

**Федеральное бюджетное учреждение науки
«Омский научно-исследовательский институт
природно-очаговых инфекций»
Федеральной службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия человека
Сибирский федеральный окружной центр
по профилактике и борьбе со СПИД**

**СВЕДЕНИЯ О ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЯХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ПЕРЕДАЧЕЙ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2012-2016 годах**

Информационное письмо

Омск 2017

СВЕДЕНИЯ О ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЯХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧЕЙ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2012-2016 годах

Информационное письмо. ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора – Омск, 2017

В настоящем информационном письме изложены принципы диспансерного наблюдения и лечения за ВИЧ-инфицированными детьми в регионах Сибирского федерального округа (СФО). Представлены результаты анализа заболеваемости и итоги наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми. Проанализирована динамика рождаемости, профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и риск реализации инфекции среди детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей на территории СФО в период с 2012 по 2016 год. Разработано в Сибирском федеральном окружном центре по профилактике и борьбе со СПИД.

Составители: Довгополук Е.С., Левахина Л.И., Тюменцев А.Т.

Предназначено для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Сибирского федерального округа, а также для врачей эпидемиологов и инфекционистов лечебно-профилактических организаций, территориальных органов и учреждений здравоохранения, органов и организаций Роспотребнадзора.

Содержание

1. Общие положения.....	4
2. Введение.....	4
3. Сведения о ВИЧ-инфицированных детях с перинатальной передачей в Сибирском федеральном округе в 2012-2016 гг.....	5
3.1. Тенденции перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в СФО.....	5
3.2. Рождаемость детей от ВИЧ-инфицированных матерей.....	6
3.3. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.....	7
3.4. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных детей.....	8
3.5. Клинические проявления ВИЧ-инфекции.....	10
3.6. Лечение.....	11
4. Заключение.....	14
5. Литература.....	16
6. Приложения.....	17

1. Общие положения

При составлении информационного письма были проанализированы поступившие в Сибирский федеральный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД данные о детях, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей на территории СФО за 2012-2016 гг. путем сплошной обработки данных, содержащихся в учетных формах, утвержденных Приказом МЗ РФ от 16.09.2003 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями», в том числе: учетная форма № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью»; учетная форма № 310/у «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью»; учетная форма № 311/у «Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью»; ежемесячные отчетные формы по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» (2012-2016 гг.).

2. Введение

На конец 2016 г. общее число детей (0-14 лет) в Сибирском федеральном округе (СФО) составило 3 657 032. Общее количество детского населения от 0 до 14 лет с 2012 по 2016 гг. увеличилось на 364 939 детей.

С учетом сложившейся в стране демографической ситуации и создания оптимальных условий для материнства, сохранение здоровья матери и ребенка приобретают приоритетное значение. Мероприятия по стимулированию рождаемости и развитию службы родовспоможения позволили добиться к 2016 году увеличения коэффициента рождаемости в СФО до 13,8. Отмечается стабильная положительная динамика демографического показателя.

В Сибирском федеральном округе среди лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, ежегодно увеличивается число женщин, и к 2016 г. на их долю приходилось 38,6% новых случаев заболевания. Среди установленных путей инфицирования у женщин доминирующим является половой, составляя в 2016 г. 57,8%.

Одновременно с ростом рождаемости и вовлечением в инфекционный процесс женщин детородного возраста ежегодно происходит подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией детей от 0 до 14 лет. Показатель заболеваемости среди детей от 0 до 14 лет в СФО с 2012 по 2016 гг. вырос в 1,6 раза и составил 79,1 на 100 тыс.

3. Сведения о ВИЧ-инфицированных детях с перинатальной передачей в Сибирском федеральном округе в 2012-2016 гг.

3.1. Тенденции перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в СФО

В Сибирском федеральном округе в 2016 году, по данным региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД, зарегистрировано 26 235 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости населения СФО составил 135,8 на 100 тыс. населения против 95,5 в 2012 г. Среднемесячное число выявленных ВИЧ-позитивных лиц составило 2 190 человек.

Общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на 01.01.2017 г. составило 235 430 человек, что соответствует 21,1% от всех выявленных лиц с ВИЧ в Российской Федерации. Кумулятивный показатель пораженности ВИЧ-инфекцией в СФО достиг 1 218,6 на 100 тыс. населения.

Как и в предыдущие годы регистрации, заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2016 г. характеризовалась неравномерным распределением по территории СФО. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в Кемеровской (231,5), Иркутской (163,5) областях, Красноярском крае (144,3) и Новосибирской и Томской областях (140,0 и 139,0 соответственно).

Среди выявленных ВИЧ-инфицированных также продолжают преобладать лица мужского пола – 61,3% (61,4% в 2012 г.); отмечена тенденция к снижению удельного веса городских жителей на долю которых приходилось 75,5% (77,4% - 2012 г.) и увеличению доли сельских жителей. Основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в СФО в 2016 году являлись незащищенные половые контакты среди различных контингентов населения. Половой путь заражения установлен в 56,5% случаев (в 2012 г. – 45,2%).

Активизация полового пути передачи является адекватным подтверждением увеличения числа ВИЧ-инфицированных беременных. В СФО сохраняется тенденция к дальнейшему росту выявления беременных женщин с ВИЧ-инфекцией. Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных среди беременных в общей популяции составил в 2016 году 1,2% (в 2012 г. – 0,57%). Доля женщин среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных граждан в 2016 году составила 38,6%.

3.2. Рождаемость детей от ВИЧ-инфицированных матерей

За весь период эпидемии к 01.01.2017 г. в СФО зарегистрировано 43 647 ВИЧ-инфицированных женщин, имевших беременности, которые закончились родами в 73,6% случаев. На территории СФО от ВИЧ-инфицированных женщин родилось 32 252 ребенка.

Наибольшая доля детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в СФО за весь период эпидемии, приходится на пять регионов: Иркутская область – 30,5%, Кемеровская область – 20,9%, Красноярский край – 11,7%, Алтайский край – 10,8%, Новосибирская область – 11,0% (от общего числа детей, рожденных в СФО ВИЧ-инфицированными матерями (рисунок 1).

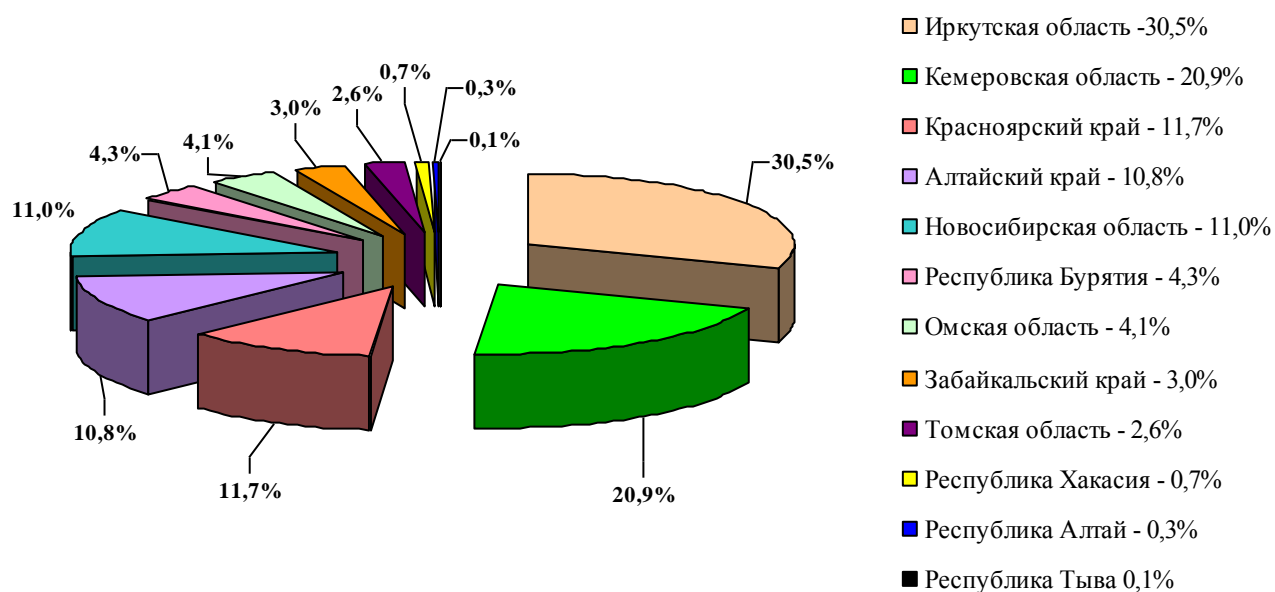


Рис.1. Доля детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на 01.01.2017 г. в регионах СФО (%)

Количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, за период с 2012 по 2016 гг. в СФО увеличилось в 1,3 раза (Приложение 1) в том числе: в Томской области – в 3,8 раз, в Республике Хакасия – в 2,5 раза, в Омской области - в 2,1 раза и в Красноярском крае – в 1,7 раза.

3.3. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

При проведении всех мероприятий по профилактике вертикальной передачи ВИЧ - риск передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет менее 2%.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) включает в себя комплекс мер: предоставление дородовой помощи в полном объеме; консультирование по вопросам ППМР; проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ во время беременности, в родах и новорожденному; применение рациональной тактики родоразрешения; искусственное вскармливание ребенка.

Рождению здорового ребенка способствует обязательное диспансерное наблюдение (ДН) и правильное ведение беременной женщины с ВИЧ-инфекцией, которое является гарантией проведения всех необходимых профилактических мероприятий. В 2016 году в СФО в 91,3% случаев родившие ВИЧ-инфицированные женщины состояли на диспансерном учете в женских консультациях, в 2012 г. этот показатель составил 85,5%. Не наблюдались по поводу беременности в 2016 г. и поступили в учреждения родовспоможения непосредственно на роды 8,7% родивших женщин (2012 г. – 14,5%). Следовательно, не было проведено своевременное обследование женщины на ВИЧ, химиопрофилактика во время беременности не назначалась, в результате чего риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка был выше, чем в группе женщин, получающих антиретровирусные препараты для предотвращения передачи ВИЧ.

За период с 2012 г. по 2016 г. на 11,4% выросла доля детей, рождённых женщинами, которые знали о своем диагнозе до беременности. В этой группе самый высокий охват трехэтапной химиопрофилактикой, что свидетельствует о планируемой ими беременности. Но остается 38,6% женщин, которые о ВИЧ-инфекции узнали во время беременности, в период родов и после них.

Для снижения риска вертикальной передачи (ВП) ВИЧ-инфекции всем ВИЧ-инфицированным беременным женщинам назначается химиопрофилактика антиретровирусными (АРВ) препаратами во время беременности, в родах и ребенку после рождения (трехэтапная химиопрофилактика). Согласно действующему законодательству женщины обеспечиваются препаратами для АРВ профилактики бесплатно.

С начала реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» и улучшения финансирования комплекса мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в рамках Федеральных целевых программ «Анти ВИЧ/СПИД», можно отметить, что ситуация по проведению химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от

матери ребенку изменилась в лучшую сторону, что подтверждается увеличением числа случаев, когда медикаментозная профилактика проводилась в полном объеме, а также снижением числа новорожденных, вообще не получавших антиретровирусные препараты. Тем не менее, остается достаточно много пар «мать и ребенок», не получивших препараты во время беременности и в родах. За анализируемый период охват полной трехэтапной химиопрофилактикой, увеличился с 81,5% в 2012 г. до 86,7% в 2016 г. Среди новорожденных, не получивших химиопрофилактику, показатель сохраняется на уровне 0,7%.

Кумулятивное число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция на 01.01.2017 г. составило 2 128, риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку – 6,7 % (Приложение 1). Показатель риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку по регионам колеблется от 1,9% до 8,7% в зависимости от полноты комплекса осуществляемых мер профилактики и уровня пораженности ВИЧ-инфекцией региона.

3.4. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных детей

Наблюдение ВИЧ-инфицированного ребенка осуществляется совместно врачом-педиатром по месту жительства и педиатром-специалистом Центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ЦПБ СПИД). Регулярные медицинские обследования – основа оценки физического и психомоторного развития, заболеваемости и лабораторных показателей у ВИЧ-инфицированных детей. Наблюдение ВИЧ-инфицированного ребенка врачом-педиатром и врачами-специалистами осуществляется на общих основаниях в сроки, определяемые возрастом ребенка и планом диспансерного наблюдения. При каждом визите ребенка проводится оценка социального и психологического статуса ребенка и лиц, осуществляющих уход за ним.

Основными задачами наблюдения детей являются осуществление контроля за: своевременной и полной диспансеризацией ВИЧ-инфицированных детей; оптимальной вакцинацией; своевременным назначением антиретровирусной терапии и контроль ее эффективности и безопасности; профилактикой вторичных инфекций, раннее выявление вторичных заболеваний и их лечение; психологической и социальной поддержкой; максимальным продлением жизни ребенка и улучшение ее качества.

Специализированную помощь детям оказывают профильные стационары. При удовлетворительном клинико-лабораторном состоянии ребенок с ВИЧ-инфекцией может

находиться в доме ребенка или детском доме, а также посещать дошкольные и школьные учреждения.

Частота наблюдения в ЦППБ СПИД ребенка с ВИЧ-инфекцией, не получающего АРВТ, определяется характером клинических и лабораторных показателей:

- ✓ при отсутствии клинических проявлений ВИЧ-инфекции (стадия 3 по Российской классификации ВИЧ-инфекции 2006 г. (РК, 2006)) и иммунных нарушений (ИК 1) обследование ребенка осуществляется не реже 1 раза в 6 месяцев;
- ✓ при наличии клинических проявлений ВИЧ-инфекции (стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции (2А, 2Б, 2В по РК, 2006) хроническая ВИЧ-инфекция – стадия 4А, 4Б, 4В, 5 по РК, 2006) и/или снижении показателей иммунного статуса до 2 и 3 иммунных категорий ребенок осматривается не реже 1 раза в 3 месяца;
- ✓ дети первых двух лет жизни подлежат наблюдению и обследованию не реже 1 раза в 3 месяца.

Под наблюдением педиатров региональных центров профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями СФО на 01.01.2017 г. состояло 2 327 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 0 до 17 лет. Общее количество ВИЧ-инфицированных детей, за период 2012-2016 гг. увеличилось в 1,7 раза. Основным подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди детей в СФО отмечался в 2005-2008 гг. Распределение в возрастных группах, среди всех состоящих на учете детей, следующее: от 0 до 3 лет – 29,1%, от 4 до 7 лет – 26,4%, от 8 до 14 лет – 33,4%, от 15 до 17 лет – 11,1%. Доминирующим путем инфицирования детей являлся вертикальный, составляя в 2012 г. – 91,0%, а в 2016 г. – 92,8% (Приложения 2,3).

При выполнении всех мер профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции основной возраст подтверждения диагноза у детей с вертикальным путем передачи до 3-х лет. Выявление новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей до 3-х лет продолжает оставаться стабильным, их доля среди вновь выявленных случаев составляет 55,0%. Доля детей в возрастной группе от 4 до 7 лет с впервые установленным диагнозом снизилась на 3,9%. Стабилизация этого показателя говорит о действенных мерах, направленных на снижение риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Увеличилась доля новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей от 8 до 14 лет на 2,2%. Среди вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным путем инфицирования она составила 7,3%. В связи с отсутствием клинических проявлений

типичных для ВИЧ-инфекции в младшем возрасте, установление диагноза инфекции и постановка на учет детей была несвоевременной. Тестирование на ВИЧ происходило по клиническим показаниям в связи с прогрессированием заболевания при отсутствии лечения ВИЧ-инфекции. Более половины детей имели ВИЧ-ассоциированные заболевания: туберкулез, пневмоцистную пневмонию, кандидоз, герпес вирусную инфекцию. Диагноз ВИЧ-инфекции матерям был подтвержден после обнаружения инфекции у детей. Среди выявленных детей подавляющее большинство — это дети, зараженные ВИЧ-инфицированными матерями, диагноз которым выставлялся уже после родов, когда происходило совпадение периода беременности, родов, кормления грудью с периодом серонегативного «окна». Среди взятых на учет детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции диагноз матерям устанавливался после родов в 2016 г. в 41,3%, в то время как в 2012 г. этот показатель составил 33,1%. В связи с поздним выявлением ВИЧ-инфекции у женщин химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции не проводилась в 2016 г. в 37,9% случаев, что на 8,8% больше, чем в 2012 г. когда он составлял 29,1%.

Увеличение числа выявленных детей с ВИЧ-инфекцией в старшей возрастной группе свидетельствует об отсутствии настороженности медицинского персонала и невозможности оценить ранние проявления заболевания для тестирования детей на ВИЧ. Это напрямую связано с социализацией ВИЧ-инфицированных женщин. Половой путь заражения матерей, с подтвержденным диагнозом ВИЧ у детей, является доминирующим. За пятилетний период наблюдения он вырос на 8,2% и составил в 2016 г. – 72,1%.

3.5. Клинические проявления ВИЧ-инфекции

Особенности течения заболевания отражены в Российской классификации ВИЧ-инфекции по стадиям, (2001 год, В.В. Покровский). Следует отметить, что клиническое течение ВИЧ-инфекции отличается большим разнообразием. Последовательность прогрессирования ВИЧ-инфекции через прохождение всех стадий болезни не обязательна. К примеру, субклиническая стадия может при развитии у пациента пневмоцистной пневмонии перейти сразу в стадию 4В, минуя стадии 4А и 4Б. Известны случаи, когда латентная стадия непосредственно переходила в терминальную.

Распределение по клиническим стадиям ВИЧ-инфекции у детей, состоящих на диспансерном учете в регионах СФО на 01.01.2017 г. следующее: субклиническая стадия – 45,4%, первичные проявления (2А-2В) – 5,4%; вторичные проявления (4А-4В) – 49,2%.

Следовательно, каждый второй ребенок имеет ВИЧ ассоциированные заболевания и нуждается в антиретровирусной терапии (рис. 2).

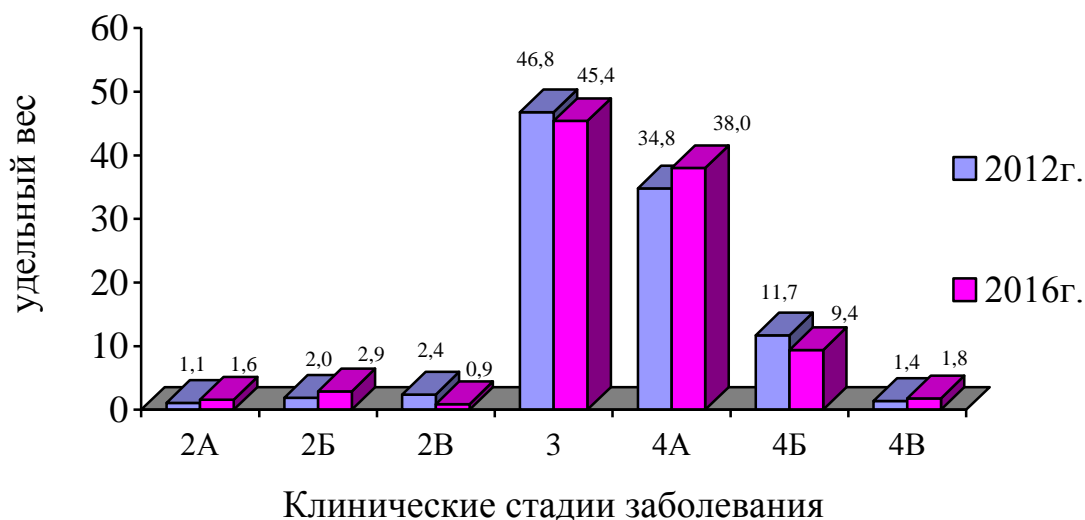


Рис.2 Распределение по клиническим стадиям заболевания среди детей, состоящих на диспансерном учете в 2012, 2016 гг.

За пятилетний период наблюдения существенных изменений в распределении по стадиям заболевания не произошло. Отмечается незначительное снижение доли пациентов в субклинической стадии и соответственно увеличение в стадии вторичных заболеваний.

Среди вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным контактом, количество детей, имеющих стадию первичных проявлений (2А-2В) увеличилось на 15,0% с 42,1% в 2012 г. до 57,1% в 2016 г. Увеличение данного показателя свидетельствует о ранней диагностике ВИЧ-инфекции. Соответственно, снизилась доля детей имеющих субклиническую стадию заболевания (3) с 38,3% до 20,3% за анализируемый период. В 2016 г. в связи с выявлением детей в возрасте от 7 до 14 лет, уже имеющих ВИЧ-ассоциированные заболевания, увеличилась доля пациентов, имеющих стадии вторичных проявлений (4А-4В) на 2,9%, составив в 2016 г. – 22,6% (2012 г. – 19,7%) (Приложение 4).

3.6 Лечение

Принятие решения о начале антиретровирусной терапии (АРТ) должно основываться на оценке возраста, клинических проявлений ВИЧ-инфекции у ребенка, содержания CD4-Т-лимфоцитов в периферической крови, результатов исследования уровня РНК ВИЧ в

плазме.

Кроме того, учитывая рекомендации о расширении показаний к АРВТ как профилактическому мероприятию, она может быть назначена любому пациенту, желающему и готовому ее получать.

Количество детей с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете в региональных центрах СПИД СФО, нуждающихся в лечении увеличилось на 18,6% с 936 (67,6%) в 2012 г. до 2005 (86,2%) в 2016 г. В связи с внедрением с 2014 г. Национальных клинических рекомендаций «Диагностика ВИЧ-инфекции и применение антиретровирусных препаратов у детей», где определены возрастные показания к назначению АРВТ, в 2016 г. доля детей в возрасте до трех лет, которые нуждались в лечении увеличилась на 24,8% и составила в 2016 г. 93,5% (табл. 1).

Целью АРВТ у детей является увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества путем создания условий для формирования, сохранения и восстановления иммунной системы и предотвращения клинического прогрессирования заболевания, а также профилактика передачи ВИЧ-инфекции. Основным механизмом достижения этой цели – максимальное и надежное подавление репликации ВИЧ в организме. Доля детей, не получающих лечение к 2016 г. составила 0,4% (2012 г. – 0,9%), в основном это дети, которым не дают согласия на лечение лица, осуществляющие уход за ними (табл. 1).

В группе детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции с впервые установленным диагнозом за пятилетний период наблюдения появилась тенденция к снижению частоты вторичных заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза (2016 г. – 38,8%; 2012 г. – 45,9%). Антиретровирусная терапия детям в 2016 г. была назначена в 56,2% случаев, что на 18,5% больше по сравнению с 2012 г. (Приложение 4).

**Сведения о ВИЧ-инфицированных детях
подлежащих лечению в СФО за 2012-2016 гг.**

		Состояло на диспансерном учете	Число детей нуждавшихся в лечении	Удельный вес детей нуждавшихся в лечении от состоящих на диспансерном учете (%)	Число детей получавших лечение	Удельный вес детей получавших лечение (%)
2012г.	Всего	1385	936	67,6	924	98,7
	0-3 лет	390	268	68,7	265	98,9
	4-7 лет	531	357	67,2	350	98,0
	8-14 лет	351	305	86,9	303	99,3
	15-17лет	113	6	5,3	6	100,0
2013г.	Всего	1586	1159	73,1	1146	98,9
	0-3 лет	421	320	76,0	312	97,5
	4-7 лет	580	432	74,5	430	99,5
	8-14 лет	462	390	84,4	387	99,2
	15-17лет	123	17	13,8	17	100,0
2014г.	Всего	1864	1436	77,0	1424	99,2
	0-3 лет	534	435	81,5	434	99,8
	4-7 лет	636	503	79,1	499	99,2
	8-14 лет	530	454	85,7	448	98,7
	15-17лет	164	44	26,8	43	97,7
2015г.	Всего	2103	1745	83,0	1730	99,1
	0-3 лет	537	471	87,7	467	99,2
	4-7 лет	756	637	84,3	632	99,2
	8-14 лет	586	539	92,0	534	99,1
	15-17лет	224	98	43,8	97	99,0
2016г.	Всего	2327	2005	86,2	1997	99,6
	0-3 лет	676	632	93,5	630	99,7
	4-7 лет	615	536	87,2	535	99,8
	8-14 лет	777	698	89,8	693	99,3
	15-17лет	259	139	53,7	139	100,0

4. Заключение

Учитывая сохраняющуюся тенденцию к реализации ВИЧ-инфекции от матери ребенку профилактика перинатальной передачи является актуальной проблемой, которая определена как комплекс клинических и вспомогательных услуг, ориентированных на семью, направленный совместно с мероприятиями общественного здравоохранения и социального развития на предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку. Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в СФО на 01.01.2017 г. составил 6,7%. Показатель риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку по регионам колеблется от 1,9% до 8,7% в зависимости от полноты комплекса осуществляемых мер профилактики и уровня пораженности ВИЧ-инфекцией региона.

В 2011 г. ЮНЭЙДС призвала к полному искоренению передачи ВИЧ от матери ребенку к 2015 г. и начала реализацию Глобального плана по предотвращению новых случаев инфицирования ВИЧ детей и сохранения жизни их матерей. Цель Глобального плана – снижение частоты передачи ВИЧ детям от инфицированных матерей до уровня менее 2,0% при искусственном вскармливании и не более 5,0 % при сохранении грудного вскармливания.

Для достижения этих целей в условиях продолжающегося роста числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин в СФО и рождением ими детей, выявлением детей с ВИЧ, заразившихся при грудном вскармливании, а также для решения проблем, связанных с профилактикой перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, определены приоритетные действия. Которые позволили добиться к 2017 г. охвата полной трехэтапной химиопрофилактикой 86,7% пар «мать и ребенок». При выполнении всех мер профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции основной возраст подтверждения диагноза у детей с вертикальным путем передачи до трех лет. Выявление новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей до 3-х лет продолжает оставаться стабильным. Доля детей в возрастной группе от 4 до 7 лет с впервые установленным диагнозом снизилась. Стабилизация этого показателя говорит о действенных мерах, принимаемых для решения проблем, связанных со снижением риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Однако, все еще остаются проблемы, препятствующие реализации полного комплекса мероприятий по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и лечению детей с ВИЧ-инфекцией. Увеличилась доля новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей от 8 до 14 лет. Среди выявленных детей подавляющее большинство — это дети, зараженные ВИЧ-инфицированными матерями, диагноз которым выставлялся уже после родов, когда происходило совпадение периода беременности, родов, кормления грудью с периодом серонегативного «окна». В связи с отсутствием клинических проявлений типичных для ВИЧ-

инфекции в младшем возрасте, установление инфекции и постановка на учет детей была несвоевременной. Выявление происходило по клиническим показаниям в связи с прогрессированием заболевания при отсутствии лечения ВИЧ-инфекции. Более половины детей имели ВИЧ-ассоциированные заболевания. Диагноз ВИЧ-инфекции матерям подтвержден после обнаружения инфекции у детей. В связи с поздним выявлением ВИЧ-инфекции у женщин химиопрофилактика вертикальной передачи не проводилась в 2016 г. в 37,9% случаев, что на 8,8% больше, чем в 2012 г.

В настоящее время для их решения необходимо:

- ✓ повысить качество диспансерного наблюдения за беременными, в том числе контроль получения антиретровирусных препаратов и обследования на вирусную нагрузку, а также за исполнением алгоритма диагностики ВИЧ у беременных женщин и рожениц с применением экспресс-тестирования. Рекомендовать обследование женщин через 3-6 месяцев после родов на ВИЧ;
- ✓ расширить перечень контингентов населения, подлежащих добровольному тестированию на ВИЧ-инфекцию, включив в него супругов/ половых партнеров беременных, а также детей в возрасте до трех лет при поступлении их в стационары любого профиля;
- ✓ организовать повышение уровня знаний по вопросам ВИЧ-инфекции специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям. При прохождении специалистами циклов усовершенствования проведение обязательных семинаров по ВИЧ-инфекции.

5. Литературные источники

1. Афонина Л.Ю. Клинические рекомендации по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку/ Л.Ю. Афонина, Е.Е. Воронин, Ю.А. Фомин, О.Г. Юрин, Н.В. Козырина, В.В. Покровский, Д.С. Коннов//ФГУ РКИБ Минздравсоцразвития России ФНМЦ СПИД, – 2009 г.
2. Афонина Л.Ю. Национальные клинические рекомендации 2014 г. «Диагностика ВИЧ-инфекции и применение антиретровирусных препаратов у детей»/ Л.Ю. Афонина, Е.Е. Воронин, Ю.А. Фомин, К.М. Додонов// ФГУ РКИБ Минздравсоцразвития России ФНМЦ СПИД, – 2009 г.
3. Афонина Л.Ю., Клинические рекомендации (протокол лечения) 2015 г. «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику ВИЧ от матери ребенку»/ Л.Ю. Афонина, Е.Е. Воронин, Ю.А. Фомин, Н.В. Козырина, О.Г. Юрин, В.В. Покровский// – Москва – 2015 г.
4. Воронин Е.Е. Диспансеризация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Наблюдение и лечение детей с ВИЧ-инфекцией. Рекомендации для педиатров амбулаторно-поликлинической сети, медицинских, социальных и образовательных учреждений, врачей общей практики/ Е.Е. Воронин, Л.Ю. Афонина, Ю.А. Фомин, В.Н. Садовникова// – Москва, 2006 г.
5. Воронин Е.Е. Антиретровирусная терапия у детей с ВИЧ-инфекцией. Клинические рекомендации/ Е.Е. Воронин, Л.Ю. Афонина, Ю.А. Фомин – Москва, – 2009 г
6. Латышева И.Б. Стратегия профилактики передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) от матери ребенку в Российской Федерации на период 2014-2020 гг./ И.Б. Латышева, Е.Е. Воронин, Ю.И. Буланьков// ФКУ РКИБ МЗ РФ, Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей. – Москва
7. Латышева И.Б. Профилактика, диагностика и лечение перинатальной ВИЧ-инфекции в РФ./И.Б. Латышева, Е.Е. Воронин// Международная научно-практическая конференция АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ Материалы конференции СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», – 2017 г. – 386 с.
8. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ Редакторы: Ирина Ерамова, Срджан Матич, Моник Мюнз Всемирная организация здравоохранения, – 2006 г. <http://www.euro.who.int>

6. Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Сведения о детях рожденных от ВИЧ позитивных
женщин в СФО в 2012-2016 г.**

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Кумулятивное число живых детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей с начала регистрации:	17 652	20 998	24 579	28 394	32 252
<i>в том числе в отчетном году</i>	2 947	3 339	3 577	3 804	3 850
Количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, у которых подтвержден диагноз ВИЧ-инфекция, всего:	1 291	1 508	1 739	1 939	2 128
<i>в том числе в отчетном году</i>	50	75	92	100	93
<i>Частота передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (%)</i>	7,3%	7,2%	7,1%	6,8%	6,7%

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**Сведения о ВИЧ-инфицированных детях и подростках,
состоящих на диспансерном учете в СФО в 2012-2016 гг.**

	Показатели	Всего	Возраст							
			0-3 лет	%	4-7 лет	%	8-14 лет	%	15-17 лет	%
2012	Взято на Д учет	311	172	55,3	39	12,5	20	6,4	80	25,7
	<i>в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни</i>	289	161	55,7	34	11,8	17	5,9	77	26,6
	Состояло на Д учете (на конец отчетного периода), всего	1385	390	28,2	531	38,3	351	25,3	113	8,2
2013	Взято на Д учет	313	196	62,6	21	6,7	13	4,2	83	26,5
	<i>в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни</i>	302	190	62,9	18	6,0	12	4,0	82	27,2
	Состояло на Д учете (на конец отчетного периода), всего	1586	421	26,5	580	36,6	462	29,1	123	7,8
2014	Взято на Д учет	388	239	61,6	28	7,2	21	5,4	100	25,8
	<i>в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни</i>	372	233	62,7	25	6,7	16	4,3	98	26,3
	Состояло на Д учете (на конец отчетного периода), всего	1864	534	28,7	636	34,1	530	28,4	164	8,8
2015	Взято на Д учет	418	241	57,6	53	12,7	27	6,5	97	23,2
	<i>в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни</i>	398	240	60,3	42	10,5	19	4,8	97	24,4
	Состояло на Д учете (на конец отчетного периода), всего	2103	537	25,5	756	36,0	586	27,9	224	10,6
2016	Взято на Д учет	412	222	53,9	40	9,7	36	8,7	114	27,7
	<i>в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни</i>	381	210	55,1	30	7,9	31	8,1	110	28,9
	Состояло на Д учете (на конец отчетного периода), всего	2327	676	29,1	615	26,4	777	33,4	259	11,1

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Пути передачи ВИЧ-инфекции среди детей и подростков,
состоящих на диспансерном учете в СФО 2012-2016 гг. (%)**

Пути передачи	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Вертикальный	91,0	92,4	91,7	91,6	92,8
Парентеральный (инъекционный)	2,4	1,5	1,3	1,6	1,2
Парентеральный (гемотрансфузионный)	0,1	0,1	0,1	0,1	0
Половой	6,4	6,0	6,9	6,7	6,0

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Сведения о выявленных ВИЧ-инфицированных детях с вертикальным путем передачи в СФО в 2012-2016 гг. (%)

Года	Стадия заболевания ВИЧ на момент выявления			Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции					Наличие вторичных заболеваний	Противоретровирусная терапия	Грудное вскармливание	Сведения о матерях ВИЧ-инфицированных детей						
	2А-2В	3	4А-4В	3-х этапная	только ребенку	не проведена	другая неполная схема	нет данных				Диагноз ВИЧ-инфекции у матери выявлен				Путь заражения матери		
												до беременности	во время беременности	в родах	после родов	парентеральный	половой	не установлен
2012	42,1	38,3	19,7	37,2	10,4	29,1	19,1	4,4	45,9	37,7	21,9	29,8	29,8	7,3	33,1	23,5	63,9	12,6
2013	54,2	21,1	24,7	39,1	7,6	25,4	19,8	8,1	32,0	50,3	20,3	25,0	27,0	4,2	43,8	26,9	64,5	8,6
2014	54,1	24,4	21,5	40,2	8,6	24,2	16,8	10,2	42,6	60,2	17,6	30,0	24,6	7,2	38,2	23,4	59,4	17,2
2015	53,5	25,8	20,7	33,9	6,9	39,0	18,8	1,4	46,9	60,8	21,7	27,1	24,2	3,3	45,4	20,2	76,5	3,2
2016	57,1	20,3	22,6	37,9	6,8	37,9	16,9	0,5	38,8	56,2	17,8	35,7	16,9	6,1	41,3	20,1	72,1	7,8