ИП в середине 90-х годов XX столетия нарушение распределения подкожной жировой клетчатки стали отмечать у 25–75% пациентов. Липодистрофия характеризуется отложением жира в области шеи («горб буйвола», «дорзо-цервикальное ожирение»), груди, живота и различной степенью выраженности атрофии подкожной жировой клетчатки на лице, конечностях, ягодицах. Это состояние часто сочетается с метаболическими нарушениями – гипергликемией, гиперлипидемией, лактат-ацидозом. Эффективного лечения липодистрофии нет. Отмена терапии или исключение отдельных групп АРВ-препаратов в большинстве случаев не уменьшают проявления липодистрофии, но у некоторых пациентов наблюдается улучшение. Лечение включает занятия физкультурой и косметические операции.

Нарушение костной ткани (остеонекроз, остеопения, остеопороз). Некроз шейки бедра (болезнь Пертаса) и поражение позвоночника могут наблюдаться при АРВ-терапии у детей, они проявляются болью в пораженной области. У 5% ВИЧ-инфицированных пациентов выявляют бессимптомное нарушение строения костной ткани. Диагностика основана на данных компьютерной и магнитно-ядерной томографии. Уменьшение минерализации костей (osteопения и остеопороз) наблюдали почти у 50% пациентов, получающих ИП. Для профилактики и лечения поражения костей рекомендуют диету с достаточным содержанием кальция и витамина D.

Нарушения со стороны пищеварительного тракта в виде тошноты, рвоты, диареи наблюдают в начальный период приема всех АРВ-препаратов. Наиболее часто эти нарушения наблюдают при приеме зидовудина (тошнота, рвота, снижение аппетита) и нельфинавира (разжижение и учащение стула до 3 раз в сутки). Как правило, через 1 месяц после начала терапии неблагоприятные проявления проходят.

Периферическая нейропатия – поражение периферических нервов – может возникать при приеме диданозина, ставудина и ламивудина, характеризуется болью, покалыванием, жжением, потерей чувствительности в кистях и стопах, мышечной слабостью. Препарат, который вызывает этот эффект, отменяют и назначают другой препарат из группы НИОТ, не обладающий нейротоксическим действием (например, зидовудин или абакавир). После отмены препаратов симптомы, как правило, исчезают через 2 – 3 недели.

Угнетение кроветворной функции костного мозга (анемия, гранулоцитопения) чаще всего наблюдается при лечении зидовудином. При тяжелой анемии назначают препараты, которые повышают выработку эритроцитов. При отсутствии эффекта от такой терапии зидовудин заменяют на ставудин.

Изменение схемы АРВ-терапии

Основанием для изменения схемы АРВ-терапии могут служить следующие причины: 1) неэффективность лечения, проявляющаяся в прогрессировании заболевания, ухудшении клинических, иммунологических или вирусологических показателей; 2) токсичность или непереносимость назначенных препаратов; 3) возникновение у пациента заболеваний, не связанных с ВИЧ-инфекцией и приемом препаратов (например, вирусного гепатита В и др.); 4) появление новых, более эффективных препаратов и схем лечения.

Решение об изменении схемы лечения принимает комиссия на основании анализа

результатов клинического обследования, по меньшей мере, двух результатов определения содержания CD4⁺-Т-лимфоцитов и вирусной нагрузки (если возможно), оценки соблюдения режима приема препаратов.

При выборе новой схемы лечения учитывается наличие лекарств и возможные последствия приема новых препаратов (их побочные действия, взаимодействие с другими препаратами и др.).

Отмена АРВ-терапии

Клинические показания к отмене ВААРТ – тяжелые, угрожающие жизни побочные эффекты АРВ-терапии.

Социальные показания к отмене АРВ-терапии ребенка. Если лица, на чьем попечении находится ребенок, не приводят его на осмотр (пропущено более 3 приемов), по данным медицинского или социального работника, который осуществляет патронаж или наблюдение, они не выполняют рекомендации по соблюдению режима приема препаратов, и при этом нет других лиц, кто мог бы ухаживать за ребенком и давать ему препараты, то лечение отменяют.

Решение тестовых заданий

Слушатели продумывают ответы на тестовые задания, затем по очереди вслух читают вопросы и отвечают на них.

Тестовые задания

1. Вирусологические цели АРВ-терапии

- А. Полное уничтожение ВИЧ
- Б. Максимально возможное снижение вирусной нагрузки в течение как можно более длительного времени
- В. Выведение ВИЧ из организма

2. Иммунологические цели АРВ-терапии

- А. Уменьшение вирусной нагрузки
- Б. Улучшение качества жизни
- В. Восстановление или сохранение количества CD4⁺-Т-лимфоцитов

3. Клинические цели АРВ-терапии

- А. Уменьшение числа копий вируса в 1 мл плазмы крови
- Б. Улучшение самочувствия пациента
- В. Сохранение и продление жизни человека, уменьшение заболеваемости, обусловленной нарушением иммунитета

4. Эпидемиологические цели АРВ-терапии

- А. Снижение частоты передачи ВИЧ
- Б. Выработка иммунитета против ВИЧ
- В. Уменьшение числа ВИЧ-инфицированных людей

5. Что делает АРВ-терапия?

- А. Уничтожает ВИЧ в организме
- Б. Выводит ВИЧ из организма
- В. Препятствует размножению (репликации) ВИЧ в организме

6. Резистентность ВИЧ к АРВ-препарату

- А. Устойчивость ВИЧ к действию лекарства
- Б. Возможность ВИЧ совершать свой жизненный цикл в присутствии препарата
- В. Чувствительность к препарату

7. Наиболее целесообразно применять для лечения ВИЧ-инфекции...

- А. Один АРВ-препарат
- Б. Два АРВ-препарата одновременно
- В. Три АРВ-препарата одновременно

8. Начав лечение ВИЧ-инфекции, его продолжают...

- А. 1 год
- Б. Всю жизнь
- В. Всю жизнь с ежегодными перерывами на 1 месяц

9. Время начала лечения и стартовая схема АРВ-терапии...

- А. Определены специальным документом – клиническим протоколом АРВ-терапии
- Б. Выбираются по желанию врача
- В. Выбираются по желанию родителей (опекунов)

10. Все рекомендации по АРВ-терапии ребенку необходимо предоставлять...

- А. Письменно в виде листа рекомендаций

Б. Устно

11. Родители (опекуны) должны точно знать дату...

- А. Следующего посещения врача, медицинской сестры
- Б. Следующей сдачи крови на различные исследования
- В. Дату следующего получения лекарств.

12. Мониторинг эффективности лечения ВИЧ-инфекции у детей включает...

- А. Измерение массы тела и роста, ведение карты физического развития
- Б. Аппетит ребенка
- В. Оценку нервно-психического развития и динамику симптомов нарушения нервной системы

13. О неэффективности АРВ-терапии свидетельствуют...

- А. Снижение гемоглобина
- Б. Задержка роста ребенка
- В. Нарастание отставания в нервно-психическом развитии

14. Неэффективность АРВ-терапии в результате развития лекарственной резистентности возникает ...

- А. При несоблюдении режима приема лекарств
- Б. При уменьшении дозы препаратов
- В. При снижении концентрации препарата в крови в связи неравномерными интервалами в его приеме

15. Контроль соблюдения режима АРВ-терапии включает...

- А. Оценку правильности приема лекарств
- Б. Учет назначенных к приему и принятых ребенком АРВ-препаратов
- В. Выявление побочных и токсических эффектов АРВ-препаратов

16. Оценка правильности приема лекарств включает...

- А. Интервал времени между приемами препаратов
- Б. Аппетит ребенка и его самочувствия

В. Выполнение рекомендаций по питанию и времени приема лекарств во взаимосвязи с приемом пищи

17. Контроль безопасности лечения включает...

А. Проверку места хранения АРВ-препаратов

Б. Выявление побочных и токсических эффектов АРВ-препаратов

В. Оценку степени тяжести побочных эффектов АРВ-терапии

18. Все АРВ-препараты в начальный период лечения могут вызывать...

А. Тошноту, рвоту, диарею (понос)

Б. Плохое самочувствие ребенка, но через 4–6 недель эти побочные действия исчезают

В. Повышение температуры тела

19. Клинические показания к отмене АРВ-терапии:

А. Неэффективность лечения

Б. Развитие тяжелых, угрожающих жизни ребенка побочных эффектов АРВ-терапии

В. Развитие побочных эффектов АРВ-терапии легкой степени

20. Социальные показания к отмене АРВ-терапии ребенка.

А. Лица, на чьем попечении находится ребенок, не приводят его на осмотр (пропущено более 3 приемов)

Б. По данным медицинского или социального работника, который осуществляет патронаж или наблюдение, родители не выполняют рекомендации

В. Плохие материальные условия семьи

Обсуждение ситуационных задач в мультидисциплинарных командах

Слушатели делятся на группы. Желательно, чтобы каждая группа была мультидисциплинарной. В каждой группе слушатели разбирают одну задачу, врачи обсуждают ситуацию, выполняют задания по формулировке диагноза, выбору схемы лечения и написанию листа назначений, объясняя другим слушателям свои решения. Вся группа (команда) обсуждает объем работы каждого из участников при ведении этого пациента. Затем группы по очереди демонстрируют свои результаты обсуждения.

Ситуационная задача 6.1.

Мальчику Д.Д., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 7 месяцев. Ребенок родился доношенным, масса тела при рождении 3600 г, длина тела 56 см. Для профилактики

передачи ВИЧ ребенку мать получала в последние 2 недели беременности ретровир и однократно невирапин перед операцией кесарево сечение; ребенок получил сироп ретровира в течение 1 недели и однократно невирапин.

У ребенка получены положительные результаты качественного определения провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней и 4 месяцев.

В возрасте 1 месяца ребенок начал получать для профилактики пневмоцистной пневмонии сироп суметролима, но через 2 недели в связи с появлением сыпи на коже мать перестала давать ребенку препарат. В возрасте 4 месяцев у ребенка развилась пневмоцистная пневмония, по поводу которой он находился в стационаре (2,5 недели в отделении реанимации и интенсивной терапии, 2,5 недели в инфекционно-боксеризованном отделении).

В возрасте 6,5 месяцев выявлено:

- масса тела 5800 г, длина тела 61 см;
- держит голову слабо, не переворачивается, не сидит; дерматит, кандидоз полости рта, лимфатические узлы множественные, плотные, диаметром 0,5 – 1,0 см во всех группах, одышка при нагрузке, тоны сердца приглушены, печень +3 см, селезенка +2 см, стул 2-3 раза в сутки разжижен;
- CD4⁺-Т-лимфоциты – 19,1%;
- вирусная нагрузка (в возрасте 4,5 мес) – 839 400 копий в 1 мл плазмы крови;
- общий анализ крови: гемоглобин – 86 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$, гематокрит 0,27, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$, гранулоциты – 45,7% ($2,2 \times 10^9$), лимфоциты – 45,4% ($2,0 \times 10^9$), моноциты – 8,7% ($0,3 \times 10^9$), СОЭ – 10 мм/час.
- АлАТ – 1,6, АсАТ – 1,5, тимоловая проба 16,7 S-H.
- Ребенок ест смесь «Детолакт», овощное пюре, кашу и фруктовый сок.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз по классификации ВОЗ (2002) и определите степень иммуносупрессии.
2. Сформулируйте показания к началу АРВ-терапии.
3. Выберите схему АРВ-терапии.
4. Рассчитайте дозы препаратов и напишите лист назначений.
5. Обсудите действия всех членов мультидисциплинарной команды, чье участие необходимо при ведении ребенка.

Ситуационная задача 6.2.

Мальчику Н.Н., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 7 месяцев. Ребенок родился недоношенным, масса тела при рождении 2600 г, длина тела 46 см. Для профилактики передачи ВИЧ ребенку мать получала в последнюю неделю беременности ретровир, однократно невирапин перед операцией кесарево сечение; ребенок получил однократно невирапин.

У ребенка получены положительные результаты качественного определения провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней и 6 месяцев.

В возрасте 1 месяца ребенок начал получать для профилактики пневмоцистной пневмонии сироп суметролима, но препарат ребенку давали не регулярно. В 4,5 месяца у мальчика развилась пневмоцистная пневмония, по поводу которой он находился в стационаре (2,5 недели в отделении реанимации и интенсивной терапии, 2,5 недели в

инфекционно-боксованном отделении).

В возрасте 6,5 месяцев:

- Масса тела 5900 г, длина тела 63 см,
- держит голову слабо, не переворачивается, не сидит; признаки экссудативно-катарального диатеза, опрелости, кандидоз полости рта, лимфатические узлы множественные, плотные, диаметром около 1,0 см во всех группах, одышка при нагрузке, тоны сердца приглушены, печень +3 см, селезенка +1 см, стул 2 – 3 раза в сутки разжижен;
- CD4⁺-Т-лимфоциты – 6,4%;
- Общий анализ крови: гемоглобин – 55 г/л, эритроциты – $2,4 \times 10^{12}$, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$, гранулоциты – 37,1%, лимфоциты – 50,2%, моноциты – 12,7%, СОЭ – 12 мм/час.
- АлАТ – 12,8, АсАТ – 3,5, тимоловая проба 16,7 S-H, HbAg и антитела к HCV не обнаружены.

Задания.

1. Сформулируйте диагноз по классификации ВОЗ (2002) и определите степень иммуносупрессии.
2. Сформулируйте показания к началу АРВ-терапии.
3. Выберите схему АРВ-терапии.
4. Рассчитайте дозы препаратов и напишите лист назначений.
5. Обсудите действия всех членов мультидисциплинарной команды, чье участие необходимо при ведении ребенка.

Ситуационная задача 6.3.

Девочке Н.М., рожденной ВИЧ-позитивной матерью, 5 лет. Мать – потребитель инъекционных наркотиков, профилактику передачи ВИЧ ребенку не получала. Диагноз ВИЧ-инфекции установлен на основании положительных результатов ИФА и иммунного блота в возрасте старше 18 месяцев. В 2,5 года у ребенка выявлены увеличенные лимфатические узлы, увеличение околоушных слюнных желез, на основании рентгенограммы установлен диагноз ЛИП/ПЛГ. До 5 летнего возраста масса тела и рост девочки соответствовали 25-м перцентильям, нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. Девочка находится на попечении бабушки.

В возрасте 5 лет у девочки выявлено:

- замедление темпов физического развития: масса тела 15 кг, рост 98 см;
- в последний месяц стала вялой, апатичной, перестала играть с детьми;
- CD4⁺-Т-лимфоциты – 16%;
- Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$, тромбоциты 150×10^9 , лейкоциты – $5,8 \times 10^9$, гранулоциты – 51,1%, лимфоциты – 43,2%, моноциты – 6,7%, СОЭ – 12 мм/час.
- АлАТ – 1,2, АсАТ – 1,0, тимоловая проба 5,7 S-H.

Задания.

1. Сформулируйте диагноз по классификации ВОЗ (2002) и определите степень

- иммуносупрессии.
2. Сформулируйте показания к началу АРВ-терапии.
 3. Выберите схему АРВ-терапии.
 4. Рассчитайте дозы препаратов и напишите лист назначений.
 5. Обсудите действия всех членов мультидисциплинарной команды, чье участие необходимо при ведении ребенка.

Ситуационная задача 6.4.

Мальчику В.М. с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции 8 лет, он постоянно живет в школе-интернате. С первых дней жизни мальчик находится на попечении государства. Мальчик рожден ВИЧ-позитивной женщиной, профилактика перинатальной передачи ВИЧ не проводилась.

До 7-летнего возраста масса тела и рост мальчика соответствовали 50-м перцентильям. В последнее время замедлились темпы физического развития – рост 121 см, масса тела 21, 5 кг, В течение последних двух месяцев потерял в массе около 2,5 кг. В течение последних 6 месяцев перенес бронхит, отит, пневмонию. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Задания.

1. Напишите план обследования мальчика.
2. Сформулируйте диагноз по классификации ВОЗ (2002).
3. Выберите схему АРВ-терапии.
4. Рассчитайте дозы препаратов и напишите лист назначений.
5. Обсудите действия всех членов мультидисциплинарной команды, чье участие необходимо при ведении ребенка.

Ситуационная задача 6.5.

Мать с ребенком на приеме в центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Мальчику А.И. 3 года. Жалобы на лихорадку в течение 3 недель до 40⁰С, припухлость шеи. в подчелюстных и передне-шейных областях размером 3 X 5 см справа и 8 X 12 см слева.

Ребенок рожден ВИЧ-позитивной матерью, но есть сведения о положительных результатах ИФА только в пуповинной крови и в 6 месяцев, после 18 месяцев ребенка не обследовали. Ребенок находился дома с матерью, не болел, поэтому мать считала, что ребенок здоров и нет необходимости его обследовать.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, ребенок вял, адинамичен. Температура тела 38,6⁰С. Кожа бледная. В подчелюстных и передне-шейных областях пальпируются плотные бугристые образования – конгломераты лимфатических узлов, размером 3 X 5 см справа и 8 X 12 см слева, безболезненные, эластичные. Кожа над конгломератами лимфатических узлов обычного цвета. Лимфатические узлы в других группах до 1 см, безболезненные. Дыхание жесткое, влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +1 см., стул и мочеиспускание без особенностей.

Задания.

1. Обсудите план обследования мальчика.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какое решение принять в отношении АРВ-терапии?

Ситуационная задача 6.6.

Девочке В.М. 9 месяцев. Девочка родилась доношенной, масса тела при рождении 3000 г, длина тела 52 см. Для профилактики передачи ВИЧ ребенку мать получала в последнюю неделю беременности и в родах ретровир; ребенок профилактики не получил.

У ребенка получен положительный результат качественного определения РНК ВИЧ методом ПЦР в 6 месяцев, и положительные результаты ИФА в пуповинной крови и в 6 месяцев.

Масса тела 5400 г, длина тела 60 см. Перенесенные заболевания, по поводу которых ребенок находился на стационарном лечении:

- 3,5 – 4,5 месяцев – пневмоцистная (?) пневмония;
- 6 – 7 месяцев – гепатит, HbAg и антитела к HBV и HCV не обнаружены.

Задания.

1. Напишите план обследования девочки.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какое решение принять в отношении АРВ-терапии?

Занятие 7

Консультирование перед началом антиретровирусной терапии

Цель занятия

Ознакомиться:

- с вопросами, которые нужно обсудить с родителями (опекунами) перед началом АРВ-терапии у детей;
- с рекомендациями по обучению родителей как давать и детей как принимать АРВ-препараты;
- как достигнуть хорошего соблюдения режима АРВ-терапии.

Научиться:

- осуществлять консультирование перед началом АРВ-терапии у детей, используя принципы «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки».

Особенности консультирования перед началом АРВ-терапии у детей

Основная задача консультирования до начала АРВ-терапии – формирование приверженности лечению. Приверженность лечению означает, что пациент принимает всегда и все препараты правильно:

- в назначенном врачом количестве (получает полную дозу лекарств);
- в строго определенное время без пропусков и опозданий (соблюдает режим приема);
- правильным образом (выполняет рекомендации по питанию, приему других лекарств, правильно хранит препараты).

В английском языке для обозначения этого понятия используется слово the adherence, смысл которого включает приверженность, верность, строгое соблюдение правил, принципов и технических условий.

100% приверженность – это значит, что пациент принял все АРВ-препараты в полной дозе в назначенное время правильным образом. Для эффективной АРВ-терапии приверженность должна быть выше 95% и приближаться к 100%. 95% приверженность означает, что в течение 3-х недель при двухкратном приеме препаратов пациент пропустил только 1 прием.

Согласие родителя (опекуна) проводить ребенку АРВ-терапию является

обязательным условием начала лечения. Для того чтобы родители (опекуны) «приняли» мысль о том, что их ребенок будет пожизненно получать лекарства, необходима их поэтапная подготовка.

С момента установления ребенку диагноза ВИЧ-инфекции родителям (опекунам) следует сообщить о том, что существует единственная возможность длительной жизни с ВИЧ-инфекцией – это лечение АРВ-препаратами, и что это лечение доступно в Украине.

Родители (опекуны) должны знать, что:

- лечение начинают тогда, когда у ребенка ухудшается состояние здоровья (ребенок начинает болеть или у него снижается количество/процент CD4⁺-Т-лимфоцитов), то есть возникают показания к началу лечения;
- лечение включает прием нескольких препаратов одновременно;
- лечение непрерывное и пожизненное;
- правила приема лекарств нужно соблюдать очень строго, иначе вирус приспособится и выработает устойчивость к лекарственным препаратам.

Когда врачи выявляют у ребенка показания к началу АРВ-терапии, то следует провести целенаправленное консультирование родителей (опекунов) по вопросам АРВ-терапии и подготовку детей дошкольного или школьного возраста (если позволяет их состояние и развитие) к приему препаратов.

Подготовку к АРВ-терапии ребенка начинают с выбора взрослого члена семьи (или нескольких лиц), кто возьмет на себя ответственность за лечение ребенка. Этот человек (люди) должен иметь время и возможность выполнять следующие функции:

- давать ребенку препараты в строго определенное время каждый день;
- выполнять рекомендации по кормлению ребенка в связи с приемом препаратов;
- регулярно приводить ребенка на обследование;
- регулярно получать в лечебном учреждении АРВ-препараты для ребенка.

Одного из родителей (нескольких членов семьи), который будет давать ребенку препараты, необходимо проконсультировать и обучить правилам АРВ-терапии до начала лечения ребенка.

Приверженности АРВ-терапии способствует наличие у членов семьи убежденности в необходимости лечения ребенка. Мотивирующим фактором является информация о целях и результатах АРВ-терапии. Очень важно доступно объяснить преимущества лечения для ребенка и семьи.

Цели и результаты АРВ-терапии

«Книжная формулировка»	Объяснение родителям
<i>Вирусологические цели</i>	
<p>Максимально возможное снижение вирусной нагрузки в течение как можно более длительного времени для того, чтобы остановить или замедлить прогрессирование заболевания и предотвратить или отсрочить возникновение устойчивости ВИЧ к лекарствам.</p>	
<i>Иммунологические цели</i>	
<p>Восстановление или сохранение иммунитета – количества CD4⁺-Т-лимфоцитов и качества их специфического действия.</p>	
<i>Клинические цели</i>	
<p>Сохранение и продление жизни человека, уменьшение заболеваемости, обусловленной нарушением иммунитета, улучшение качества жизни, то есть оппортунистическими инфекциями и СПИД-индикаторными заболеваниями.</p>	
<i>Эпидемиологические цели</i>	
<p>Снижение частоты передачи ВИЧ, преодоление эпидемии.</p>	

Созданию устойчивой мотивировки на соблюдение режима лечения способствует понимание механизма действия отдельных препаратов на жизненный цикл ВИЧ. В зависимости от существующих возможностей для объяснения механизма действия лекарств нужно использовать рисунки, модели, фильмы.

Очень важно, чтобы при назначении АРВ-терапии врач выдал родителям (опекунам) лист рекомендаций (назначений) на определенный период времени.

В листе рекомендаций должны быть четко написаны названия препаратов, количество таблеток или объем сиропа на каждый прием, время приема, взаимоотношения препаратов с приемом пищи, особые инструкции по приему и хранению препарата, а также возможные побочные эффекты препаратов. В нем также могут быть указаны даты проведения осмотров ребенка и забора крови на исследования.

Помощь в запоминании наиболее важной информации – это еще один навык «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки». Все назначения и рекомендации по их выполнению матери нужно объяснять. Перефразирование, повторение, подчеркивание наиболее важной информации, подведение итогов беседы помогут консультируемым запомнить главное.

Проверка понимания родителями (опекунами) предоставленной им информации также относится к навыкам «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки». Всегда необходимо убедиться, насколько правильно консультируемые поняли предоставленную информацию и советы. Непонимание некоторых деталей может привести к неэффективности лечения ребенка. Если консультант своевременно выявляет, что родители (опекуны) информацию не поняли или не запомнили, то необходимо продолжить консультирование, повторить объяснение, либо оказать помощь в усвоении рекомендаций (например, предоставить рекомендации в письменном виде).

Чтобы выяснить, понятна ли родителям (опекунам) предоставленная информация, недостаточно задать вопрос: «Вы все поняли?» или «Вам все ясно?». Оценить понимание предоставленной информации можно, используя открытые вопросы. Если родитель (опекун) отвечает на вопрос неопределенно, то вопрос можно уточнить или повторить объяснение. Можно, не задавая вопросы, попросить консультируемого повторить основные пункты информации: «Теперь повторите, пожалуйста, сами, как вы будете давать ребенку лекарства».

Прием ребенком АРВ-препаратов создаст определенные трудности и внесет существенные изменения в жизнь семьи. Проблему приема АРВ-препаратов нужно обсуждать всесторонне, информируя родителей (опекунов) не только о положительных сторонах лечения, но и предупреждая о возможных проблемах.

Обсуждение проблем, связанных с изменением уклада жизни ребенка при приеме АРВ-препаратов (изменение режима сна и приема пищи, пристрастия в еде, совмещение лечения и посещение детского коллектива и др.), выявление препятствий, которые могут помешать соблюдению режима приема лекарств, – важный аспект консультирования перед началом АРВ-терапии. Если консультант имеет опыт и знает, с какими проблемами

чаще всего сталкиваются родители, он может предложить возможные варианты их преодоления.

При консультировании ребенка важно учитывать его возраст и его интеллектуальное развитие. Рассказывать ребенку о необходимости принимать лекарства, механизме их действия, важности соблюдения режима приема препаратов и правильного питания необходимо в доступной ему форме, понятным языком.

Во время консультирования до начала АРВ-терапии родителей (опекунов) нужно ознакомить с приспособлениями, которые помогут выполнять назначенное лечение, и помочь им выбрать приемлемые для них.

Технические приспособления, которые способствуют приверженности АРВ-терапии:

- Расписание приема лекарств на неделю, в котором есть графа, где можно отмечать выполнение;
- Обучающие игры, книжки для детей о ВИЧ и АРВ-терапии;
- Специальные коробочки, в которых разложены таблетки на каждый прием в течение 1 недели;
- Будильники, запрограммированные подавать сигнал во время каждого приема медикаментов.

Важным фактором поддержки ВИЧ-инфицированных детей, принимающих АРВ-терапию, и их семей является организация групп взаимопомощи для родителей и для детей, принимающих АРВ-терапию.

При назначении АРВ-терапии родителям (опекунам) необходимо дать телефоны и адреса лиц, которые могут оказать поддержку в соблюдении режима АРВ-терапии.

Рекомендации по обучению родителей, как давать детям лекарства, и детей, как принимать лекарства самостоятельно

Если ребенку менее 3 – 3,5 лет, то подготовка к началу АРВ-терапии включает обучение родителей (опекунов) методам введения лекарств в рот маленькому ребенку. Если ребенок старше 3 – 3,5 лет, то подготовка к АРВ-терапии должна включать его обучение самостоятельному приему лекарств, при условии, что состояние его здоровья и развитие позволяют ему усвоить эту информацию.

Рекомендации, как давать медикаменты ребенку раннего возраста

При введении медикаментов в рот ребенку раннего возраста нужно следовать некоторым советам:

- Лекарство следует готовить и размещать его и другие необходимые для введения приспособления на столе на таком расстоянии, чтобы было легко осуществлять

манипуляции с ними, но ребенок не мог их задеть или сбросить со стола.

- Ребенка следует держать на коленях. Правши сажают ребенка на левое колено (левши – наоборот).
- левой рукой ребенка придерживают за левую руку в области плеча, правая рука ребенка должна проходить под левой рукой человека, который дает лекарство, обнимая его спину.
- Необходимо нежно зафиксировать головку и плечо ребенка между левой рукой и грудной клеткой, обеспечив при этом легкий наклон задней части головы.
- Небольшое количество лекарства необходимо влить в рот ребенка слабой струйкой.
- Ребенка удерживают в вертикальном положении, пока лекарство не будет проглочено.
- Для введения в рот жидкости можно использовать пластиковые пипетки или шприцы.
- Можно смешать лекарство с пищей в ложке для кормления.
- Можно дать ребенку запить лекарство небольшим количеством заранее подготовленной жидкости.
- Во время дачи лекарства необходимо удобно сидеть.
- На ребенка следует надеть нагрудник или салфетку.
- Во время приема лекарства следует разговаривать с ребенком спокойно, с мягкими интонациями.
- После приема лекарства можно промыть рот ребенка водой.

Рекомендации, как научить ребенка глотать таблетки

Детей старше 3 – 3,5 лет необходимо научить глотать таблетки. Для того чтобы обучение было успешным, лучше, чтобы его проводили посторонние люди (медицинские работники) и не проводили люди, осуществляющие каждодневный уход за ребенком.

Обучение нужно проводить, когда ребенок здоров, у него нет поражений слизистой оболочки полости рта и пищевода.

Начинать обучение лучше с небольших гладких таблеток витаминов, не имеющих неприятного вкуса и запаха оболочки. За одно занятие нужно дать только 1 или 2 таблетки, чтобы у ребенка не сформировалось неправильное представление, что таблетки (витамины) можно пить столько, сколько захочешь.

Перед началом обучения нужно создать у ребенка положительную мотивацию приема лекарств, заинтересовать его, объяснить преимущества проглатывания таблеток и капсул без разжевывания и измельчения.

Начать обучение лучше с показа, как обучающий сам глотает такую же таблетку витаминов, какую он предлагает научиться проглотить ребенку. При обучении тренер должен использовать простые и короткие команды:

- «Возьми в одну руку таблетку, а в другую руку чашку с водой».
- «Открой рот».
- «Положи таблетку на язык» (класть таблетку следует не на край языка, но и не слишком глубоко, чтобы не вызвать рвотный рефлекс).
- «Проглоти и запей водой».

В случае успеха необходимо поощрить ребенка сладостями или небольшим сувениром.

Во избежание отравления ребенка лекарствами (при самовольном и бесконтрольном приеме), обучая ребенка, нужно ему говорить, что можно принимать только те таблетки, которые ему дает взрослый человек, и что нельзя без разрешения взрослых брать и глотать лекарства.

Детей школьного возраста нужно приучать к самостоятельному выполнению режима лечения, воспитывать в них сознательное отношение к приему препаратов строго по часам в необходимой дозе правильным образом. Если ребенок старше 7 лет, то перед началом АРВ-терапии целесообразно провести с ним индивидуальную беседу доступным ему языком (при условии, что состояние его здоровья и развитие позволяют ему усвоить информацию о АРВ-терапии).

Ситуационные задачи для закрепления навыков консультирования перед началом АРВ-терапии ребенка

Слушатели делятся на группы. Желательно, чтобы каждая группа была мультидисциплинарной. В каждой группе слушатели обсуждают задачу, распределяют роли. Желательно, чтобы в каждой группе отдельное консультирование провел медицинский работник и социальный работник (представитель общественной организации). Затем группы по очереди демонстрируют свои варианты консультирования.

Ситуационная задача 7.1.

Мальчику Д.Д., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 7 месяцев. Ребенок родился доношенным, масса тела при рождении 3600 г, длина тела 56 см. Мать получала в последние 2 недели беременности ретровир и однократно перед операцией кесарево сечение невирапин; ребенок получил в течение 1 недели сироп ретровира и однократно невирапин.

У ребенка получены положительные результаты качественного определения

провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней и 4 месяцев.

В возрасте 1 месяца ребенок начал получать для профилактики пневмоцистной пневмонии сироп суметролима, но через 2 недели в связи с появлением сыпи на коже мать перестала давать ребенку препарат. В 5 месяцев у ребенка развилась пневмоцистная пневмония, по поводу которой он находился в стационаре (2,5 недели в отделении реанимации и интенсивной терапии, 2,5 недели в инфекционно-боксованном отделении).

В возрасте 6,5 месяцев: масса тела 5900 г, длина тела 63 см, ребенок держит голову, но не переворачивается, не сидит; CD4⁺-Т-лимфоциты – 19,1%.

Принято решение начать АРВ-терапию: ретровир + эпивир + вирасепт.

Задание.

1. Обсудите действия членов команды по подготовке семьи к началу АРВ-терапии мальчика, распределите обязанности.

Ситуационная задача 7.2.

Мальчику Н.Н., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 7 месяцев. Ребенок родился недоношенным, масса тела при рождении 2600 г, длина тела 46 см. Для профилактики передачи ВИЧ ребенку мать получала в последнюю неделю беременности ретровир, однократно невирапин перед операцией кесарево сечение; ребенок получил однократно невирапин.

У ребенка получены положительные результаты качественного определения провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней и 6 месяцев.

В возрасте 1 месяца ребенок начал получать для профилактики пневмоцистной пневмонии сироп суметролима, но препарат ребенку давали не регулярно. В 4,5 месяца у мальчика развилась пневмоцистная пневмония, по поводу которой он находился в стационаре (2,5 недели в отделении реанимации и интенсивной терапии, 2,5 недели в инфекционно-боксованном отделении).

В возрасте 6,5 месяцев:

- Масса тела 5900 г, длина тела 63 см,
- держит голову слабо, не переворачивается, не сидит; признаки экссудативно-катарального диатеза, опрелости, кандидоз полости рта, лимфатические узлы множественные, плотные, диаметром около 1,0 см во всех группах, одышка при нагрузке, тоны сердца приглушены, печень +3 см, селезенка +1 см, стул 2 – 3 раза в сутки, разжижен;
- CD4⁺-Т-лимфоциты – 6,4%;
- Общий анализ крови: гемоглобин – 55 г/л, эритроциты – $2,4 \times 10^{12}$, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$, гранулоциты – 37,1%, лимфоциты – 50,2%, моноциты – 12,7%, СОЭ – 12 мм/час.
- АлАТ – 12,8, АсАТ – 3,5, тимоловая проба 16,7 S-Н, HbAg и антитела к HCV не обнаружены.

Принято решение начать АРВ-терапию: зерит + эпивир + вирасепт

Задание.

1. Обсудите действия членов команды по подготовке семьи к началу АРВ-терапии мальчика, распределите обязанности.

Ситуационная задача 7.3.

Девочке Н.М., рожденной ВИЧ-позитивной матерью, 5 лет. Мать – потребитель инъекционных наркотиков, профилактику передачи ВИЧ ребенку не получала. Диагноз ВИЧ-инфекции установлен на основании положительных результатов ИФА и иммунного блота в возрасте старше 18 месяцев. Девочка находится на попечении бабушки.

До 5 летнего возраста масса тела и рост девочки соответствовали 25-м перцентилем, нервно-психическое развитие соответствовало возрасту.

В возрасте 5 лет у девочки выявлено:

- замедление темпов физического развития: масса тела 15 кг, рост 98 см;
- в последний месяц стала вялой, апатичной, перестала играть с детьми, но на вопросы отвечает;
- CD4⁺-Т-лимфоциты –16%.

Принято решение начать АРВ-терапию: ретровир + эпивир + вирамун.

Задание.

1. Обсудите действия членов команды по подготовке семьи к началу АРВ-терапии мальчика, распределите обязанности.

Ситуационная задача 7.4.

Мальчику В. с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции 8 лет, он постоянно живет в школе-интернате. С первых дней жизни мальчик находится на попечении государства. Мальчик рожден ВИЧ-позитивной женщиной, профилактика перинатальной передачи ВИЧ не проводилась.

До 7-летнего возраста масса тела и рост мальчика соответствовали 50-м перцентилем. В последнее время замедлились темпы физического развития – рост 121 см, масса тела 21, 5 кг; в течение двух месяцев потерял в массе около 2,5 кг. В течение последних 6 месяцев перенес бронхит, отит, пневмонию. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Мальчик начал получать АРВ-терапию: ретровир + эпивир + невимун (невимун 1 раз в сутки в половинной дозе).

В течение первой недели приема препаратов у мальчика появилась интенсивно выраженная сыпь на коже. В течение второй недели продолжали появляться свежие высыпания на коже, интенсивность сыпи нарастала. Все препараты отменены.

После исчезновения сыпи через 2 недели принято решение начать АРВ-терапию: ретровир + эпивир + ифавиренц.

Задание.

1. Обсудите действия членов команды по подготовке персонала интерната и ребенка к началу АРВ-терапии, распределите обязанности.

Ситуационная задача 7.5.

Девочке В.М. 9 месяцев. Девочка родилась доношенной, масса тела при рождении 3000 г, длина тела 52 см. Для профилактики передачи ВИЧ ребенку мать получала в последнюю неделю беременности и в родах ретровир; ребенок профилактику не получил.

У ребенка получен положительный результат качественного определения РНК ВИЧ

методом ПЦР в 6 месяцев, и положительные результаты ИФА в пуповинной крови и в 6 месяцев.

Масса тела 5400 г, длина тела 60 см. Перенесенные заболевания, по поводу которых ребенок находился на стационарном лечении:

- 3,5 – 4,5 месяцев – пневмоцистная (?) пневмония;
- 6 – 7 месяцев – гепатит, HbAg и антитела к HBV и HCV не обнаружены.

В 7,5 месяцев начата АРВ-терапия ретровир + эпивир + нельфинавир.

В течение первых 4-х недель прием лекарств сопровождается обильной рвотой. В возрасте 8 месяцев уровень гемоглобина 70 г/л. В возрасте 8,5 месяцев уровень гемоглобина 45 г/л. Девочка находится в отделении детской больницы в тяжелом состоянии, обусловленном сердечной недостаточностью.

Задания.

1. Какова дальнейшая тактика лечения ребенка?
2. Обсудите действия членов команды по подготовке семьи к началу АРВ-терапии ребенка, распределите обязанности.

Ситуационная задача 7.6.

Ребенок Г.Г. находится в доме ребенка. Мать отказалась от ребенка в родильном доме. Антитела к ВИЧ выявлены у матери с помощью экспресс-теста во время родов, профилактику передачи ВИЧ ребенку мать не получала, ребенок получил невирапин дважды. Ребенок недоношенный, родился в 35 недель беременности с массой тела 1940 г, длиной 46 см.

Диагноз ВИЧ-инфекции установлен на основании положительных результатов определения ДНК ВИЧ методом ПЦР в 4 и 6 месяцев.

В течение первого года жизни часто болел, отмечались ОРВИ, бронхит, отит, пневмония.

В возрасте 12 месяцев:

- масса тела 5000 г, длина 60 см,
- атопический дерматит, увеличение лимфатических узлов до 1 см, печень +3 см, селезенка +1,5 см, периодически отмечается жидкий стул, не сидит, не стоит,
- CD4⁺-Т-лимфоциты –27,2%
- общий анализ крови: гемоглобин – 109 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, тромбоциты 293×10^9 , лейкоциты – $10,7 \times 10^9$, гранулоциты – 54,1%, лимфоциты – 40,1%, моноциты – 6,8%, СОЭ – 15 мм/час,
- АлАТ – 3,03, АсАТ – 3,11, HbsAg и антитела к HCV отрицательны.

Принято решение о начале АРВ-терапии.

Задания.

1. Сформулируйте диагноз по классификации ВОЗ (2002).
2. Выберите схему АРВ-терапии.
3. Рассчитайте дозы препаратов и напишите лист назначений.
4. Обсудите действия членов команды по подготовке персонала дома ребенка к началу АРВ-терапии мальчика, распределите обязанности.

Дополнительные навыки консультирования:

- Помощь в запоминании наиболее важной информации – перефразирование, повторение, подчеркивание, подведение итогов.
- Проверка понимания родителями (опекунами) предоставленной им информации.

Достижению хорошего соблюдения режима приема препаратов способствует следующее:

- Четкое выявление взрослых членов семьи, кто будет давать ребенку лекарства.
- Мотивированность взрослых членов семьи на лечение ребенка и выполнение назначений.
- Представление о механизме действия лекарств в организме.
- Наличие листа, в котором написаны названия препаратов, количество таблеток или объем сиропа на каждый прием, время приема, взаимоотношения препаратов с приемом пищи, особые инструкции по приему и хранению препарата, возможные побочные действия препаратов, указаны даты следующего осмотра и лабораторного обследования.
- Обсуждение проблем, связанных с укладом жизни ребенка (режим сна и приема пищи, посещение школы, пристрастия в еде и др.), выявление препятствий к соблюдению режима лечения и определение путей их устранения.
- Понимание ребенком необходимости принимать лекарства, осознание важности соблюдения режима приема препаратов, представление о механизме действия лекарств (в доступной для определенного возраста форме).
- Обучение человека, на чьем попечении находится ребенок, технике дачи лекарств ребенку, обучение ребенка старше 3 – 3,5 лет принимать лекарства самостоятельно. Обучение приемам снижения неприятных вкусовых эффектов от лекарств.
- Технические приспособления:
 - листы назначений на каждую неделю, в которых есть графа, где можно отмечать выполнение назначений;
 - игры, книжки для детей о ВИЧ и АРВ-терапии;
 - специальные коробочки, в которых четко разложены таблетки на каждый прием в течение 1 недели;
 - будильники, запрограммированные подавать сигнал во время каждого приема медикаментов.
- Организация групп взаимопомощи для родителей и для детей, принимающих АРВ-терапию.

Занятие 8

Консультирование по вопросам профилактики оппортунистических инфекций

Цель занятия.

Ознакомиться:

- с понятием «оппортунистические инфекции»;
- с проявлениями наиболее часто встречающихся оппортунистических инфекций;
- с рекомендациями по специфической профилактике оппортунистических инфекций;
- с рекомендациями по неспецифической профилактике оппортунистических инфекций;

Научиться:

- осуществлять консультирование по вопросам профилактики оппортунистических инфекций у детей с ВИЧ-инфекцией, используя навыки и умения предоставления информации, а также принципы «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки».

Проявления оппортунистических инфекций

Оппортунистическими инфекциями называются болезни, которые возникают у людей с иммунодефицитом, и вызываются бактериями, вирусами, грибами или простейшими, которые являются естественными обитателями внешней среды и неопасны для других людей.

Снижение защитных свойств организма ребенка с ВИЧ-инфекцией делает его незащищенным перед обычными обитателями внешней среды – микроорганизмами, с которыми он ежедневно сталкивается, общаясь с другими людьми, домашними животными, употребляя пищу и воду, играя на улице.

Пневмоцистная инфекция

Наиболее часто пневмоцистная инфекция возникает в возрасте 4 – 6 месяцев. Передача возбудителя происходит воздушно-капельным путем от больного человека или здоровых людей, которые являются носителями пневмоцистной инфекции. Признаками

заболевания является кашель, затруднение дыхания, снижение аппетита, изменение поведения ребенка. Температура может быть как повышенной, так и нормальной.

При появлении кашля, повышении температуры, одышки следует немедленно обратиться к врачу!

Кандидоз

Грибы (кандиды) развиваются на слизистых оболочках и коже людей со сниженным иммунитетом. Проявлением инфекции являются белые налеты на слизистых оболочках, при удалении которых остаются ярко-красные пятна. Кандидоз слизистой оболочки полости рта затрудняет прием пищи и делает его болезненным, поэтому ребенок может отказываться от еды.

При наличии у ребенка налетов на слизистых оболочках полости рта или половых органов, при появлении жалоб на болезненность при жевании и глотании пищи следует немедленно обратиться к врачу!

Инфекция, вызванная микобактерией авиум

Микроорганизмы этой группы встречаются в воде открытых водоемов, аквариумов, в почве. В организм ребенка они могут попасть с водой, пищей, при уходе за аквариумными рыбками. Симптомы заболевания часто похожи на симптомы других детских болезней или кишечных инфекций— повышение температуры тела, разжиженный стул, потеря массы тела.

При повышении у ребенка температуры тела или разжижении и учащении стула следует немедленно обратиться к врачу!

Герпесвирусная инфекция

Проявлением инфекции на коже и слизистых оболочках являются болезненные пузырьки, заполненные прозрачной или мутной жидкостью. Генерализованная герпесвирусная инфекция может привести к нарушению сознания, появлению судорог, повышению температуры тела, нарушению со стороны дыхания.

При повышении температуры, отказе от еды, изменении поведения ребенка, появлении рвоты, судорогах, изменении характера дыхания, появлении кашля, резком изменении цвета кожи ребенка, появлении желтухи или высыпаний на коже и слизистых оболочках необходимо срочно обратиться к врачу!

Специфическая профилактика оппортунистических инфекций

Специфическая профилактика — это назначение лекарств с целью предотвращения возникновения или повторного развития оппортунистических инфекций.

Первичной называется профилактика, которая проводится лекарственными препаратами для предотвращения возникновения оппортунистических инфекций.

Вторичной называется профилактика, проводимая больным, уже перенесшим инфекционное заболевание, для предотвращения его повторного возникновения .

Профилактика пневмоцистной инфекции

Первичная профилактика пневмоцистной пневмонии показана всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, начиная с 4-недельного возраста до уточнения инфекционного статуса.

При доказанном отсутствии ВИЧ-инфекции у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной профилактику пневмоцистной пневмонии необходимо прекратить.

Препаратом для профилактики пневмоцистной пневмонии является триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК, торговые названия: бисептол, септрин, ориприм, суметролим). Дозу препарата и режим профилактического приема устанавливает врач.

Наиболее распространенными режимами приема ТМП/СМК для первичной профилактики пневмоцистной пневмонии являются следующие:

- ежедневный прием профилактической дозы препарата в течение трех дней в неделю; (например: понедельник, вторник, среда – прием препарата; четверг, пятница, суббота, воскресенье – перерыв);
- прием профилактической дозы препарата через день.

При уточненном инфекционном статусе, если ребенок инфицирован, решение о проведении первичной профилактики пневмоцистной инфекции принимает врач на основании состояния иммунной системы организма ребенка.

Если ребенок перенес пневмоцистную инфекцию, врач назначает курс вторичной профилактики, продолжительность которого определяется динамикой уровня CD4⁺-Т-лимфоцитов.

При назначении первичной или вторичной профилактики пневмоцистной пневмонии врач должен выдать родителям (опекунам) лист рекомендаций (назначений) на определенный период времени, в котором содержатся торговое название препарата, объем сиропа на каждый прием, схема приема по дням недели и времени суток, взаимоотношения приема препарата с приемом пищи.

Родителям рекомендуют отмечать на листе приемы препарата, то есть вести лист учета приема лекарств.

Профилактика грибковых инфекций

Детям показана только вторичная профилактика грибковых инфекций, то есть профилактика рецидивов после окончания лечения.

Профилактика туберкулеза

Профилактика туберкулеза проводится специфическими противотуберкулезными препаратами строго по назначению врача.

Неспецифическая профилактика оппортунистических инфекций

Неспецифическая профилактика оппортунистических инфекций заключается в соблюдении общегигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, которые передаются с пищей и водой, контактах с домашними животными, больными людьми и т.д.

Проводя консультирование по вопросам неспецифической профилактики оппортунистических инфекций, необходимо помнить, что оно не должно быть излишне перегруженным информацией. При подаче информации следует использовать доступный язык, преподнося ее позитивным образом. При этом важно помнить, что недопустимы критические замечания. Предложения по организации гигиенических мероприятий не должны звучать в форме приказов. Выявив во время разговора то, что мать делает правильно, необходимо похвалить ее за это.

Меры предотвращения инфекций, передающихся с пищей и водой

1. Из рациона питания ребенка необходимо исключить сырые или недоваренные яйца, включая блюда, которые их могут содержать, сырые или недоваренные мясо, птицу, морепродукты. Мясо и домашняя птица должны термически обрабатываться до полной готовности.
2. Сырое мясо, птица, морепродукты не должны соприкасаться с другими продуктами. Для их приготовления необходимо использовать отдельные разделочные доски, ножи, посуду. Руки и кухонную утварь после контакта с сырыми продуктами необходимо тщательно мыть.
3. Из рациона питания ребенка необходимо исключить непастеризованные молочные продукты.
4. Вода, которую употребляет ребенок, должна быть прокипячена не менее 1 минуты. Необходимо избегать купания в водоемах, так как заражение может произойти в результате случайного глотка воды.
5. Из рациона питания ребенка со сниженным иммунитетом необходимо исключить твердые и мягкие сыры, брынзу.
6. Сырые овощи и фрукты необходимо тщательно мыть перед употреблением; в период выраженной иммунодепрессии лучше употреблять только термически обработанные овощи и фрукты.

Меры предосторожности при контактах с домашними животными

1. Необходимо помнить, что коты являются возможными источниками инфицирования многими оппортунистическими инфекциями, в том числе и токсоплазмозом.
2. После контакта с домашними животными ребенок должен тщательно мыть руки с мылом. По возможности необходимо следить, чтобы ребенок избегал контактов с фекалиями животных. Контакт с фекалиями животных возможен при играх в песочнице или с грунтом.

3. Следует избегать игр, которые могут привести к царапинам или укусам. Если это произошло, место укуса или царапины необходимо тщательно промыть и обработать дезинфицирующим раствором (3% раствор перекиси водорода, 5% раствор йода), не допуская вылизывания животным раны или пореза.
4. Необходимо избегать контакта ребенка с домашними птицами, рептилиями (ящерицами, игуанами), экзотическими животными (например, человекообразными обезьянами), водой из аквариумов.

В то же время следует отметить, что существует мнение, что домашние животные способствуют улучшению эмоционального состояния больных. Кроме того, если животное долгое время живет в семье, расставание с ним может нанести серьезный моральный урон членам семьи, что негативно отразится и на иммунном статусе.

Если животное живет в доме, важно соблюдать некоторые правила:

3. Миски животного должны содержаться в чистоте.
4. Домашнее животное необходимо регулярно мыть. Шерсть длинношерстных животных лучше подстригать.
5. Кошачий лоток не должен стоять на кухне, а также в очень теплых местах, например, возле батарей отопления. Содержимое лотка необходимо регулярно менять, один раз в неделю – проводить дезинфекцию лотка хлорсодержащими моющими средствами.
6. Необходимо ограничить возможность доступа домашних животных к поверхностям, на которых готовят пищу или едят, с постельным бельем членов семьи. Рабочие поверхности на кухне должны регулярно обрабатываться «мягкими» дезинфицирующими растворами.
7. ВИЧ-инфицированным членам семьи необходимо избегать контактов с биологическими жидкостями животных (калом, мочой, рвотными массами, слюной). Уборку лотка или чистку клетки животного необходимо производить в перчатках, после чего сначала тщательно помыть руки, не снимая перчаток, затем, сняв перчатки, руки необходимо повторно помыть.
8. В семье ВИЧ-инфицированных с тяжелой степенью иммуносупрессии за домашними животными должны ухаживать неинфицированные члены семьи.
9. Важно ухаживать за когтями животных.
10. Домашние насекомые, мухи, блохи, а также грызуны являются переносчиками многих, в том числе и опасных, инфекционных заболеваний.

Ограничение контакта с больными людьми

Частые заболевания, серьезные инфекционные болезни «подрывают» иммунитет ВИЧ-инфицированного ребенка, способствуют снижению CD4⁺-Т-лимфоцитов и прогрессированию ВИЧ-инфекции. Поэтому ВИЧ-инфицированного ребенка нужно защищать от развития инфекционных заболеваний.

Один из методов профилактики – изоляция ВИЧ-инфицированного ребенка от больных с инфекционными заболеваниями в семье, детском коллективе.

Ситуационные задачи для закрепления навыков консультирования по вопросам специфической и неспецифической профилактики оппортунистических инфекций

Слушатели делятся на группы, каждая группа обсуждает задачу. Желательно, чтобы каждая группа была мультидисциплинарной. Слушатели распределяют обязанности членов мультидисциплинарной команды. Затем 4 группы по очереди демонстрируют свои варианты консультирования. Желательно, чтобы в каждой группе отдельное консультирование провел медицинский работник и социальный работник (представитель общественной организации).

Ситуационная задача 8.1.

Девочка Л., рожденная ВИЧ-позитивной матерью, 5 недель. Ребенок родился доношенным, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Мать получала ретровир с 34 по 38 неделю беременности, когда была произведена операция кесарево сечение; ребенок получил сироп ретровира в течение 1 недели. Находится на искусственном вскармливании.

ПЦР ребенку еще не проводилась.

В настоящее время масса тела 3 800, рост 52,5 см. Мать жалоб не предъявляет.

Для проведения первичной профилактики пневмоцистной пневмонии врач назначает ребенку сироп суметролима в дозе 0,5 чайной ложки 2 раза в день между кормлениями 3 раза в неделю (в понедельник, среду и пятницу).

Задание.

1. Обсудите обязанности членов мультидисциплинарной команды и проведите консультирование матери по вопросам проведения первичной профилактики пневмоцистной пневмонии.

Ситуационная задача 8.2.

Мальчику Н.П., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 5 месяцев. Ребенок родился доношенным, масса тела при рождении 2600 г, длина тела 47 см. Мать не получала во время беременности ретровир. Роды произошли через естественные родовые пути в сроке 38 нед. Мать получила однократно невирапин во время родов; ребенок получил сироп ретровира в течение 1 недели и однократно невирапин.

У ребенка получены положительные результаты качественного определения провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней и 3 месяцев.

В возрасте 4 недели ребенок начал получать для профилактики пневмоцистной пневмонии сироп суметролима. В возрасте 2-х месяцев ребенок перенес острый гнойный отит, по поводу которого находился в стационаре. В настоящее время в связи с появлением сухости кожи щек и высыпаний на лице мать прекратила давать ребенку суметролим.

Масса тела 4,5 кг, рост – 58 см, ребенок держит голову, но не переворачивается; CD4⁺-Т-лимфоциты – 23%.

Принято решение начать АРВ-терапию: ретровир + эпивир + вирусепт.

Задание.

1. Обсудите обязанности членов мультидисциплинарной команды и проведите консультирование матери по вопросам проведения первичной профилактики пневмоцистной пневмонии.

Ситуационная задача 8.3.

Мальчику Д.А., рожденному ВИЧ-позитивной матерью, 11 месяцев. Ребенок родился первым из двойни на 36 неделе беременности с массой тела 1 900 г через естественные родовые пути. Мать не получала ретровир во время беременности. Во время родов мать получила однократно невирапин, ребенок получил сироп невирапина однократно.

У ребенка получены положительные результаты качественного определения провирусной ДНК методом ПЦР в возрасте 4 дней и 4 месяцев.

В возрасте 1 месяца ребенок начал получать для профилактики пневмоцистной пневмонии – сироп суметролима.

В возрасте 3 месяцев ребенок находился на лечении в инфекционном отделении по поводу острого гастроэнтероколита (острая кишечная инфекция), в 4 месяца перенес острый средний гнойный отит, в возрасте 6 месяцев – острую очаговую пневмонию.

В возрасте 6,5 месяцев: масса тела 5900 г, длина тела 63; CD4⁺-Т-лимфоциты – 14%.

В настоящее время масса тела – 5300 г, длина тела – 62 см, ребенок плохо держит голову, не переворачивается, не сидит, не стоит.

Принято решение начать АРВ-терапию: ретровир + эпивир + вирасепт.

Задание.

1. Обсудите обязанности членов мультидисциплинарной команды и проведите консультирование матери по вопросам проведения первичной профилактики пневмоцистной пневмонии.

Ситуационная задача 8.4.

Девочке Т.Н., рожденной ВИЧ-позитивной матерью, 5 лет. Мать – потребитель инъекционных наркотиков, профилактику передачи ВИЧ ребенку не получала. Диагноз ВИЧ-инфекции установлен на основании положительных результатов ИФА и иммунного блота в возрасте старше 18 месяцев. Девочка находится на попечении бабушки.

В настоящее время параметры веса и роста девочки соответствует 25-м перцентильям, нервно-психическое развитие соответствовало возрасту, CD4⁺-Т-лимфоциты – 21%.

В доме в течение 7 лет живет собака. Во время прогулок девочка любит играть с кошками.

Задание.

1. Обсудите обязанности членов мультидисциплинарной команды и проведите консультирование бабушки по вопросам неспецифической профилактики оппортунистических инфекций.

Занятие 9

Консультирование по вопросам питания ВИЧ-инфицированных детей

Цель занятия

Ознакомиться:

- с потребностью ВИЧ-инфицированных детей в основных пищевых ингредиентах;
- с рекомендациями по преодолению основных проблем с питанием в связи с прогрессированием заболевания, приемом АРВ-препаратов;
- с рекомендациями по взаимосвязи приема АРВ-препаратов и питания.

Научиться:

- оценивать ситуацию по питанию ребенка;
- осуществлять консультирование по вопросам питания ВИЧ-инфицированных детей и при приеме АРВ-терапии, используя принципы «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки».

1. Рекомендации по питанию ребенка с ВИЧ-инфекцией

Достаточное питание – важная составляющая стратегии улучшения здоровья и качества жизни ВИЧ-инфицированных детей.

Для того чтобы ребенок рос и был здоровым, нужно чтобы он получал достаточное количество различных питательных веществ. Если у ВИЧ-инфицированного ребенка нет отставания в физическом развитии и серьезных заболеваний, а также у него хороший аппетит, то его питание должно быть полноценным, соответствующим его возрасту, то есть оно не должно отличаться от питания неинфицированных детей того же возраста. Важно, чтобы рацион ребенка был разнообразным: молоко и молочные продукты, мясо, рыба, яйца, крупы, овощи и фрукты (желательно в свежем виде).

Принципы здорового питания отражает «пирамида питания». Все продукты, представленные в пирамиде, расположены по принципу «светофора»: большую часть в рационе должны составлять продукты, представленные в основании пирамиды – «зеленом слое»: хлеб, макаронные изделия, крупы, картофель, продукты растительного происхождения. Они являются основой ежедневного питания человека. Следующая зона – «оранжевый слой», поделена на две половины: мясо и рыба и молочные продукты. Суточный объем продуктов, находящихся в «оранжевом слое», должен быть меньше, чем

продуктов из «зеленого слоя». На самой вершине пирамиды – «красный слой». В этой зоне находятся жиры и легко усваиваемые углеводы – продукты с высокой энергетической ценностью: масло, сахар, кондитерские изделия, сладости. Продукты этой группы нужны в небольшом количестве для обеспечения дополнительной энергией сверх того, что уже обеспечено другими группами продуктов.

При прогрессировании ВИЧ-инфекции постепенно разрушается иммунная система, что ведет к развитию инфекционных заболеваний. По мере прогрессирования заболевания возникает дилемма: возможность поступления в организм и усвоение пищи снижается, а потребность в энергии, белках и других питательных веществах возрастает.

Тошнота и плохое самочувствие снижают аппетит. Поражения слизистой оболочки полости рта, пищевода, заболевания десен делают жевание и глотание пищи болезненным. Рвота и учащенный стул приводят к нарушению всасывания в кишечнике, потере жидкости, витаминов и минеральных веществ. То есть, инфекционные заболевания (оппортунистические инфекции) приводят к нарушению поступления питательных веществ в пищеварительный тракт, затруднению их всасывания, а повышение температуры тела, учащение дыхания, увеличение частоты сердечных сокращений, рвота, понос повышают потребность организма в энергии и питательных веществах.

Нарушение поступления белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ в организм ребенка, недостаточная калорийность получаемого питания приводят к нарушению синтеза белков, что усугубляет иммунодефицит, что ведет к прогрессированию ВИЧ-инфекции (рис.2).

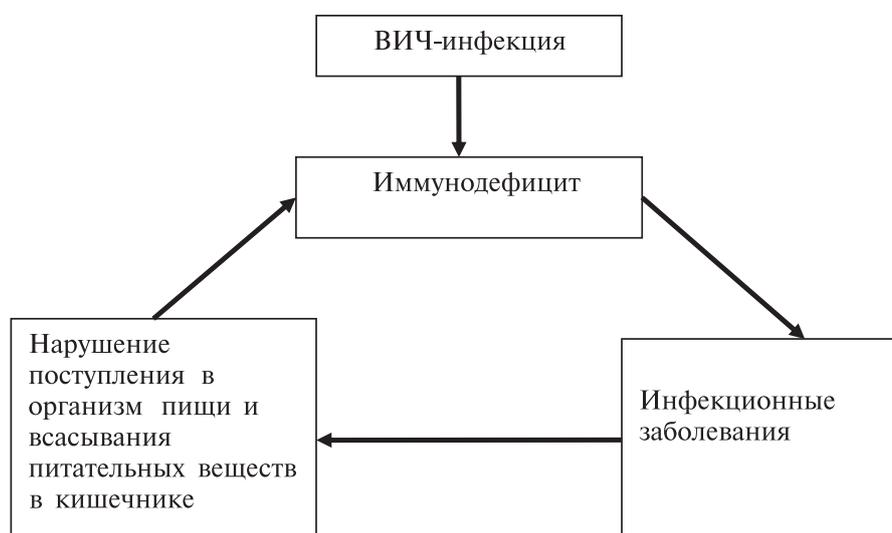


Рис 2. Взаимосвязь ВИЧ-инфекции/СПИДа и питания

Согласно рекомендациям ВОЗ (2006 г.), детям с асимптоматической ВИЧ-инфекцией рекомендовано увеличить энергетическую ценность пищи на 10%, а

при наличии симптоматики или острых инфекций – 20 – 30%, по сравнению с физиологическими потребностями по полу и возрасту.

Для того чтобы оценить достаточность питания ребенка и необходимость его коррекции, медицинские работники анализируют:

- рацион питания ребенка за последние 24 часа или дневник питания (записи матери, какую пищу ребенок ел и в какое время это происходило) за 1 – 3 суток;
- сведения, которые предоставляет мать (опекун), об аппетите ребенка, наличии тошноты, рвоты, поноса, боли в животе, непереносимости отдельных пищевых продуктов;
- динамику физического развития ребенка по шкале центильного типа и соотношению массы тела и роста;
- наличие или отсутствие заболеваний, данные лабораторных исследований.

Если ребенок получает АРВ-терапию, то оценивается правильность выполнения рекомендаций по питанию в связи с приемом препаратов.

При консультировании по вопросам питания ВИЧ-инфицированного ребенка нужно учитывать, что расчет коррекции питания и рекомендации по питанию при АРВ-терапии осуществляет врач – специалист в вопросах ВИЧ-инфекции.

Консультант без медицинского образования может давать советы по питанию при условии, что ребенок регулярно наблюдается у врача, в момент консультации у него нет серьезных острых нарушений состояния, требующих немедленной медицинской помощи.

2. Рекомендации по питанию при нарушении физического развития ребенка

Если ребенок не прибавляет в весе, теряет вес, или перестает расти, то ему необходимо повысить калорийность питания и увеличить поступление белков. При истощении и замедлении или прекращении роста ребенка калорийность питания можно повысить на 30–50% по сравнению с должествующей. Расчет дополнительного поступления калорий и белка осуществляют исходя из фактической массы тела ребенка. При снижении массы тела расчет питания можно осуществлять на массу тела 50-й процентиля для данного возраста.

Белки – важнейший компонент питания, поскольку они являются строительным материалом клеток, тканей и отдельных компонентов иммунной системы. Мясо, рыба, творог, сыр, яйца, молоко – продукты, богатые белком. Они обязательно должны входить в рацион питания ребенка. Дополнительное поступление белка достигается увеличением их количества в дневном рационе, а так же добавлением сухого молока в различные блюда (соусы, запеканки, омлеты, каши, супы). При выборе белковых продуктов нужно

учитывать, что некоторые из них могут вызывать у ребенка аллергические реакции (например, яйцо, куриное мясо, белок молока, рыба). Для усвоения белков в организме и их использования в качестве строительного материала необходима энергия, при недостаточной калорийности питания избыток белков может причинить вред здоровью ребенка.

Энергия вырабатывается в результате расщепления или биохимического преобразования жиров, углеводов и белков. Энергетическая ценность пищи определяется в калориях. Наибольшее количество калорий обеспечивают жиры. Здоровым людям рекомендуют ограничивать поступление жиров во избежание накопления избыточного веса. При прогрессировании ВИЧ-инфекции ребенку рекомендуют жирную пищу, но при этом необходимо оценивать, усваивается ли эта пища, не вызвала ли такая диета нарушения стула. Более «полезными» являются жиры растительного происхождения.

Повысить калорийность питания ребенка, увеличить поступление в его организм жиров можно следующим образом:

- Давать ребенку молочные продукты с высокой жирностью (например, молоко с содержанием жира 3,5%, йогурт с 9% жира, сметана 20 – 30% жирности).
- Добавлять в каши, овощные супы, пюре сливочное или растительное масло. Использовать для заправки салатов растительное масло, майонез или сметану высокой жирности. Предлагать к обеду хлеб с маслом.
- Повышать калорийность десертов за счет сливочных кремов, мороженого.

Дополнительное количество углеводов тоже может повысить калорийность пищи. Крупы, хлеб, картофель, другие овощи и фрукты – основной источник углеводов, они обязательно входят в рацион питания. Однако углеводы могут вызвать вздутие кишечника, разжижение стула. Чрезмерное и частое поступление легко усваиваемых углеводов (сахар, конфеты, глюкоза) требует напряженной работы поджелудочной железы, что повышает риск развития сахарного диабета. Для сохранения здоровья зубов нужно ограничивать количество потребления сладких напитков, сладостей, рафинированного сахара. Непереносимость лактозы – «молочного сахара» – может быть причиной диареи при приеме молока.

Питание ребенка должно быть полноценным и сбалансированным, то есть содержать все необходимые вещества в достаточном количестве. Кроме белков, жиров и углеводов для усвоения пищи и построения собственных клеток и тканей в организм должны поступать различные витамины и минеральные вещества. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции поступление свежих овощей и фруктов ограничивается (во избежание развития оппортунистических инфекций все овощи и фрукты ребенку дают термически обработанными), а поступление витаминов и микроэлементов обеспечивается за счет специальных пищевых добавок – сбалансированных комплексов витаминов и микроэлементов.

3. Рекомендации при снижении аппетита

Улучшению питания, повышению поступления пищи в организм больного ребенка способствует следующее:

- Давать ребенку пищу часто, но небольшими порциями (каждые 2 часа).
- Отдавать предпочтение «полезной» калорийной пище и питью. Избегать калорийной, но «бесполезной» пищи, такой как чипсы, сладкая газированная вода. Отдавать предпочтение натуральным продуктам.
- Перед началом и во время приема пищи давать ребенку пить небольшое количество воды. Это помогает избежать чувства насыщения до того, как будет съеден достаточный объем пищи.
- Если возможно, кормить ребенка за столом, а не в кровати. Создавать приятную атмосферу при кормлении (привлекательная сервировка стола, музыка, доброжелательное отношение).
- Если ребенок плохо себя чувствует, предлагать ему любимые блюда.
- Заботиться о вкусовых качествах и внешней привлекательности пищи, украшать блюда, избегать пищу с неприятным запахом и вкусом.

4. Рекомендации по питанию при тошноте, рвоте, диарее и поражении слизистой оболочки полости рта

Тошнота, рвота, диарея могут часто наблюдаться у ВИЧ-инфицированных детей. Они могут быть симптомами целого ряда инфекционных заболеваний, развиваться в результате приема АРВ-препаратов или лекарств для лечения оппортунистических инфекций, эмоционального стресса. Для выяснения причины рвоты или диареи нужно обратиться к врачу.

Общие рекомендации по питанию при тошноте:

- Давать ребенку пищу часто, но небольшими порциями (каждые 2 часа).
- Перед началом и во время приема пищи давать ребенку пить небольшое количество воды.
- Предлагать охлажденное питье с кисловатым вкусом через соломинку.
- Предлагать охлажденную пищу (охлажденный йогурт, мороженое, фрукты).

Общие рекомендации по питанию при рвоте:

- Обеспечить достаточное поступление в организм жидкости, чтобы избежать обезвоживания (кипяченая вода, чай, регидрон).
- Кормить ребенка малыми порциями, часто.
- Избегать жирной пищи (за исключением случаев рвоты у детей, которые принимают ИП).

- Избегать пищи с сильным запахом или слишком сладкой пищи.
- Предлагать охлажденное питье с кисловатым вкусом

Общие рекомендации по питанию при диарее:

- Обеспечить достаточное поступление в организм жидкости, чтобы избежать обезвоживания (кипяченая вода, чай, регидрон).
- Кормить ребенка малыми порциями, часто.
- Предлагать ребенку блюда, которые способствуют «закреплению» стула (например, отварной рис, картофель, сухари, кисель).
- Избегать жирной пищи (за исключением случаев диареи, обусловленной приемом ИП).
- Избегать пищи, которая содержит грубую клетчатку и способствует образованию газов в кишечнике (например, капуста, цветная капуста, кабачки, бобовые); не давать ребенку соки.
- Если диарея связана с непереносимостью лактозы, исключить молочные продукты.

Поражение слизистой оболочки полости рта

Поражение слизистой оболочки полости рта, как правило, возникает при иммуносупрессии. Ребенку следует давать протертую пищу с нейтральным вкусом (не кислую, не сладкую, не горькую, не соленую, не острую), комнатной температуры или охлажденную.

5. Рекомендации по питанию при анемии

Анемия (снижение гемоглобина и количества эритроцитов) часто развивается у ВИЧ-инфицированных детей. Причины развития анемии – недостаточное поступление в организм железа, белков, витаминов, инфекционные заболевания, побочное действие АРВ-препаратов.

При анемии ребенку следует давать пищу, содержащую достаточное количество белков, железа и витаминов. Очень важно, чтобы ребенок после шестимесячного возраста регулярно получал мясные блюда. В мясе, печени и рыбе содержится железо, которое хорошо усваивается. В овощах и злаках содержится железо, которое усваивается значительно хуже. Главными источниками железа растительного происхождения являются бобовые, овощи и фрукты. В присутствии мяса железо из овощей и бобовых всасывается на 50% лучше. Железо, содержащееся в коровьем молоке, всасывается плохо. Манная крупа тормозит всасывание железа. Употребление во время еды фруктовых соков с мякотью, содержащих витамин С, положительно влияет на всасывание железа. Чай снижает всасывание железа из пищи на 62%. При выявлении у ребенка анемии лечение назначает врач.

6. Рекомендации по питанию при АРВ-терапии

Пациенты должны строго соблюдать рекомендации по приему АРВ-препаратов и пищи. Нарушение инструкций по питанию может привести либо к снижению концентрации препаратов в крови и развитию лекарственной резистентности ВИЧ, либо к повышению концентрации препарата в крови и усилению токсических побочных эффектов.

Родителям (опекунам) следует посоветовать, как «замаскировать» неприятный вкус лекарств, и рекомендовать то, что облегчит прием лекарства ребенком. Нужно обращать внимание консультируемых на соблюдение условий хранения препаратов.

Рекомендации по приему и хранению препаратов

Принимать натощак (на пустой желудок)	
Диданозин Видекс® , или Видекс ЕС® (ddI)	<p>Прием пищи уменьшает всасывание на 55%. Принимать за 30 мин до еды, или через 2 ч после еды. Не запивать кислыми соками. Раствор для применения внутрь хорошо встряхивать перед употреблением и хранить в холодильнике; смесь пригодна к употреблению в течение 30 дней. При приеме жевательных таблеток для обеспечения надлежащего действия буфера, входящего в состав лекарственного препарата, необходим прием, по меньшей мере, двух таблеток (т.е., если детская доза 50 мг, следует принимать две таблетки по 25 мг, а не 1 таблетку по 50 мг)</p>
Индинавир Криксиван® (IDV)	<p>Принимать за 1 ч до еды или через 2 ч после еды (или можно принимать с легкой нежирной пищей с низким содержанием белков). Принимать отдельно от видекса с буфером (интервал 1 ч); с видексом ЕС можно принимать вместе. Для снижения риска образования камней в почках – обильное питье. Не запивать виноградным или фруктовыми соками. Хранить при комнатной температуре. Капсулы чувствительны к влаге – хранить в фабричной упаковке с осушающим веществом</p>
Принимать во время еды (с пищей)	
Нельфинавир Вирасепт® (NFV)	<p>Принимать с жирной пищей. Принимать за 2 ч до или через 1 ч после видекса. Порошок можно смешивать с водой, молоком, мороженым или молочной смесью (срок хранения до 6 ч). Не смешивать с кислой едой или соком, получается плохой вкус. Не наливать воду в бутылочку с порошком; порошок плохо растворяется. Таблетки легко растворяются в воде и смешиваются с молоком или какао; таблетки также можно измельчать и принимать с едой. Хранить при комнатной температуре</p>

<p>Тенофовир Виреад® (TDF)</p>	<p>Всасывание увеличивается при приеме жирной пищи. Принимать во время еды</p>
<p>Ритонавир Норвир® (RTV)</p>	<p>Интервал между приемами с видеком 2 ч. Принимать с пищей, это может улучшить переносимость. Для повышения переносимости детьми перед приемом: а) смешивать раствор для применения внутрь с молоком, какао или мороженым; б) сосать лед, мороженое, или частично замороженный апельсиновый или виноградный сок; в) защищать полость рта арахисовым маслом; г) после приема дать сыр или жевательную резинку. Хранить капсулы в холодильнике; раствор для приема внутрь – при комнатной температуре в течение 30 дней</p>
<p>Лопинавир/ Ритонавир Калетра™ (LPV/r)</p>	<p>Жирная пища повышает усвоение: капсулы – на 48%, раствор – на 80%. Принимать с пищей. Принимать за 2 ч до или через 1 ч после видекса. Раствор для приема внутрь содержит 42% алкоголя. Хранить в холодильнике – весь срок годности, при комнатной температуре – до 2 мес</p>
<p>Прием препаратов не зависит от приема пищи</p>	
<p>Зидовудин (азидотимидин) Ретровир® (ZDV, AZT)</p>	<p>Можно принимать во время еды (с низким содержанием жира), но лучше за 30 мин до или через 1 ч после еды. Жирная пища уменьшает концентрацию препарата в плазме. Дети старшего возраста плохо переносят большой объем сиропа, им лучше давать препарат в таблетках. Не применять совместно со ставудином. Контролировать общий анализ крови (по назначению врача)</p>
<p>Ставудин Зерит® (d4T)</p>	<p>Прием не зависит от времени приема пищи. Не применять совместно с зидовудином. Раствор для применения внутрь перед употреблением взбалтывать, хранить в холодильнике; раствор остается стабильным в течение 30 дней</p>
<p>Ламивудин Эпивир® (3TC)</p>	<p>Можно принимать как во время еды, так до или после еды. Раствор для применения внутрь следует хранить при комнатной температуре</p>
<p>Абакавир Зиаген™ (ABC)</p>	<p>Прием не зависит от времени приема пищи.</p>

<p>Невирапин Вирумун® (NVP)</p>	<p>Прием не зависит от времени приема пищи. Суспензию следует встряхивать перед употреблением; хранить при комнатной температуре. Контролировать функцию печени (по назначению врача)</p>
<p>Ифавиренц Сустива™ (EFV)</p>	<p>Жирная пища увеличивает концентрацию препарата в крови. При приеме с жирной пищей могут усиливаться побочные действия. Можно принимать во время еды, но нужно избегать приема с очень жирной пищей. Содержимое капсул можно добавлять в питье или еду. Обладает перечным вкусом, для его маскировки используют виноградное желе. Принимать на ночь в течение первых 2 – 4 нед лечения для снижения побочного воздействия на ЦНС</p>

Оценка ситуации по питанию

Консультирование по вопросам питания начинается с оценки ситуации, которая включает сбор сведений о рационе питания ребенка за последние сутки, о жалобах матери (опекуна), об аппетите ребенка, наличии тошноты, рвоты, поноса, боли в животе, непереносимости отдельных пищевых продуктов. Важную информацию о состоянии ребенка можно получить, оценив динамику физического развития ребенка по шкале центильного типа и соотношению массы тела и роста. При консультировании нужно учитывать возрастные особенности питания ребенка, стадию заболевания. Особого внимания заслуживает оценка соблюдения рекомендаций по питанию при приеме АРВ-препаратов.

Рекомендации, оценивающие ситуацию по питанию

- Называйте мать (опекуна) и ребенка по имени. Будьте доброжелательны.
- Попросите мать (опекуна) рассказать о себе и ребенке то, что она сама хочет. Чтобы поощрить рассказ матери (опекуна), используйте навыки «Слушать и узнавать».
- Посмотрите в карту физического развития ребенка; оценка физического развития поможет выявить важные факты о состоянии здоровья ребенка и круг необходимых вопросов.
- Задавайте вопросы, которые позволят выявить проблемы с питанием.
- Задавая вопросы и отвечая на вопросы матери, избегайте критических оценок и замечаний. Не спрашивайте: «Почему вы даете (не даете) ребенку ...?». Лучше спросите: «Что привело вас к решению давать (не давать) ребенку...?». Используйте навыки «Формирование уверенности и оказание поддержки», принимайте все, что говорит мать (опекун), хвалите за все, что мать (опекун) и ребенок делают правильно, проявляйте эмпатию.
- Предоставляйте рекомендации в виде предложений, а не команд.

Карта оценки ситуации по питанию

	Группы вопросов	Что нужно выяснить
1.	Персональные данные ребенка	Имя ребенка Пол Возраст Масса тела (вес) и рост, карта физического развития Стадия заболевания (количество/процент CD4 ⁺ -Т-лимфоцитов, если известно)
2.	Причина консультации	Жалобы матери (опекуна) Что беспокоит мать (опекуна)
3.	Питание ребенка за последние сутки (или дневник питания за последние 3 суток)	Сколько раз ел В какое время ел Что ел, объем (количество) пищи Как ел (самостоятельно, кормили) Какой у ребенка аппетит Как переносит отдельные продукты
4.	Состояние и поведение ребенка	Как чувствует ребенок На что жалуется ребенок Чем и когда болел Как изменилось самочувствие и поведение в последнее время Отмечались ли тошнота, отрыжка, рвота, вздутие живота, если да, то в какое время, и после чего. Какой характер стула Как часто мочится Как спит
5.	Рекомендации врача (медицинского работника)	Есть ли лист рекомендаций или карточка ребенка Что рекомендовали ребенку Как конкретно выполняется каждая рекомендация
6.	АРВ-терапия (если проводится)	Лист назначений (рекомендаций) врача Какие препараты получает В какое время дают лекарства Как выполняет рекомендации по приему пищи в связи с приемом лекарств Что делают, чтобы замаскировать неприятный вкус лекарств
7.	Семья и социальные проблемы	Кто ухаживает за ребенком Кто из членов семьи работает, материальное положение семьи Кто помогает в уходе за ребенком Отношение членов семьи к питанию ребенка Возможность обеспечения ребенка необходимым питанием

Занятие 10

Текущее консультирование во время проведения антиретровирусной терапии у детей

<p>Цель занятия</p> <p>Ознакомиться:</p> <ul style="list-style-type: none"> • как оценивать эффективность и безопасность лечения, контролировать соблюдение режима АРВ-терапии; • с типичными проблемами, возникающими при проведении детям АРВ-терапии и путями их решения. <p>Научиться:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценивать ситуацию при проведении АРВ-терапии у детей; • осуществлять консультирование во время проведения АРВ-терапии у детей, используя принципы «Слушать и узнавать» и «Формирование уверенности и оказание поддержки».

Оценка ситуации и особенности консультирования во время проведения АРВ-терапии у детей

Процесс консультирования схематично представлен на рис 3.



Рис. 3. Порядок действий в процессе консультирования

Текущее консультирование по вопросам проведения АРВ-терапии начинается с оценки ситуации, которая включает сбор сведений об эффективности и безопасности лечения, а также о соблюдении режима приема препаратов.

Рекомендации, как оценивать ситуацию при проведении ребенку АРВ-терапии

- Называйте мать (опекуна) и ребенка по имени. Будьте доброжелательны.
- Попросите мать (опекуна) рассказать о себе и ребенке то, что она сама хочет. Спросите: «Как дела?», «Как проходит лечение ребенка?». Чтобы поощрить рассказ матери (опекуна) используйте навыки «Слушать и узнавать».
- Чтобы консультировать по вопросам АРВ-терапии, необходимо знать какие препараты, в какой форме и дозе назначены ребенку, и как их следует принимать, то есть необходим лист рекомендаций.
- Посмотрите в карту физического развития ребенка; оценка физического развития поможет выявить важные факты о состоянии здоровья ребенка и позволит определить необходимые для обсуждения вопросы.
- Задавая вопросы и отвечая на вопросы матери, избегайте критических оценок и замечаний. Не спрашивайте: «Почему вы даете (не даете) ребенку ...?». Лучше спросите: «Что привело вас к решению давать (не давать) ребенку...?». Используйте навыки «Формирование уверенности и оказание поддержки», принимайте все, что говорит мать (опекун), хвалите за все, что мать (опекун) и ребенок делают правильно, проявляйте эмпатию.
- Предоставляйте рекомендации в виде предложений, а не команд.

Оценив эффективность и безопасность лечения, а так же соблюдение режима и условий приема лекарств, консультант предоставляет рекомендации или дает советы (на основании информации, содержащейся в занятиях 5 – 8), используя навыки консультирования «Формирование уверенности и оказание поддержки».

Карта оценки ситуации при проведении ребенку АРВ-терапии

Показатели, которые требуют оценки	Что нужно выяснить и как это выяснить
1. Персональные данные ребенка	Имя ребенка Пол Возраст Схема и длительность АРВ-терапии
2. Причина консультации	Жалобы матери (опекуна) Что беспокоит мать (опекуна)
I. Оценка эффективности лечения	
3. Динамика роста и массы тела ребенка	Посмотреть карту физического развития ребенка и оценить динамику роста и массы тела

4.	Динамика нервно-психического развития ребенка	Как развивается ребенок. Что нового он научился делать (по возрасту) Какое настроение у ребенка Как двигается ребенок и насколько он активен
5.	Состояние здоровья ребенка	Как чувствует себя ребенок На что жалуется ребенок Чем и когда болел ранее и за последнее время (со дня последней встречи)
6.	Лабораторные показатели эффективности лечения	Когда проводились последние исследования количества/процента CD4 ⁺ -Т-лимфоцитов и вирусной нагрузки (если известно), и что сказал врач о результатах
II. Оценка безопасности лечения¹		
7.	Проявление побочных эффектов	Как изменилось самочувствие и поведение ребенка в последнее время Как изменился внешний вид ребенка
8.	Лабораторный мониторинг побочного действия лекарств	Когда проводились последние лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимические исследования крови), и что сказал врач об их результатах
III. Оценка приверженности лечению²		
9.	Количественная оценка выполнения назначений.	Оценивается по следующей формуле $(A - B) : A \times 100\%$, где A – количество таблеток, которые необходимо было принять за 4 недели; B – количество оставшихся (не принятых) таблеток за 4 недели
10.	Техника дачи/приема лекарств	Как удастся давать ребенку лекарства Как ребенок пьет лекарства Какие проблемы возникают при приеме лекарств
11.	Время приема лекарств	Как соблюдается время приема лекарств Случаются ли опоздания в приеме лекарств
12.	Условия приема лекарств	Как соблюдаются рекомендации по приему лекарств и питанию
13.	Условия хранения лекарств	Как соблюдаются рекомендации по хранению лекарств
14.	Семья и социальные проблемы	Кто ухаживает за ребенком Кто дает ребенку лекарства и кто помогает Какие трудности возникают в связи с лечением Отношение членов семьи к лечению ребенка Возможность обеспечения ребенка необходимым питанием
<p><i>Примечание:</i> 1. Для оценки состояния здоровья ребенка и выявления побочного действия лекарств задают одинаковые вопросы, т.е можно объединить пункты 5 и 7, 6 и 8; однако ответы на эти вопросы нужно различать.</p> <p>2. Если есть отличия в правилах приема препаратов, то нужно контролировать их соблюдение отдельно.</p>		

Занятие 11

Профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях и организованных коллективах

Цель занятия:

Ознакомиться:

- с информацией о риске инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи и уходе за детьми с ВИЧ-инфекцией;
- с универсальными мерами предосторожности при контактах с кровью;
- с понятием и сутью постконтактной профилактики;

Обсудить возможность пребывания детей с ВИЧ-инфекцией в организованных детских коллективах.

Профессиональный риск инфицирования ВИЧ

Профессиональный риск инфицирования ВИЧ и другими возбудителями заболеваний, передающихся через кровь и другие биологические жидкости существует у медицинских работников (персонала государственных и негосударственных медицинских учреждений, в том числе лабораторий, сотрудников бригад скорой помощи, студентов медицинских учебных заведений) и сотрудников служб общественной безопасности (милиционеров, сотрудников исправительных учреждений, членов спасательных бригад, добровольцев и т. д.), которым по роду своей деятельности приходится контактировать с людьми или кровью и другими биологическими жидкостями.

У немедицинского персонала детских учреждений, представителей ряда других профессий вероятность контакта с кровью и другими биологическими жидкостями при выполнении служебных обязанностей существенно ниже, чем у медиков. Риск заражения возбудителями заболеваний, передающимися через кровь и другие биологические жидкости, возникает при травмах, нарушающих целостность кожи.

Контакты, связанные с риском инфицирования ВИЧ:

- повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом); попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу;
- длительный (несколько минут и более) или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с кровью или другими биологическими жидкостями.

К биологическим жидкостям, контакт с которыми может привести к инфицирова-

нию ВИЧ, относятся:

- кровь;
- сперма;
- выделения из влагалища;
- любые биологические жидкости с примесью крови;
- культуры или среды, содержащие ВИЧ;
- синовиальная жидкость;
- цереброспинальная жидкость;
- плевральная жидкость;
- перитонеальная жидкость;
- перикардальная жидкость;
- амниотическая жидкость.

К биологическим жидкостям, контакт с которыми не может привести к инфицированию ВИЧ, относятся:

- каловые массы;
- выделения из носа;
- мокрота (за исключением случаев, когда мокрота содержит примесь крови);
- пот;
- слезная жидкость;
- моча;
- рвотные массы;
- слюна (за исключением стоматологических манипуляций, во время которых к слюне часто примешивается кровь).

Универсальные меры предосторожности при контактах с биологическими жидкостями

Универсальные меры предосторожности — это комплекс мероприятий, направленный на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками через контакт с кровью и другими биологическими жидкостями.

Выявить всех пациентов с инфекциями, передающимися через кровь, невозможно. Поэтому в основу мероприятий по защите медицинских работников от ВИЧ и других возбудителей положен принцип — *относиться ко всем пациентам как к потенциально инфицированным*.

Выполнение универсальных мер предосторожности подразумевает, что кровь и биологические жидкости *всех* пациентов следует считать потенциально опасными, контакт с которыми может привести к инфицированию, и при работе с ними *всегда* предпринимать соответствующие меры защиты, а не полагаться на собственную проницательность в отношении принадлежности того или иного пациента к группе «высокого риска».

Во избежание заражения передающимися с кровью инфекциями следует избегать:

- травм от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;
- попадания крови и других биологических жидкостей на слизистые оболочки полости рта, носа, глаз, на поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);
- прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями.

В целях защиты от инфицирования следует применять:

- Защитные приспособления для изоляции предметов, представляющих собой источник инфекций, передающихся с кровью (например, жесткие герметичные контейнеры для использованных игл и острых инструментов, которые должны удобно располагаться на рабочем месте и своевременно, без переполнения, заменяться; безопасные самозачехляющиеся иглы, безыгольные системы для внутривенных инфузий).
- Безопасные технологии для выполнения различных манипуляций с наименьшим риском (в том числе безопасное обращение с использованными иглами, исключая надевание колпачков двумя руками, сгибание и другие манипуляции с иглами).
- Индивидуальные средства защиты, в том числе перчатки, непромокаемые халаты, средства защиты лица и глаз (маски, очки, экраны).

Для того чтобы предотвратить заражение передающимися с кровью инфекциями, медицинские работники должны ***соблюдать следующие меры предосторожности:***

- Избегать растекания, расплескивания и разбрызгивания крови и других биологических жидкостей.
- Мыть руки сразу (или при первой возможности) после снятия перчаток или других средств индивидуальной защиты.
- При попадании крови или другого потенциально инфицированного материала на кожу немедленно (или при первой возможности) вымыть руки и загрязненные участки водой с мылом, при попадании на слизистые оболочки — сразу промыть их водой.
- Мыть руки с мылом под проточной водой. Если проточной воды нет, использовать антисептический раствор для рук и чистые полотенца или антисептические салфетки, после чего при первой же возможности вымыть руки обычным образом.
- Не перекладывать использованные иглы и не надевать на них колпачки без крайней необходимости, использовать для этого инструменты, исключая прямой контакт с иглой, или делать это одной рукой.
- Загрязненные режущие и колющие инструменты многократного использования

сразу (или при первой возможности) помещать в жесткие влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные или помеченные определенным цветом контейнеры для последующей обработки.

- Размещать контейнеры для использованных острых инструментов так, чтобы ими было удобно пользоваться, и они не могли опрокинуться.
- Своевременно заменять контейнеры для режущих и колющих инструментов, не допуская их переполнения.
- Контейнер с использованными режущими и колющими инструментами перемещать только тщательно закрытым. Если возможна протечка, контейнер поместить внутрь другого контейнера.
- Образцы биологических жидкостей помещать в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден, поместить его внутрь другого контейнера.
- Перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного кровью или другими биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать. Если дезинфекция невозможна, в сопроводительном листе указать загрязненные элементы.
- Помещать все использованные одноразовые материалы во влагонепроницаемые закрывающиеся контейнеры.
- Свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры; влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

Запрещается:

- Принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с кровью или другими биологическими жидкостями.
- Хранить пищу и напитки в холодильниках или других местах, где хранятся образцы крови и других биологических жидкостей и тканей.
- Насасывать ртом в пипетки кровь и другие биологические жидкости.
- Поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями.
- Сгибать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами, если можно этого не делать, или это не обусловлено требованиями медицинской манипуляции.
- Доставать что-либо руками из контейнеров для использованных многоразовых колющих и режущих инструментов, вручную открывать, опорожнять или мыть эти контейнеры.

Мероприятия по снижению риска инфицирования инфекциями, передающимися с кровью.

1. Обучение медицинского персонала и других лиц, которые в ходе выполнения своих обязанностей могут контактировать с биологическими жидкостями.

Лица, которые могут иметь контакт с биологическими жидкостями при исполнении служебных обязанностей, должны знать о профессиональном риске инфицирования и осознавать необходимость соблюдения универсальных мер предосторожности при работе со всеми биологическими жидкостями, в любых ситуациях. Весь персонал медицинских учреждений (как медицинский, так и немедицинский) должен регулярно проходить инструктаж по технике безопасности. Обучение универсальным мерам предосторожности должно быть также обязательной частью инструктажа медицинских работников при приеме на работу.

2. Сокращение числа манипуляций, при которых возможен контакт с биологическими жидкостями.

Следует избегать неоправданных инвазивных вмешательств. Это правило медицинские работники должны знать и выполнять, в том числе избегать неоправданных переливаний крови (если можно обойтись инфузионными растворами), инъекций (если препараты можно назначить внутрь), наложения швов (например, стараясь избегать эпизиотомий) и т.д. Стандартные схемы лечения должны включать лекарственные формы препаратов для приема внутрь во всех случаях, когда это возможно.

3. Обеспечение необходимым оборудованием.

Медицинские учреждения должны быть обеспечены необходимым оборудованием и расходными материалами в соответствии со стандартами инфекционного контроля. Нормой для всех медицинских учреждений должно стать наличие одноразовых шприцев и систем для инфузий в количестве и ассортименте, отвечающем их потребностям, наличие дезинфектантов и контейнеров для колющих и режущих медицинских инструментов. Особое внимание следует уделить обеспечению медицинских учреждений индивидуальными средствами защиты.

4. Организация внутреннего распорядка.

Необходимо организовать работу так, чтобы утилизация отходов медицинских учреждений соответствовала государственным стандартам. В инструкциях и циркулярах, действующих в конкретном медицинском учреждении, необходимо отразить правила использования оборудования, порядок прохождения персоналом инструктажа и порядок надзора. В случае контакта с ВИЧ-инфицированным материалом медицинскому работнику должны быть обеспечены консультирование, АРВ-профилактика, дальнейшее наблюдение и другие необходимые виды помощи.

Постконтактная профилактика

Постконтактная профилактика (ПКП) представляет собой короткий курс приема АРВ-препаратов с целью снижения риска развития ВИЧ-инфекции после возможного инфицирования (произошедшего при исполнении служебных обязанностей, при половом контакте или других обстоятельствах).

В медицинских учреждениях ПКП должна входить в универсальный перечень мероприятий по защите персонала от инфицирования на рабочем месте.

ПКП следует проводить также лицам, подвергшимся не профессиональному риску инфицирования ВИЧ, в том числе подвергшимся случайному или намеренному уколу инфицированной иглой, потребителям инъекционных наркотиков при случайном использовании загрязненного шприца и жертвам сексуального насилия.

ПКП должна предоставляться во всех медицинских учреждениях, в которых существует профессиональный риск заражения ВИЧ. Для этого необходимо создать запас комплектов АРВ-препаратов и предоставить медицинским работникам возможность немедленно проконсультироваться у специалиста.

Областные Центры по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом должны оказывать консультативную помощь медицинским учреждениям по вопросам ПКП, а также проводить ПКП в случаях контакта, не связанных с выполнением служебных обязанностей (половых контактах и проч.).

ПКП после профессионального контакта с кровью или биологическими жидкостями

Риск инфицирования

После проникающего контакта с ВИЧ-инфицированной кровью (при уколе иглой, порезе) риск заражения в среднем составляет приблизительно 0,3% (95% доверительный интервал: 0,2—0,5%).

Риск инфицирования после попадания ВИЧ-инфицированной крови на неповрежденные слизистые составляет примерно 0,09% (95% доверительный интервал: 0,006—0,5%).

Риск инфицирования после контакта неповрежденной кожи с ВИЧ-инфицированной кровью или контакта с другими биологическими жидкостями не установлен.

Показания к ПКП

- Повреждения кожи острым предметом (укол полый иглой или режущим инструментом, порез осколком стекла), загрязненным кровью, жидкостью с видимой примесью крови или другим потенциально инфицированным материалом, или иглой из вены или артерии больного.
- Укушенная рана, если укус сделан ВИЧ-инфицированным с заметным

источником кровотечения во рту.

- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на слизистые оболочки (рот, нос, глаза).
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на поврежденную кожу (например, при наличии дерматита, участков обветренной кожи, потертостей или открытой раны).

Порядок действий

- Сразу после контакта с кровью и другими биологическими жидкостями промыть загрязненные участки кожи (в том числе поврежденные) водой с мылом, а загрязненные слизистые оболочки промыть чистой водой.
- Оценить риск инфицирования ВИЧ при произошедшем контакте (учесть вид биологической жидкости и интенсивность контакта).
- Обследовать на ВИЧ пациента, с биологическими жидкостями которого контактировал медицинский работник. Обследование таких лиц проводится только после получения информированного согласия; оно должно включать консультирование и, при необходимости, направление на получение помощи. Необходимо соблюдать конфиденциальность. Следует провести стандартный экспресс-тест на антитела к ВИЧ и как можно быстрее выяснить результаты тестирования.
- При контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного пациента (или пациента, у которого высока вероятность ВИЧ-инфекции) провести ПКП.
- Клиническое обследование и тестирование на ВИЧ пострадавшего медицинского работника следует проводить только после получения информированного согласия.
- Консультант должен провести беседу о снижении риска инфицирования на рабочем месте, проанализировав вместе с пострадавшим медицинским работником последовательность событий, предшествовавших контакту. Беседу следует вести деликатно, ни в коем случае не осуждая пострадавшего.
- Подготовить отчет о контакте с потенциально инфицированным материалом.

Тактика предоставления ПКП

В зависимости от результатов тестирования на ВИЧ следует предпринять следующие действия:

- Если у пациента – возможного источника инфекции получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, то медицинский работник в ПКП не нуждается.
- Если у медицинского работника результат тестирования положительный, то он не нуждается в ПКП, но его следует направить к специалистам для

дальнейшего консультирования и получения необходимой помощи по поводу ВИЧ-инфекции.

- Если у медицинского работника результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у пациента, который является возможным источником инфекции положительный, то медицинскому работнику проводят четырехнедельный курс АРВ- профилактики, во время которого отслеживают возможные побочные эффекты. Через 1, 3 и 6 месяцев после контакта повторяют тестирование на ВИЧ. Если у медицинского работника за этот период произойдет сероконверсия, то ему предоставляют необходимую помощь, в том числе консультирование, направление к специалисту по ВИЧ-инфекции и долгосрочное лечение ВИЧ-инфекции. Если в течение полугода после контакта сероконверсии не происходит, медицинскому работнику сообщают, что у него нет ВИЧ-инфекции.
- Если определить ВИЧ-статус пациента – возможного источника инфекции невозможно, то его считают ВИЧ-инфицированным и выполняют рекомендации, изложенные в предыдущем пункте.
- Медицинский работник должен быть информирован о необходимости использования презервативов в течение 6 месяцев после контакта.
- Следует выяснить иммунный статус медицинского работника в отношении гепатита В; если он не иммунизирован, провести пассивную или активную иммунопрофилактику гепатита В.

ПКП после полового контакта

Риск заражения ВИЧ при половом контакте оценивается как 0,1–3,0% для пассивного партнера при анальном сношении, 0,1–0,2% для женщины и 0,03–0,09% для мужчины при вагинальном сношении. Недавно проведенные исследования показали, что риск может быть даже меньше, особенно если у ВИЧ-инфицированного полового партнера низкая вирусная нагрузка.

Пока не накоплено достаточно данных в пользу проведения АРВ-профилактики после случайного полового контакта. Однако в ситуации, когда имело место совращение или изнасилование, рекомендуется, чтобы жертва насилия прошла ПКП в соответствии с изложенными выше рекомендациями для профессионального контакта. Очень важно попытаться установить ВИЧ-статус насильника. Если это невозможно, то считают насильника ВИЧ-инфицированным и жертве насилия проводят АРВ-профилактику согласно изложенным ниже рекомендациям. В случае изнасилования очень важно, чтобы жертве насилия была оказана необходимая поддержка и проведено консультирование, в том числе по вопросам профилактики заболеваний, передающихся половым путем, беременности и юридическим вопросам.

Дальнейшая тактика ПКП определяется ВИЧ-статусом насильника:

- Если у насильника получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, или в случае, если у жертвы насилия – положительный, то АРВ-профилактику прекращают и выдают направления к специалистам для дальнейшего консультирования и получения необходимой медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции.

- Если у жертвы насилия результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у насильника – положительный или неустановленный, то проводят полный четырехнедельный курс АРВ-профилактики.

В определенных ситуациях может произойти единичный контакт, связанный с высоким риском инфицирования ВИЧ, например, случайный или умышленный укол иглами, загрязненными кровью. В таких случаях пострадавшему также предоставляют ПКП в соответствии с тактикой, принятой при профессиональном контакте.

АРВ-профилактика

ПКП АРВ-препаратами необходимо начать как можно раньше, лучше всего в первые 2 часа после контакта, но не позже, чем через 72 часа. Врач, назначающий ПКП, должен обеспечить пациента комплектом АРВ-препаратов, рассчитанным на полный курс химиопрофилактики.

Для ПКП АРВ-препаратами предпочтительно назначать одну из схем ВААРТ. При выборе схемы необходимо учитывать, какие АРВ-препараты принимал пациент – источник инфекции, а также возможную перекрестную резистентность АРВ-препаратов. Выбор препаратов зависит и от их наличия в медицинском учреждении. Если есть показания к ПКП, необходимо организовать консультацию специалиста по ВИЧ-инфекции или другого специалиста, имеющего опыт проведения ПКП.

Показания к началу АРВ-профилактики

1. Профессиональный контакт с инфицированным ВИЧ материалом
2. Прочие контакты, связанные с риском инфицирования ВИЧ:
 - единичный контакт с потенциально инфицированным ВИЧ материалом в предшествующие 72 часа;
 - половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером из группы высокого риска.

Тактика АРВ-профилактики

1. Начать АРВ профилактику в первые часы после контакта (обязательно в первые 72 часа).
2. Назначить комбинированную терапию тремя препаратами курсом на 4 недели:
 1. Первые два препарата: зидовудин + ламивудин:
 - а) зидовудин 300 мг внутрь 2 раза в сутки плюс
 - б) ламивудин 150 мг внутрь 2 раза в сутки.
 2. Третий препарат (выбрать из ИП):

- а) нелфинавир 750 мг внутрь 3 раза в сутки, или
- б) нелфинавир 1250 мг внутрь 2 раза в сутки, или
- в) лопинавир/ритонавир 400/100 мг внутрь 2 раза в сутки, или
- г) саквинавир/ритонавир 1000/100 мг внутрь 2 раза в сутки, или

3. Альтернативные препараты:

- а) вместо зидовудина можно назначить ставудин: 40 мг внутрь 2 раза в сутки, если масса тела ≥ 60 кг, или 30 мг внутрь 2 раза в сутки, если масса тела < 60 кг;
- б) вместо ламивудина можно назначить диданозин: 400 мг внутрь 1 раз в сутки, если масса тела ≥ 60 кг, или 250 мг внутрь 1 раз в сутки, если масса тела < 60 кг.

3. Провести лабораторные исследования с целью выявления противопоказаний к АРВ-препаратам и определения исходных показателей для дальнейшей оценки побочных эффектов лечения:

- 1. Тест на беременность
- 2. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов
- 3. Биохимические показатели функции печени (активность АСТ, АЛТ, ЩФ и уровень билирубина).

Примечания

Если источником контакта был ВИЧ-инфицированный, то при выборе схемы для ПКП следует учесть, какие АРВ-препараты он принимал раньше и принимает сейчас, данные о его вирусной нагрузке, генотипической и фенотипической резистентности (если есть). Необходимо проконсультироваться у специалиста по ВИЧ-инфекции.

Препараты класса ННИОТ следует назначать только в следующих случаях:

- 1) при непереносимости нелфинавира, лопинавира/ритонавира и индинавира;
- 2) если источником контакта был ВИЧ-инфицированный пациент с установленной резистентностью ВИЧ к другим АРВ-препаратам, но с сохраненной чувствительностью к ННИОТ. Недавно появились сообщения о гепатотоксичности невирапина у людей, получавших ПКП, поэтому невирапин рекомендуется назначать только в случаях, когда ННИОТ или ИП по тем или иным причинам применять нельзя. Настоятельно рекомендуется проконсультироваться у специалиста по ВИЧ-инфекции. Если пострадавший, взвесив все «за» и «против», решает принимать невирапин, необходимо тщательно наблюдать за его состоянием, чтобы своевременно выявить побочные эффекты. В частности, следует определить активность печеночных ферментов перед началом лечения и спустя 2 и 4 недели, а также при появлении выраженных общих симптомов, в том числе лихорадки, сыпи, потери аппетита или боли в животе. Ифавиренц не назначают лицам детородного возраста,

планирующим рождение ребенка в будущем, поскольку в экспериментах на животных был установлен тератогенный эффект этого препарата, также были зарегистрированы единичные случаи пороков развития плода у людей. Побочные действия ифавиренца на ЦНС, которые часто наблюдаются в первое время лечения, могут временно снизить трудоспособность.

II. Ситуационные задачи для обсуждения порядка постконтактной профилактики

Ситуационная задача 11.1.

Во время забора крови из вены у ВИЧ-инфицированного ребенка медицинская сестра проколола палец (через перчатку) загрязненной кровью полый иглой от шприца.

Задание.

1. Обсудите порядок действий по постконтактной профилактике.

Ситуационная задача 11.2.

Социальный работник находился на рабочем месте в приюте. Во время оказания помощи бомжу с приступом эпилепсии окрашенная кровью слюна клиента попала в глаз социальному работнику. ВИЧ-статус клиента не известен.

Задание.

1. Обсудите порядок действий по постконтактной профилактике.

Ситуационная задача 11.3.

На пляже ребенок наколол ногу загрязненной кровью полый иглой от шприца.

Задание.

1. Обсудите порядок действий по постконтактной профилактике.

Занятие 12

Защита прав детей с ВИЧ-инфекцией

Цель занятия

Ознакомиться:

- с основными положениями Конвенции о правах ребенка;
- с существующей нормативно-правовой базой, регулирующей вопросы защиты прав детей с ВИЧ-инфекцией

Обсудить проблему жестокого обращения с ребенком в контексте ВИЧ-инфекции.

Конвенция о правах ребенка

Конвенция о правах ребенка является первым в мировой истории всеобъемлющим документом, касающимся прав детей. Конвенция о правах ребенка была принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г., ратифицирована Постановлением Верховной Рады Украины № 789-12 от 27 февраля 1991 г.

Конвенция о правах ребенка:

- *является всеобъемлющим документом* – единый документ, который обеспечивает гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права детей;
- *является универсальным документом* – относится ко всем детям во всех странах;
- *является безусловным документом* – обращается ко всем государствам и правительствам вне зависимости от социально-экономических условий предпринимать шаги для защиты прав детей;
- *является целостным документом* – утверждает, что все права детей являются важными, равнозначными и взаимосвязанными.

Принятие Конвенции было вызвано необходимостью подтверждения по отношению к ребенку тех прав, которые предоставлены всем людям в рамках международных правовых документов. Конвенция о правах ребенка призвана подчеркнуть основные права человека, взглянув на них со стороны основных потребностей ребенка.

В Преамбуле Конвенции упоминаются основополагающие принципы Организации Объединенных Наций и конкретные положения некоторых пактов и деклараций по правам человека. В ней объясняется, что дети в силу своей уязвимости нуждаются в особой заботе и охране.

1 часть Конвенции определяет ребенка как лицо, не достигшее 18 лет, а также утверждает, что все права распространяются на всех детей без исключения.

Государство обязано защищать ребенка от любых форм дискриминации и принимать необходимые меры по защите его прав. Все действия в отношении ребенка должны в полном объеме учитывать его интересы.

Государство должно обеспечивать соответствующую заботу о ребенке, если родители или другие лица, на которых возложена эта ответственность, этого не делают.

6 статья первой части Конвенции утверждает, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь, и государство обязано обеспечить выживание и развитие ребенка.

Согласно Конвенции, государство обязано обеспечить защиту ребенка, лишенного семейной среды.

24 статья Конвенции декларирует, что ребенок имеет право на медицинскую помощь, соответствующую наивысшим стандартам, которая может быть реально обеспечена.

Таким образом, Конвенция прав ребенка базируется на четырех основных принципах, два из которых касаются всего человечества, и Конвенция лишь подтверждает их в отношении детей. Два других принципа касаются конкретно детей.

- Дискриминация детей по какому-либо признаку, в том числе из-за состояния здоровья, является недопустимой.
- Дети имеют право на выживание и всестороннее развитие.
- Во всех решениях и действиях, которые касаются ребенка, интересы ребенка необходимо обеспечивать наилучшим образом.
- Необходимо давать детям возможность принимать участие в решении вопросов, которые касаются их жизни, обеспечить свободу их волеизъявления.

Закон о предупреждении заболеваемости СПИДом и социальной защите населения

В 1991 г. Украина первая среди независимых государств постсоветского пространства приняла «Закон о предупреждении заболевания СПИДом и социальной защите ВИЧ-инфицированных».

С марта 1998 г. действует новая редакция данного Закона. В преамбуле к Закону подчеркнута его соответствие международным правовым нормам и рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. В новой редакции Закона СПИД обозначен как явление, которое угрожает как личной безопасности граждан, так и общественной и национальной безопасности Украины.

За семь с половиной лет, прошедших с момента принятия первой редакции закона, в Украине резко изменилась эпидемическая ситуация. ВИЧ-инфекция быстро распространяется по всей стране. Некоторые положения старого закона стали входить в противоречие с международной практикой, со здравым смыслом и обязательствами

Украины перед Советом Европы сделать свое законодательство более гуманным.

Общие положения Закона определяют ВИЧ-инфекцию как заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека;

- ВИЧ-инфицированных как людей без клинических проявлений ВИЧ-инфекции (носителей ВИЧ) и больных СПИДом.
- СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита человека) как конечную стадию ВИЧ-инфекции.

Специально уполномоченным органом исполнительной власти, на который возложено управление и межведомственная координация в сфере борьбы со СПИДом, является министерство охраны здоровья Украины.

Условия и порядок медицинского обследования с целью выявления ВИЧ-инфекции.

Согласно закону, государство берет на себя ряд обязательств, касающихся обеспечения обследования на ВИЧ-инфекцию.

- Граждане Украины могут сдавать анализ крови на СПИД сугубо добровольно (за исключением доноров), по желанию – анонимно и обязательно – бесплатно.
- В старой редакции к обязательному обследованию на ВИЧ-инфицирование, кроме доноров, должны были привлекаться шприцевые наркоманы и проститутки. Что показал опыт? Тестирование на ВИЧ один раз в полугодие наркомана, использующего грязные шприцы, отнюдь не является методом профилактики СПИДа среди этой группы населения. Понятие же "проституция" так и не нашло отражения в правовом поле Украины, поскольку очень трудно дать юридическую характеристику женщине, которая занимается секс-бизнесом.
- В новой редакции обязательно обследуются только доноры биологических препаратов (крови, спермы и т.д.). Все остальные категории, даже заключенные, – сугубо добровольно. Более того, нельзя проводить обследование на СПИД, не ставя об этом в известность пациента. Тестирование на ВИЧ должно сопровождаться консультацией врача как перед, так и после сдачи анализа. Соответственно, врач должен комментировать положительный или отрицательный результат обследования.
- Переливание крови (ее компонентов), а также использование других биологических жидкостей, клеток, органов в медицинских целях допускается только после обязательного лабораторного исследования крови доноров на ВИЧ-инфекцию. Однако реалии медицинской практики показывают, что не всегда в экстренных случаях существует возможность такой проверки. В таких случаях законом предусмотрено с согласия больного-реципиента или его законного представителя допускается переливание крови или пересадка органов, не проверенных на ВИЧ-инфекцию. В этом случае больной или его законный представитель должны быть предупреждены о возможном риске заражения ВИЧ-инфекцией.

- Правом проведения медицинского обследования на ВИЧ-инфекцию обладают лаборатории, аккредитованные в порядке, установленном Кабинетом Министров Украины.

Учет ВИЧ-инфицированных и оказание им медицинской помощи

- Согласно статьи 12 Закона учет и регистрация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, а также медицинское наблюдение за ними должны осуществляться с соблюдением принципов конфиденциальности и уважения прав и свободы человека.
- Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом осуществляется на общих основаниях.
- В случае получения информации о заражении вирусом иммунодефицита человека после предупреждения про необходимость выполнения мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и уголовную ответственность за осведомленное заражение другого лица (лиц), ВИЧ-инфицированный обязан письменно подтвердить факт получения указанной выше информации и предупреждения.

Обязанности ВИЧ-инфицированных

- ВИЧ-инфицированный обязан выполнять мероприятия, направленные на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции.
- Предупредить лиц, имевших с ним половые контакты до выявления факта инфицированности, про возможность их заражения.

Социальная защита ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом и членов их семей

- ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом граждане Украины пользуются всеми правами и свободами, предусмотренными Конституцией и законами Украины. Кроме общегражданских прав и свобод они также имеют право на:
 - компенсацию ущерба, нанесенного вследствие разглашения информации о факте заражения вирусом иммунодефицита человека;
 - бесплатное обеспечение медикаментами, необходимыми для лечения любого возникшего у них заболевания, средствами личной профилактики, а также психосоциальную поддержку;
 - бесплатный проезд до места лечения и в обратном направлении за счет лечебного учреждения, направившего на лечение;
 - право пользования изолированной жилой комнатой.
- Однако провозглашенные в 17 статье закона права ВИЧ-инфицированных в силу социально-экономических причин являются в большей степени декларативными, не выполнимыми в реальной жизни.

- Родители ВИЧ-инфицированных детей или заменяющие их лица имеют право на:
 - совместное пребывание в стационарах с детьми в возрасте до 14 лет с освобождением от работы и оплатой помощи по временной нетрудоспособности в связи с уходом за больным ребенком;
 - сохранение за одним из родителей в случае его увольнения с работы в связи с уходом за больным ребенком в возрасте до 16 лет непрерывного трудового стажа при условии устройства на работу при достижении ребенком 16-летнего возраста.

Детям, инфицированным ВИЧ до 16-летнего возраста назначается ежемесячная государственная помощь в размере, установленном Кабинетом Министров Украины. В настоящее время она составляет 34 гривны в месяц.

Социальная защита медицинских работников

- Закон определяет, что при заражении ВИЧ-инфекцией медицинских или фармацевтических работников при исполнении ими служебных обязанностей она относится к числу профессиональных заболеваний. В связи с этим введено обязательное страхование этой категории на случай инфицирования вирусом иммунодефицита при исполнении ими служебных обязанностей за счет собственника учреждения здравоохранения.
- Медицинские работники, которые были инфицированы во время исполнения служебных обязанностей имеют право на:
 - ежегодное бесплатное получение путевок для санаторно-курортного лечения;
 - ежегодный отпуск продолжительностью 56 календарных дней с использованием летом или в другой удобный для них период;
 - первоочередное улучшение жилищных условий в порядке, установленном законодательством Украины.

Жестокое обращение с детьми

Жестокое обращение с детьми – это умышленные действия (или бездействие) родителей, воспитателей и других лиц, наносящие ущерб физическому или психическому здоровью ребенка.

Выделяют несколько видов жестокого обращения:

- физическое насилие – нанесение физических повреждений, телесных наказаний, а также вовлечение детей в употребление алкоголя, наркотиков;
- сексуальное насилие – использование ребенка для удовлетворения сексуальных потребностей взрослых, вовлечение в занятия детской проституцией, в том числе используя порнографическую литературу, фотографии, кинофильмы и

т.п. с целью извлечения прибыли;

- психическое (эмоциональное) насилие – отсутствие любви и внимания к ребенку, унижение его человеческого достоинства, грубость (словесные оскорбления, угрозы и т.п.).

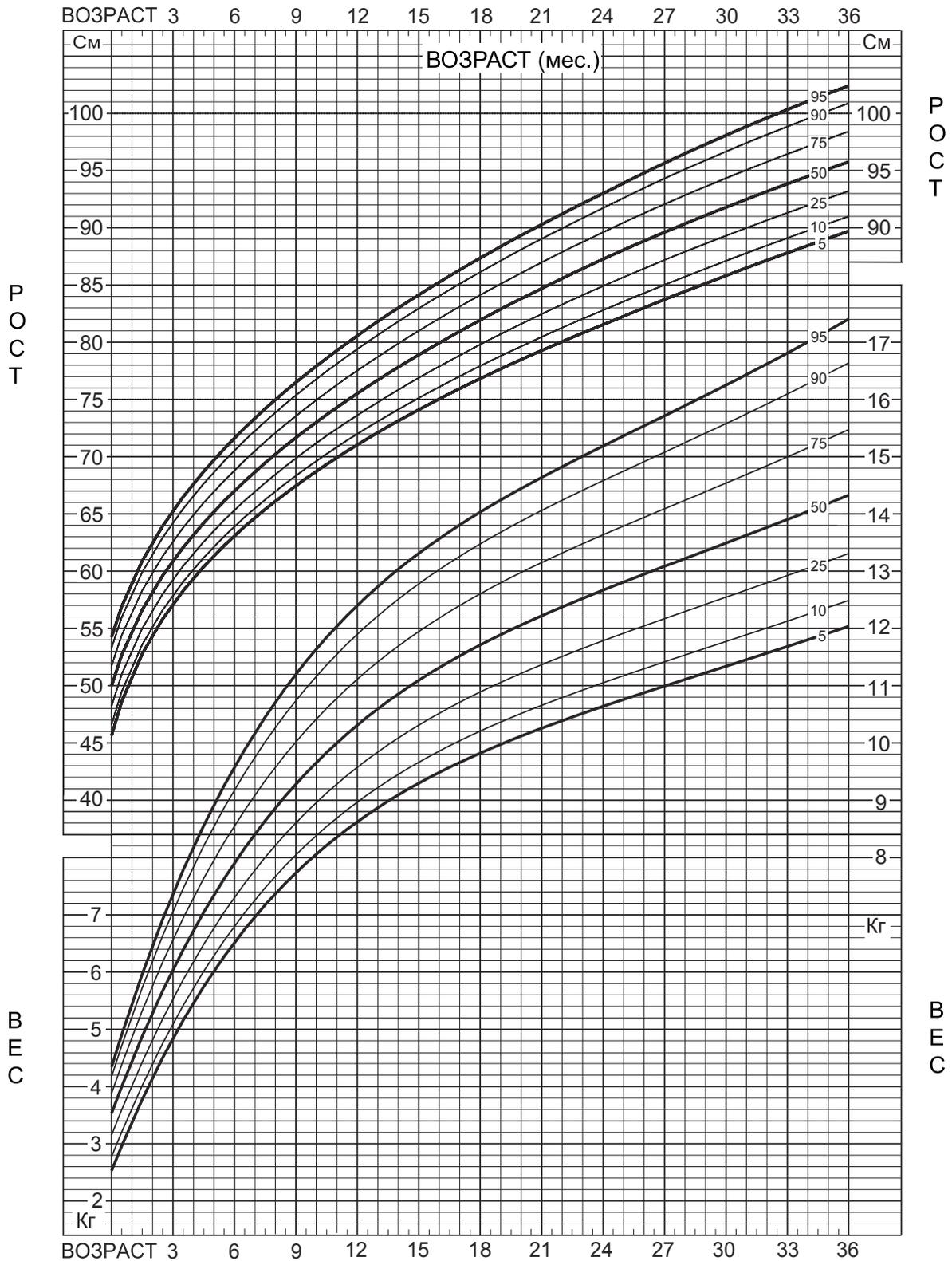
В силу своего социального статуса ребенок находится в зависимости от взрослых и является наилучшим объектом для проявления низменных человеческих качеств.

Жестокость по отношению к детям возникает в силу различных причин:

- из-за негативных нравственных качеств взрослых;
- из-за употребления взрослыми людьми алкоголя или наркотиков;
- вследствие их неудовлетворенности своим образом жизни, социальным положением, отсутствием работы и других жизненных проблем;
- в результате конфликтов в семье.

Одним из видов жестокого обращения с ребенком является пренебрежение его интересами и нуждами. Это проявляется в отсутствии должного обеспечения основных нужд и потребностей ребенка в пище, одежде, жилье, воспитании, образовании, медицинской помощи со стороны родителей или лиц, их заменяющих, в силу объективных причин (социальное положение, состояние здоровья, неопытность) и без таковых. Доказано, что чаще объектом жестокого обращения в семьях служат больные дети.

Возраст до 36 месяцев: Мальчики
Шкала соотношения роста и веса к возрасту

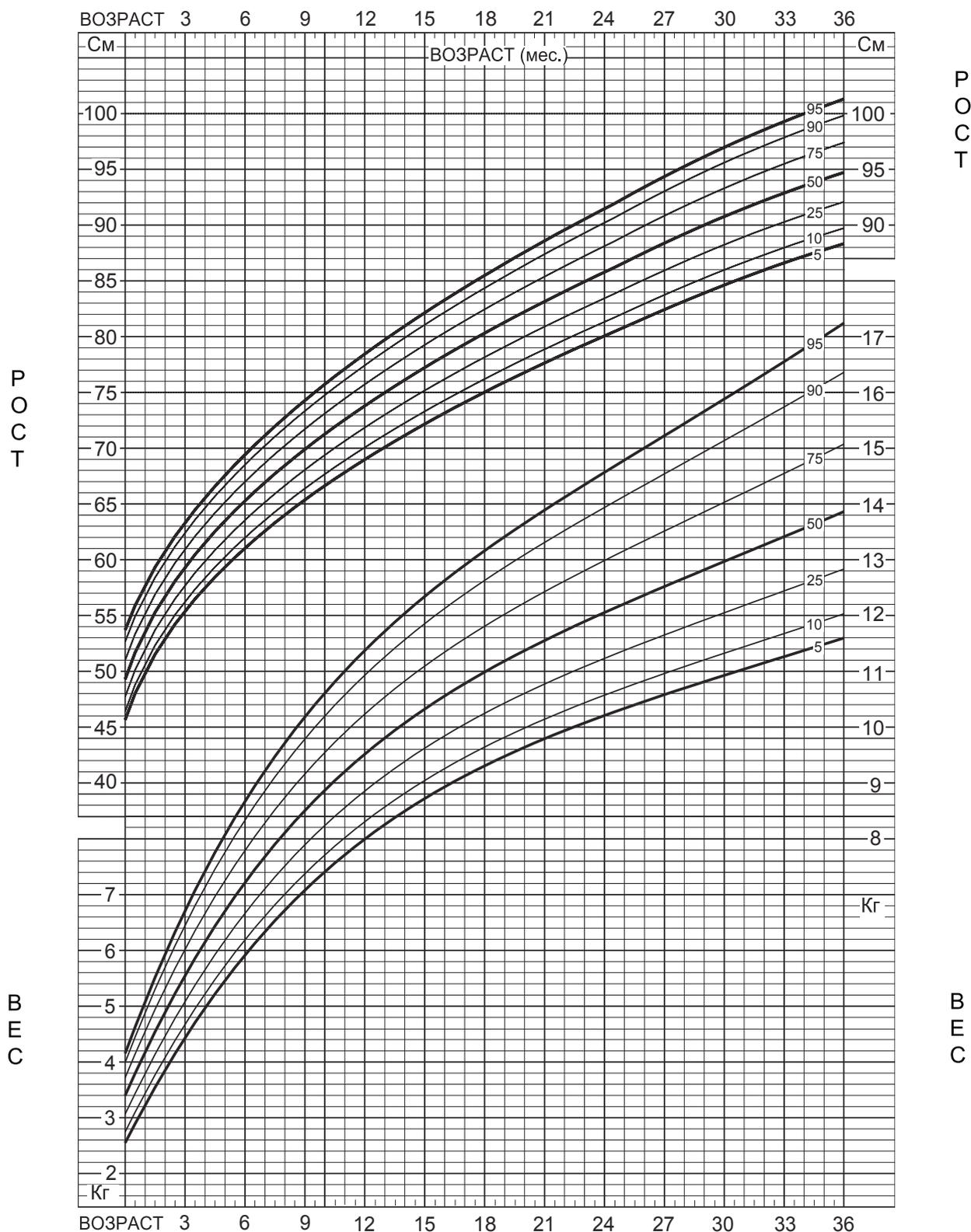


Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Возраст до 36 месяцев: девочки
Шкала соотношения роста и веса к возрасту

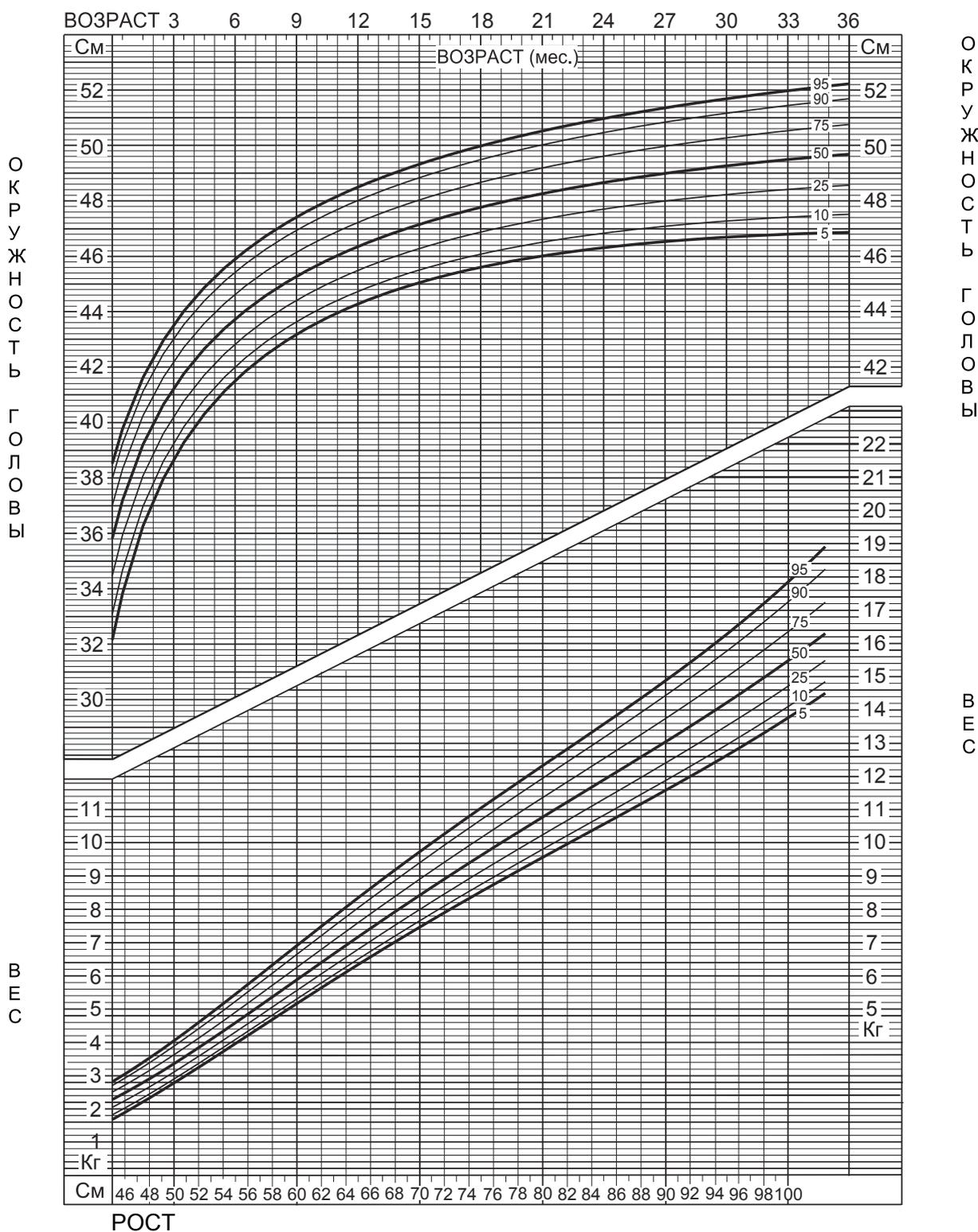


Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Возраст до 36 месяцев: Мальчики
Соотношение окружности головы к возрасту
и веса к росту



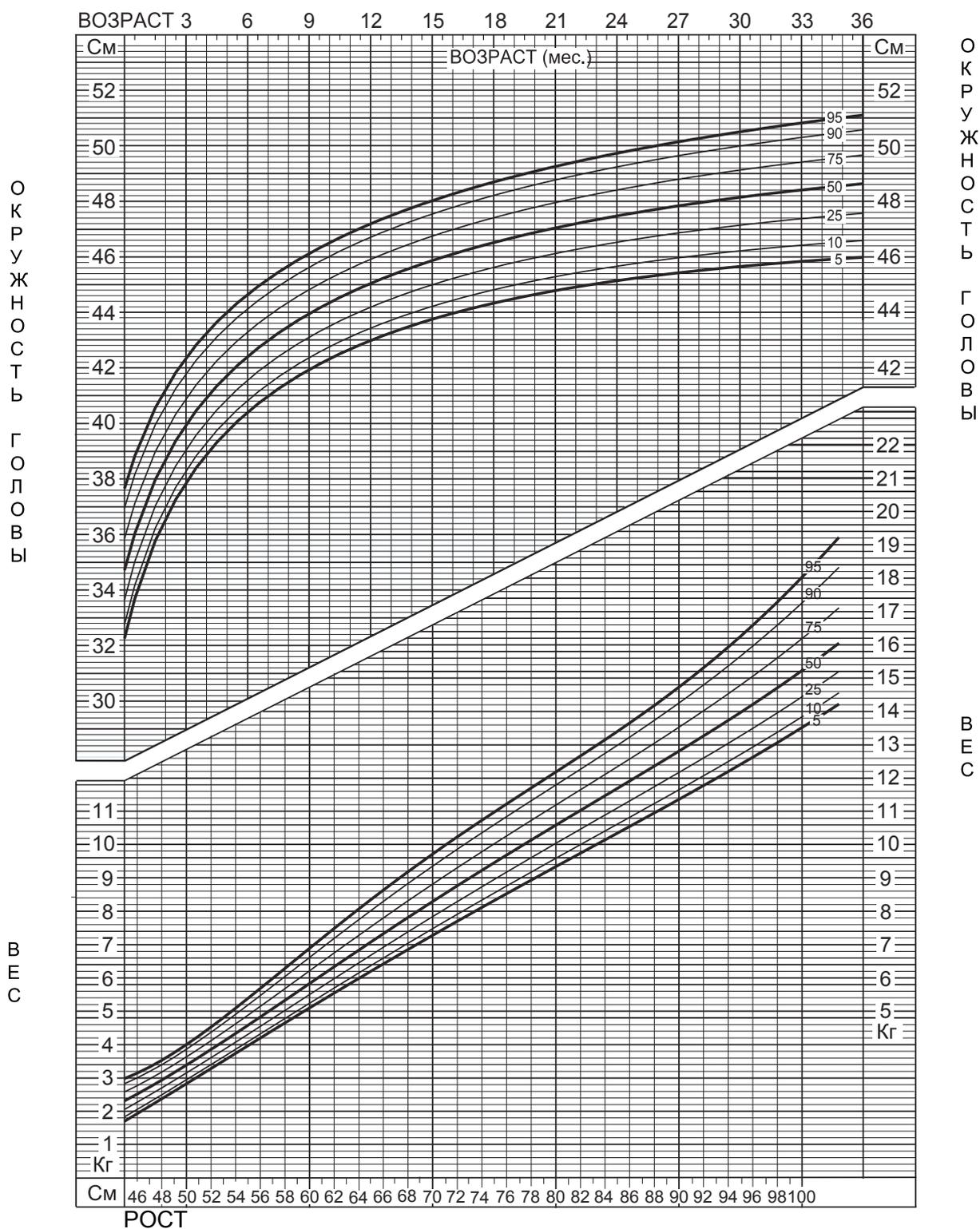
Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Возраст до 36 месяцев: Девочки
Соотношение окружности головы к возрасту
и веса к росту



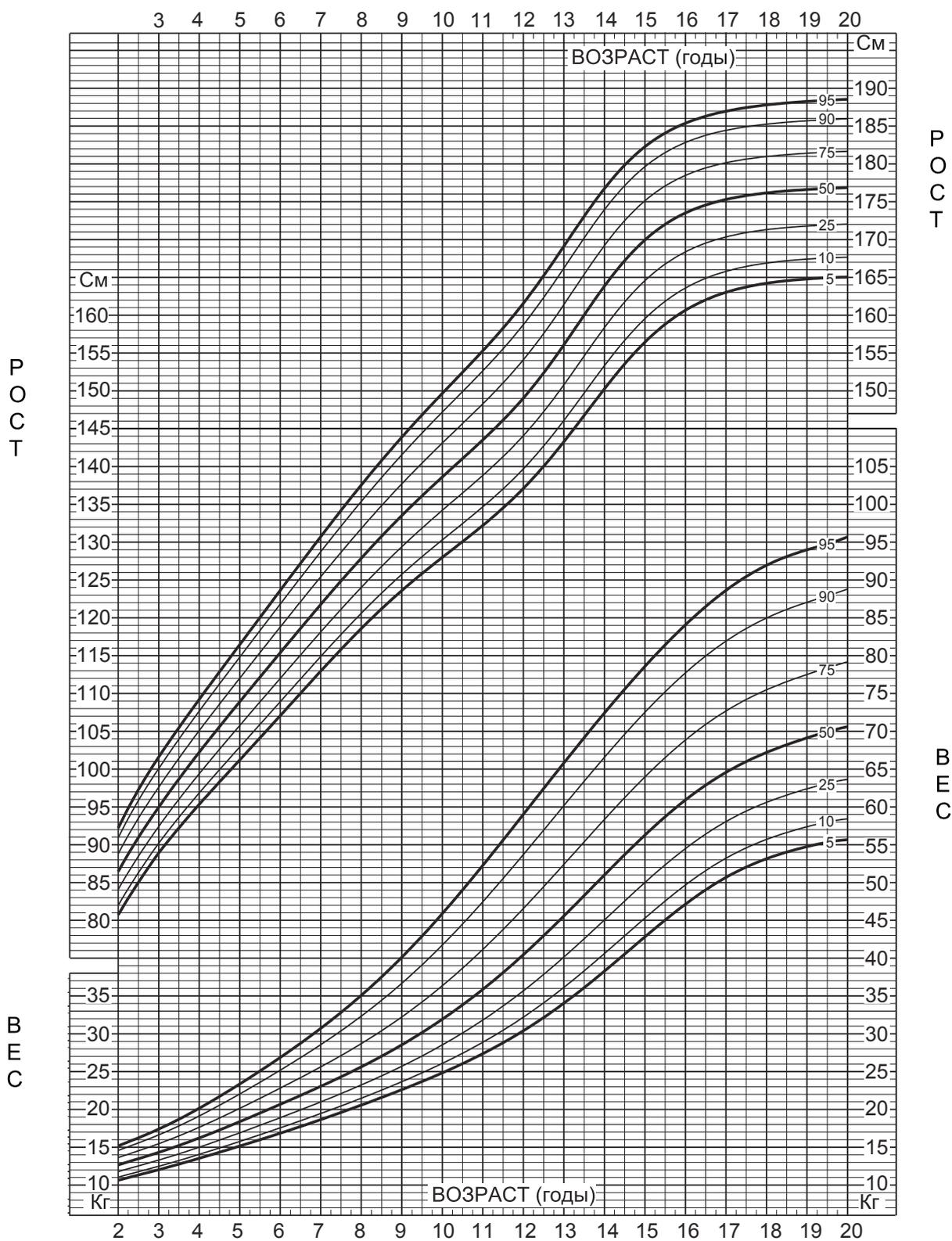
Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Возраст от 2 до 20 лет: Мальчики
Соотношения роста и веса к возрасту



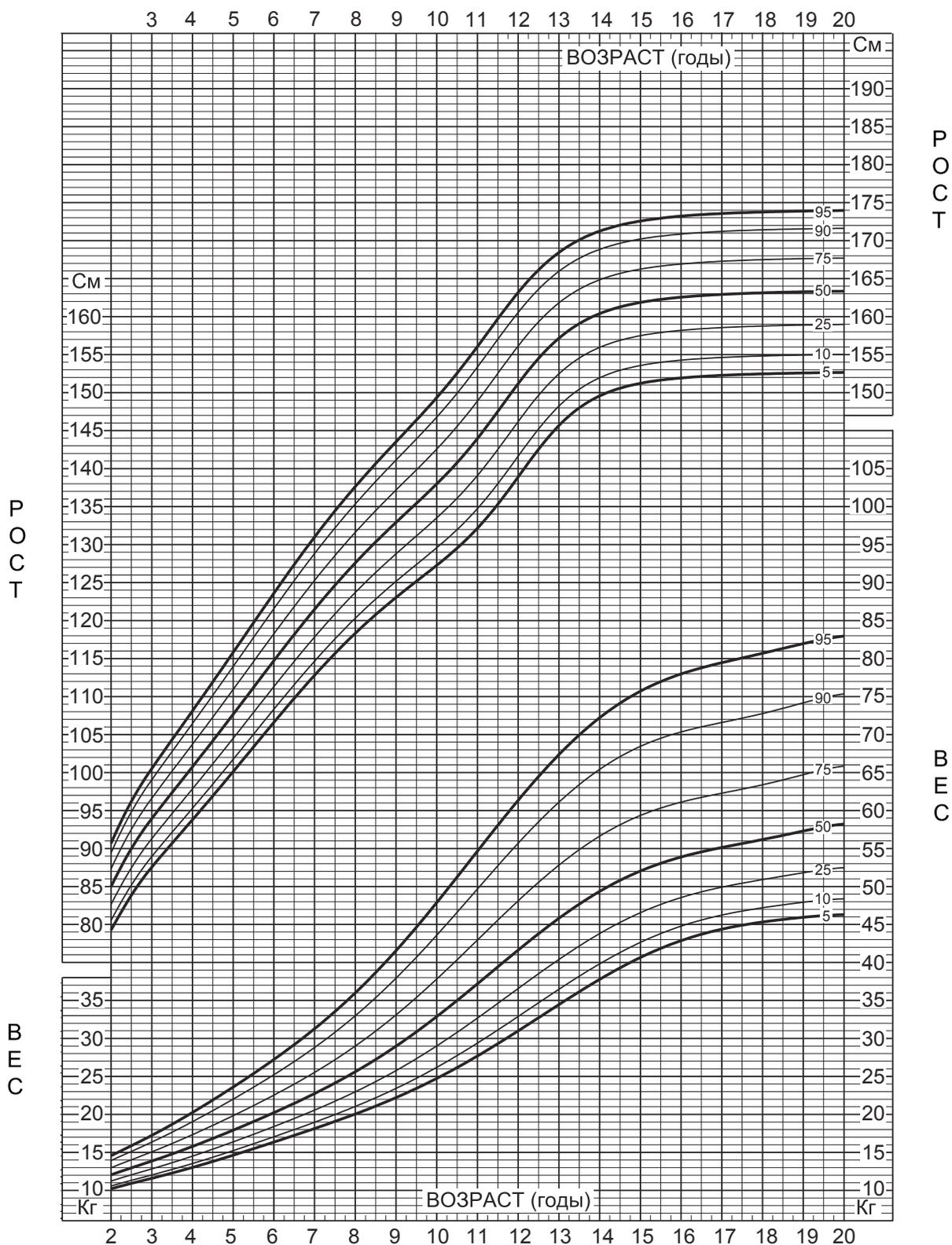
Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Возраст от 2 до 20 лет: Девочки
Соотношения роста и веса к возрасту



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Литература

1. ВИЧ-інфекція в перинатології/Под ред. В.Н.Запорожана, Н.Л.Аряєва. К.: Здоров'я, 2000. – 187 с.
2. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією. Навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за дітьми з ВІЛ-інфекцією. К.:«Кобза», 2003. – 168 с.
3. Догляд та виховання дітей, які живуть з ВІЛ: аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення. – Київ, 2004. – 162 с.
4. Запорожан В.Н., Аряєв Н.Л. ВИЧ-інфекція и СПИД. Киев: Здоров'я, 2003. – 625 с.
5. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 2004. – 64 с.
6. Консультирование по грудному вскармливанию: Курс обучения/ ВОЗ, ЮНИСЕФ, 1993. – 422 с.
7. Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини. Навчальний посібник для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів. Київ: «Акві-К», 2003. – 184 с.
8. Consultation for the development of protocols for HIV care for Ukraine and other Commonwealth Independent States countries, – WHO HQ, March, 2004. – <http://who.int>
9. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. January 20, 2004. – <http://aidsinfo.nih.gov>
10. Sullivan R., Maganier R., Bergthold D., et al.. Методика преподавания клинических навыков для специалистов в области репродуктивного здоровья. – JHOIEGO corporation. – 1995. – 350 p.
11. <http://www.medscape.com>
12. <http://www.aids.org.ua>
13. <http://www.hiv-aids.ru>
14. <http://www.cdc.gov>
15. <http://www.unaids.org>
16. <http://www.thebody.com>
17. http://www.hopkins-aids.edu/hiv_lifecycle/hivcycle_txt.html
18. <http://www.roche-hiv.com>

**Формирование приверженности антиретровирусной
терапии ВИЧ-инфекции у детей: учебное пособие для
слушателей.**

Аряев Н.Л., Котова Н.В., Старец Е.А.

Подписано в печать формат 60x84/8, печать офсетная, бумага 80 г/м²,
условных печатных листов 8,88
тираж 1000, заказ.....

Издательство ЧП «Март»
Отпечатано в типографии ООО «Киевская типография»
тел.: (044) 501-43-80, 501-43-81, 493-77-77, e-mail: kt@optima.com.ua
