

# Целевые показатели диспансеризации. Тактика врача при диспансерном наблюдении пациентов с ВИЧ-инфекцией

Розенберг В.Я.

Зам. главного врача по медицинской части

ГБУЗ «ИОЦ СПИД»

14.03.12

# 4 аспекта работы

**Выявлени  
е**

**Диспансеризация**

**Лечение  
(химиопрофилактика)**

**Наблюдение  
контактных  
лиц**

# Зачем нужна диспансеризация больных ВИЧ-инфекцией?

- Своевременное выявление показаний для ВААРТ и контроль ВААРТ;
- Профилактика и лечение вторичных заболеваний (оппортунистических инфекций);
- Ведение беременной и полноценная профилактика вертикальной передачи ВИЧ;
- Снижение социально-психологических последствий диагноза «ВИЧ-инфекция».
- Отслеживание и коррекция побочных эффектов ВААРТ

# Главная цель

Увеличение качества и  
продолжительности  
жизни больных  
ВИЧ-инфекцией



# ВИЧ-инфекция – «управляемое» заболевание

- СРОК ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВААРТ, МОЖЕТ УДЛИНЯТЬСЯ ДО 30-40 ЛЕТ;
- ВААРТ исключает или резко снижает риск развития вторичных заболеваний;
- ВААРТ снижает риск половой передачи ВИЧ на 92%;
- Профилактика перинатальной передачи ВИЧ с применением антиретровирусных препаратов может снижать риск заражения ребенка до 0,5-2%

# Основная задача

Обеспечение доступной,  
максимально приближенной к  
пациенту медицинской  
помощи всем  
ВИЧ-инфицированным,  
включая диагностику и  
антиретровирусное лечение.

# Критерии качества диспансеризации

1. Обеспечение постановки на диспансерный учет ВИЧ-позитивных – не менее 75%;
2. Обеспечение диспансеризации ВИЧ-инфицированных с кратностью не менее 2 раз в год согласно стандарту – не менее 75% подлежащих;
3. Обеспечение 3-х этапной химиопрофилактики беременных с ВИЧ-инфекцией (во время беременности, в родах, после родов ребенка), в том числе ВААРТ - не менее 85% случаев;
4. Взятие на ВААРТ не менее 80% нуждающихся.

# I

## Обеспечение постановки на диспансерный учет ВИЧ-позитивных лиц

- Оценивается доля ВИЧ+ пациентов, у которых проведено эпидрасследование с установлением диагноза





## II

Обеспечение диспансеризации  
ВИЧ-инфицированных с  
кратностью не менее 2 раз в год  
согласно стандарту

Оценивается доля пациентов с  
установленным диагнозом, которые  
прошли диспансеризацию (осмотр, ИГ,  
ВН, Р-графия ОГК, специалисты) за  
полугодие / год



# Важно при Δ-осмотре больного обратить внимание на

- Вес (в динамике!),
- Температуру (в динамике!),
- Состояние кожи, слизистых,
- Обследование на сифилис (RW+РПГА или ИФА),
- Число тромбоцитов;
- Кал на простейшие.

# При ведении пациентов с патологией ВИЧ+ТБ

- Обеспечить контроль подачи в ОПТД формы №263-у/ТВ с заполнением всех граф, учет количества поданных форм ежемесячно
- Обеспечить своевременную смену диагноза ВИЧ-инфекции при установлении диагноза туберкулез (на ЦВКК) перед подачей формы №263-у/ТВ – возможно консультирование с ИОЦ СПИД



# Для профилактики ТБ у больных ВИЧ-инфекцией

- Контроль диспансеризации в отношении прохождения лучевого обследования – фтизиатр, ответственный специалист, начмед
- На прием к фтизиатру – после пробы Манту, с результатами лучевого обследования
- Фтизиатр контролирует назначение ПТП; заполнение формы №263-у/ТВ – совместно с инфекционистом или ответственным специалистом по ВИЧ-инфекции

# При выявлении у больного маркеров гепатита В и/или С

- Выявление антител к ВГС, HbsAg – это не диагноз!
- Биохимическое исследование крови
- Инструментальные исследования (в т.ч. УЗИ ОБП)
- Качественный анализ на ПЦР РНК ВГС и/или количественный анализ на ПЦР ДНК ВГВ
- Подача экстренного извещения (ф. 058-у) в ФГУЗ ЦГиЭ

# При установлении у больного диагноза гепатита В и/или С

- Обследование на вирусную нагрузку, генотип ВГС (кровь – в ИОЦ СПИД)
- Оценка противопоказаний к лечению гепатита, а также нуждаемости в ВААРТ
- Оценка приверженности

# III



## Обеспечение 3-х этапной химиопрофилактики беременных с ВИЧ-инфекцией (во время беременности, в родах, после родов ребенку)

- Оценивается доля случаев проведения 3-этапной ХП из случаев законченной беременности с рождением живого ребенка

# Ведение беременных

- Ситуация по диспансеризации женщин с ВИЧ-инфекцией должна быть на контроле у районного акушера-гинеколога и начмеда!
- При выявлении беременной с ВИЧ-инфекцией – немедленно информация в ГБУЗ ИОЦ СПИД (факс 30-85-57) по предложенной форме
- Остальная тактика – согласно приказу МЗ ИО от 20.12.2010г. №350-мпр



# IV

**Взятие на ВААРТ не менее 80%  
нуждающихся.**

**Оценивается доля пациентов,  
нуждающихся в ВААРТ и  
взятых на лечение за  
полугодие / год**



# Кто нуждается в ПРВТ (абсолютные показания)

- **Любой пациент** в стадии 2В, а также 4Б, 4В в фазе прогрессирования (независимо от уровня CD4).
- **Любой пациент**, у которого показатель количества клеток CD4 ниже 350 клеток на один кубический миллиметр крови (350/мм<sup>3</sup>);
- **Пациент** с выраженной анемией, тромбоцитопенией (как проявлений ВИЧ-инфекции);
- **Пациент** с активным ВГВ, требующим лечения;
- **Пациент**, использующий иммуносупрессивную терапию (гормоны, цитостатики, лучевая терапия, др.)

# Кто нуждается в АРВТ (относительные показания)

- **Пациент** в стадии 4А (независимо от фазы), 4Б-4В в фазе ремиссии
- **Пациент** в стадии 2А, 2Б при падении количества клеток CD4 ниже 200 клеток на один кубический миллиметр крови (200/мм<sup>3</sup>);
- **Пациент**, у которого уровень РНК ВИЧ (вирусная нагрузка) более 100.000 копий/мл (10\*5 С/ml), и CD4 ниже 500 /мм<sup>3</sup>
- **Пациент** старше 50 лет

# Проблема ведения «поздно выявленного» пациента

- **Поздно выявленный пациент** – больной с числом CD4+ менее 350/мкл или проявлением СПИД-индикаторного заболевания
- **Пациент с продвинутой ВИЧ-инфекцией** - больной с числом CD4+ менее 200/мкл или проявлением СПИД-индикаторного заболевания

## «Поздний» пациент –

выявлен или явился на прием после  
долгого перерыва с тяжелым  
прогрессированием ВИЧ-инфекции  
(стадии 4Б, 4В, 5), клиникой СПИД,  
в том числе с содержанием  
CD4+ менее 350/мкл

- Подробное обследование, дифдиагностика
- Подготовка к ВААРТ
- Химиопрофилактика ОИ

# Прогноз у пациентов с поздно установленным диагнозом

- Такие пациенты имеют более высокий уровень смертности в сравнении с пациентами, выявленными на ранних стадиях заболевания<sup>1-3</sup>
- Вскоре после выявления, они с большей вероятностью будут страдать СПИД ассоциированными заболеваниями, оппортунистическими инфекциями и для них может потребоваться госпитализация<sup>1</sup>
- **Ранняя диагностика может снизить краткосрочную смертность на >50% и общую на >30%<sup>2</sup>**
- В исследовании, проведенном в Великобритании, 13% поздно диагностированных пациентов умерло в течении 2.5 лет (медиана) наблюдения<sup>4</sup>
- **Низкий уровень CD4 клеток является четким прогностическим признаком летальности, как в развивающихся, так и в развитых странах<sup>5</sup>**
- **Необходимо поддерживать стратегии, направленные на раннее выявление ВИЧ инфицирования<sup>1</sup>**

# Условия назначения АРВТ

1. Уточнение диагноза ТБ / исключение ТБ
2. Лабораторные показатели (CD4+, вирусная нагрузка)
3. **Приверженность наблюдению и лечению**
4. Получение ПТП не менее 4 преп-в с целью леч-я, не менее 2 преп-в с целью проф-ки сроком от 2 недель до 3 месяцев перед ПРВТ
5. Отказ от приема психоактивных веществ
6. Регистрация на территории

## Необходима предварительная оценка:

- Тяжести и терапии сопутствующих заболеваний, осложнений
- Возможных побочных эффектов препаратов ПРВТ, ПТП
- Режимы труда, отдыха и питания

# Что такое подготовка к ВААРТ?

- Уточнение и повышение приверженности к наблюдению (лечению)
- Дообследование по стандарту с участием всех специалистов
- Консультация фтизиатра и назначение ПТП для профилактики туберкулеза
- Определение доверенного лица и заполнение доверенности на получение препаратов при невозможности пациента приехать за ними



# Требования к оформлению документации (карты диспансерного наблюдения)

- Лист уточненных диагнозов
- Обоснование диагноза (с датой отправки экстренного извещения по форме 058-у)
- При оформлении приема – осмотр на ф.20, диагноз полностью

# При назначении ВААРТ (терапии гепатита)

- Старт (из ИОЦ СПИД)
- Обоснование назначения ВААРТ (терапии гепатита)
- Протокол врачебной комиссии учреждения
- Информированное согласие пациента
- Лист выдачи препаратов

# Факторы оценки и прогноза состояния ВИЧ-инфицированного

- *Клинические*
- *Иммунологические*  
(показатели иммунограммы)
- *Вирусологические*  
(вирусная нагрузка)



# Мифы и страхи эпидемии

1. Если пациент «не ходит», работать с ним бесполезно
2. Взять «отказ», и нет проблем
3. СПИД – это финал
4. Умер – и забыли...



AIDS

СПИД

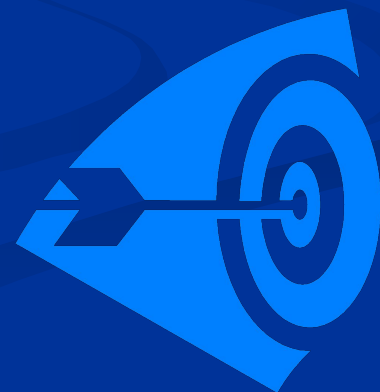
Синдром приобретенного иммунодефицита

1. Оппортунистические инфекции
2. Вторичные опухоли
3. Другие состояния



# Клиническая классификация ВИЧ-инфекции и перечень состояний, свидетельствующих о развитии у пациента СПИДа

- Утверждены приказом **Минздравсоцразвития РФ от 17.03.2006 № 166** "Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения N 61 "Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией"



# Вторичные заболевания при СПИДе (по CDC, 1997)

1. Кандидоз трахеи, бронхов, легких
2. Кандидоз пищевода
3. Инвазивный рак шейки матки
4. Кокцидиоидомикоз (диссеминированный или внелегочный)
5. Криптококкоз внелегочный
6. Криптоспоридиоз кишечника (продолжительность > 1 мес)
7. ЦМВ-инфекция (кроме печени, селезенки, лимфоузлов)
8. ЦМВ-ретинит (с потерей зрения)
9. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ
10. Инфекции, вызванные ВПГ (язвы >1 мес, бронхит, пневмония, эзофагит)
11. Гистоплазмоз диссеминированный или внелегочный
12. Изоспороз кишечника (продолжительность > 1 мес)
13. Лимфома Беркитта
14. Иммунобластная саркома

# Вторичные заболевания при СПИДе (по CDC, 1997)

15. Микобактериозы, вызванные *M.kansasii*, *avium-intracellulare*, диссеминированные и внелегочные
16. Туберкулез легких
17. Туберкулез внелегочный
18. Другие (или недифференцированные) микобактериозы, диссеминированные или внелегочные
19. Пневмоцистная пневмония
20. Пневмонии возвратные (2 и более в течение 12 месяцев)
21. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия
22. Сальмонеллезные септицемии рецидивирующие
23. Токсоплазмоз мозга у пациентов старше 1 мес.
24. Синдром истощения, обусловленный действием ВИЧ
25. Лимфома мозга первичная (с инфекцией, вызванной вирусом Эпштейн-Барр) у лиц моложе 60 лет
26. Саркома Капоши у лиц моложе 60 лет
27. Хроническая лимфоидная интерстициальная пневмония у лиц моложе 13 лет
28. Бактериальные инфекции (множ. или возвр.) у лиц <13 лет



# Синдром истощения

- потеря массы тела  $>10\%$  от исходного, или диарея продолжительностью не менее 1 мес, или лихорадка более 1 мес.

*ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ФНМЦ  
СПИД, Москва, 2011*

# В случае смерти больного ВИЧ-инфекцией

- Подача извещения о смерти больного ВИЧ - инфекцией в ИОЦ СПИД (согласно приложению 15 к приказу МЗ ИО от 17.08.09 №1027-мпр)
- Обеспечение аутопсии (вскрытия)
- Посмертное уточнение / изменение диагноза с учетом результатов аутопсии

# Приказ Минздравмедпрома РФ от 29.04.1994г. №82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»

## ■ 3. Отмена вскрытия не допускается:

*...3.3. В случаях смерти:*

*...- от инфекционного заболевания или подозрений на него;*

*- от онкологического заболевания при отсутствии  
гистологической верификации опухоли;...*

*3.4. Требующих судебно-медицинского исследования.*

# Медицинское свидетельство

## о смерти:

- П. 8. I.a) Прогрессирование туберкулеза
- б) Генерализованный туберкулез
- в) ВИЧ-инфекция шифр B20.0
- II. Хронический вирусный гепатит С шифр B18.2

## Заключение о причине смерти:

- Смерть больного И., 23 лет, последовала от ВИЧ-инфекции с развитием в качестве вторичного заболевания генерализованного туберкулеза, прогрессирование которого явилось непосредственной причиной смерти. 36

- . Патологоанатомический диагноз:
- (МКБ-10) В 20.1, В20.2, В20.3, В 20.4, В 20.6, В20.7
- Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, 4В стадия (эпид № ИФА , ИБ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_г. ) , фаза прогрессирования на фоне отсутствия ПРВТ. СПИД
- Вторичные заболевания: двусторонняя полисегментарная сливная фибринозно-некротическая, интерстициальная (герпетическая, кандидозная, пневмоцистная, цитомегаловирусная) пневмония с геморрагическим компонентом и преимущественной локализацией в нижних долях легких с абсцедированием: обильное скопление нитей псевдомицелия и дрожжеподобных клеток *Candida* в просвете бронхов и сосудов; диффузная интерстициальная, серозно-макрофагальная, фибринозная пневмония с пенистым ШИК (+) экссудатом и наличием в просвете пневмоцист (окраска по Бауэру в модификации Аравийского) с множественными очаговыми лимфо-плазматическими инфильтратами в межочечной ткани легких; гигантоклеточный цитомегаловирусный метаморфоз альвеолярного и бронхиального эпителия. Висцеральная форма генерализованной герпетической инфекции : герпетический диффузный гепатит с множественными зональными некрозами и вакуолизация гепатоцитов. Очаги некроза белого вещества головного мозга с кольцевидными геморрагиями, очаговая пролиферация глии. Подострый энцефалит с многоядерными клетками и микроглиальными узелками в мозговом стволе, мозжечке, демиелинизацией и вакуольной дегенерацией белого вещества головного мозга, фибропластический базальный пролиферативный пахилептоменингит с распространенными васкулитами; очаговый субэпендимарный глиоз. Эрозивно-некротический кандидозный эзофагит.

# При постановке диагноза

(выдержки из приказа Минздравсоцразвития РФ от  
17.03.2006 № 166)

- указывается нозологическая единица по МКБ-10
- ВИЧ-инфекция,
- стадия ВИЧ-инфекции,
- фаза,
- вторичное заболевание.

*В случае, если на фоне ВИЧ-инфекции хотя бы одно из вторичных заболеваний имеет степень проявления, соответствующую критериям синдрома приобретенного иммунодефицита, после фазы заболевания указывается СПИД.*

# Как формулируется диагноз?

1. Шифр по МКБ.
2. Стадия и фаза ВИЧ-инфекции.
3. **Развернутый диагноз вторичного заболевания (состояния), позволяющий обосновать стадию**
4. Имеющие или имевшие место другие вторичные заболевания.
5. Сопутствующие заболевания.
6. Фоновые заболевания.

## Пример формулировки диагноза 1

V20.7 (V20.0, V20.4, V20.3), V22.2. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний 4В. Фаза прогрессирования на фоне отсутствия ПРВТ. СПИД.

Диссеминированный туберкулез легких. МБТ (-) 1А МБТ(-). Кахексия.

Кандидоз слизистой ротовой полости.

Herpes Zoster, 1 эпизод от XI-2005.

Иммуносупрессия 3 категории.

Хронический вирусный гепатит С...



## Пример формулировки диагноза 2

В23.2. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний 4В. Фаза прогрессирования на фоне отсутствия ПРВТ.

Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура тяжелой степени (тромбоциты =  $3 \cdot 10$  от 5.03.12).

Гормонотерапия (кортизол) с 15.01.12.

Иммуносупрессия 3 категории.

Хронический вирусный гепатит С...

# Использование кода МКБ В23.2 в диагнозе ВИЧ-инфекция

- Правило – один код МКБ не может использоваться как для болезни - **коды В** (2, 4, 5 стадия), так и для бессимптомного инфекционного статуса - **код Z** (3 стадия).
- Поэтому код В23.2 не применяется при 3 стадии. Его использование возможно при смене диагноза на 4-5 стадию.

## Пример формулировки диагноза 3

В23.2. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний 4А. Фаза прогрессирования на фоне отсутствия ПРВТ.

Тромбоцитопения (тромбоциты =  $95 \cdot 10^9$  от 5.03.12). Иммуносупрессия 3 категории (CD4+ 0,155 от 5.03.12)

Хронический вирусный гепатит С...

# При установлении диагноза «ВИЧ-инфекция»

Подаются:

- Эктренное извещение (ф. 058-у) в Роспотребнадзор (стадия по Российской классификации 2006 г., и по МКБ)
- Извещение об установлении диагноза ВИЧ - инфекция в ИОЦ СПИД (согласно приложению 9 к приказу МЗ ИО от 17.08.09 №1027-мпр)

# При изменении диагноза «ВИЧ-инфекция»

## Подаются:

- Экстренное извещение (ф. 058-у) в Роспотребнадзор (стадия по Российской классификации 2006 г., и по МКБ)
- Извещение об изменении диагноза ВИЧ - инфекция в ИОЦ СПИД (согласно приложению 11 к приказу МЗ ИО от 17.08.09 №1027-мпр)

# Задачи специалистов на местах

- Осмотр специалистов, лабораторно-инструментальное обследование по стандарту (по месту проживания);
- Доставка образцов крови для определения вирусной нагрузки и иммунного статуса на базе ГБУЗ ИОЦ СПИД;
- Химиопрофилактика и лечение вторичных и сопутствующих заболеваний (туберкулез, сифилис, онкопатология, оппортунистические инфекции);

## Задачи специалистов на местах - 2

- Выявление показаний, контроль получения и побочных эффектов ВААРТ;
- Назначение и контроль химиопрофилактики у беременных и детей, рожденных от ВИЧ+матерей;
- Контроль обязательного наличия простых быстрых тестов для диагностики ВИЧ и препаратов для экстренной химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;

## Задачи специалистов на местах - 3

- Уточнение и контроль приверженности наблюдению и лечению;
- Обсуждение и документирование каждого случая прекращения АРВТ;
- Обеспечение 100% вакцинации больных от гепатита В;
- Определение показаний для лечения гепатитов В и С;
- Выявление социально-психологических проблем и других показаний к организации паллиативной помощи.



# Ответственному специалисту требуется

- Ведение базы данных пациентов
- Ведение регистра нуждающихся и получающих ВААРТ
- Строгий ежемесячный контроль противотуберкулезных мероприятий у больных ВИЧ-инфекцией
- Обеспечение вскрытия всех умерших лиц с ВИЧ



# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



Март 2012г., г. Иркутск