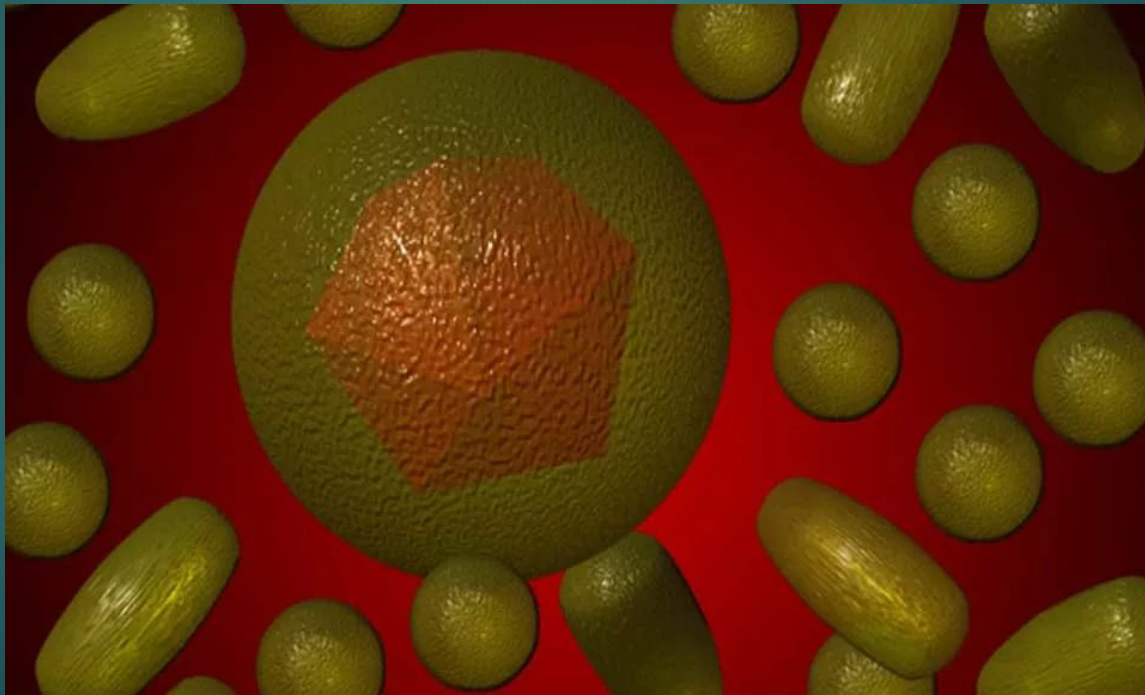


СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ И ВИЧ- ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

1. Как называется свойство вируса избирательно поражать какой-либо орган (печени)?

Гепатотропность



2. Как называется механизм
передачи возбудителя посредством
медицинских манипуляций

Артифициальный(гемоконтактный)

3. Пути передачи парентерального гепатита



4. Фактор передачи возбудителя посредством медицинских манипуляций

парентеральный

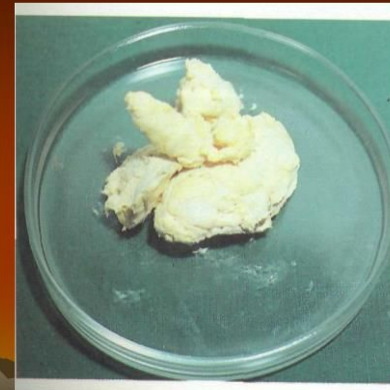


5. Основные симптомы вирусного гепатита

Темный цвет мочи




обесцвечивание кала



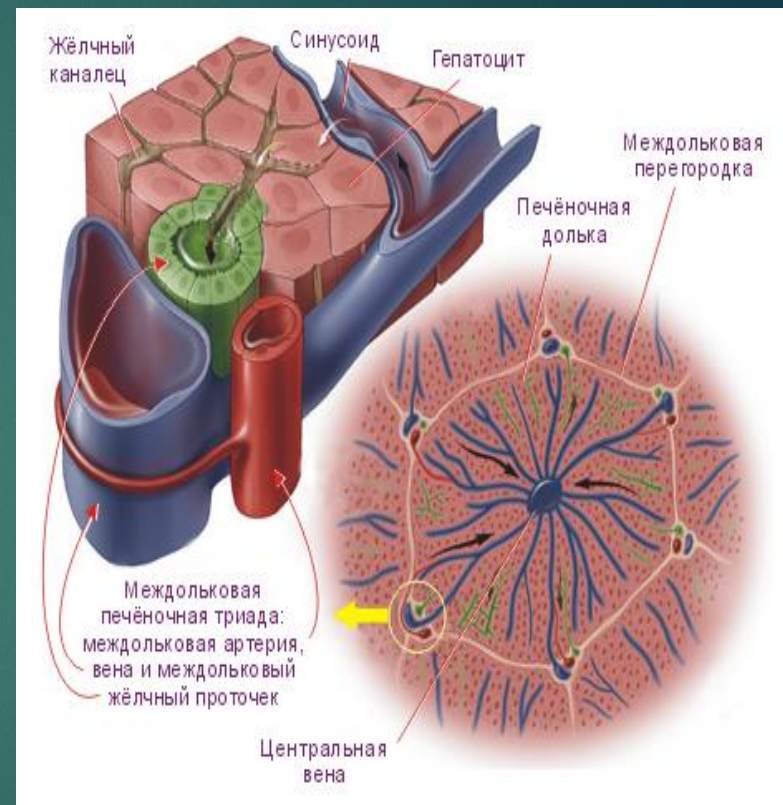
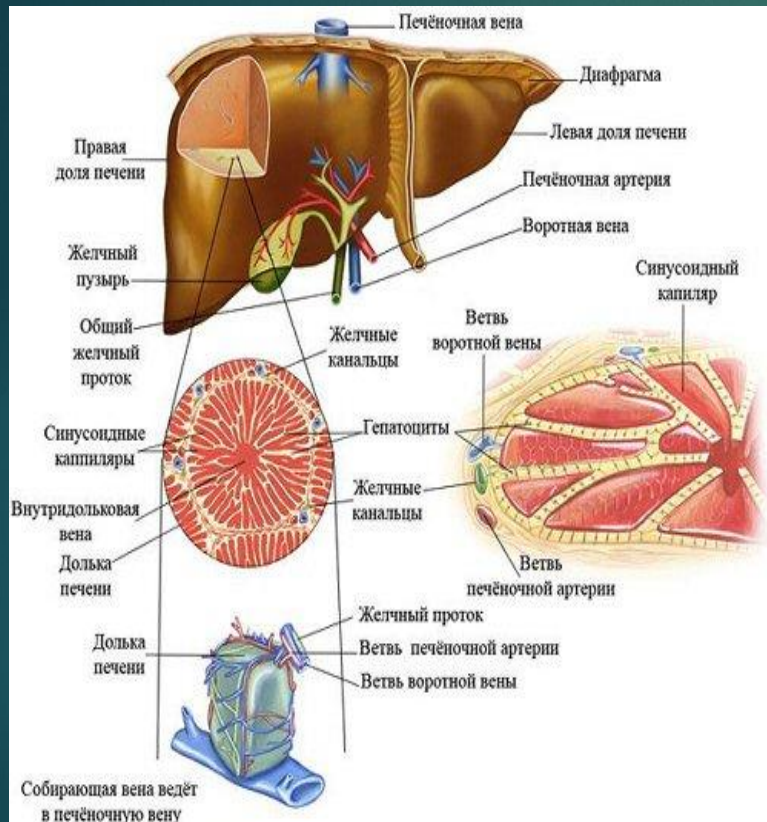
желтуха кожи, склер





Вирусные гепатиты – это группа заболеваний, вызываемая гепатотропными вирусами, характеризующаяся преимущественным поражением печени с развитием общетоксического синдрома, гепатоспленомегалией, нарушением функции и появлением желтухи.

Строение печени



Этиотропная классификация гепатитов

1. Инфекционный (вирусный) гепатит:

- **Энтеральные гепатиты:**

Гепатит А

Гепатит Е

- **Парентеральные гепатиты:**

Гепатит В

Гепатит С

Гепатит D

Гепатит F

Гепатит G

- Гепатиты как компонент: жёлтой лихорадки, цитомегаловирусной инфекции, краснухи, эпидемического паротита, инфекции вируса Эпштейна-Барр, разнообразных инфекций герпеса, СПИДа.

- Бактериальные гепатиты: при лептоспирозе, сифилисе.

2. Токсический гепатит

3. Лучевой гепатит (компонент лучевой болезни)

4. Гепатиты как следствие аутоиммунных заболеваний

Клиническая классификация

❖ Форма болезни

1. Типичный

❖ Периоды болезни:

- Инкубационный

- Преджелтушный

- Желтушный

- Постжелтушный

- Восстановительный (реконвалесценции)

2. Нетипичный

- безжелтушный гепатит

- субклинический (инапарантный) гепатит

- холестатический гепатит

Клиническая классификация (продолжение)

❖ По тяжести

- легкая форма
- среднетяжелая форма
- тяжелая форма
- злокачественная форма (ВГВ, ВГС)

❖ По течению

- острое – 1-2 месяца
- затяжное – 4-6 месяцев
- хроническое (ВГВ, ВГС) – более 6 месяцев

Вирусный гепатит А (энтеральные гепатиты)

- ❖ Распространенное заболевание детского возраста (60-80%), в основном в возрасте 3-10 лет.
- ❖ Дети до 1 года не болеют
- ❖ Спорадическая или эпидемические вспышки
- ❖ Характерны сезонность и периодичность

Эпидемиология Вирусного гепатита А

- ❖ Источник – только человек (больной или вирусоноситель)
- ❖ Типичная кишечная инфекция
- ❖ Вирус содержится в фекалиях, моче, крови (в испражнениях появляется задолго до клинических проявлений, наиболее – в преджелтушном периоде)

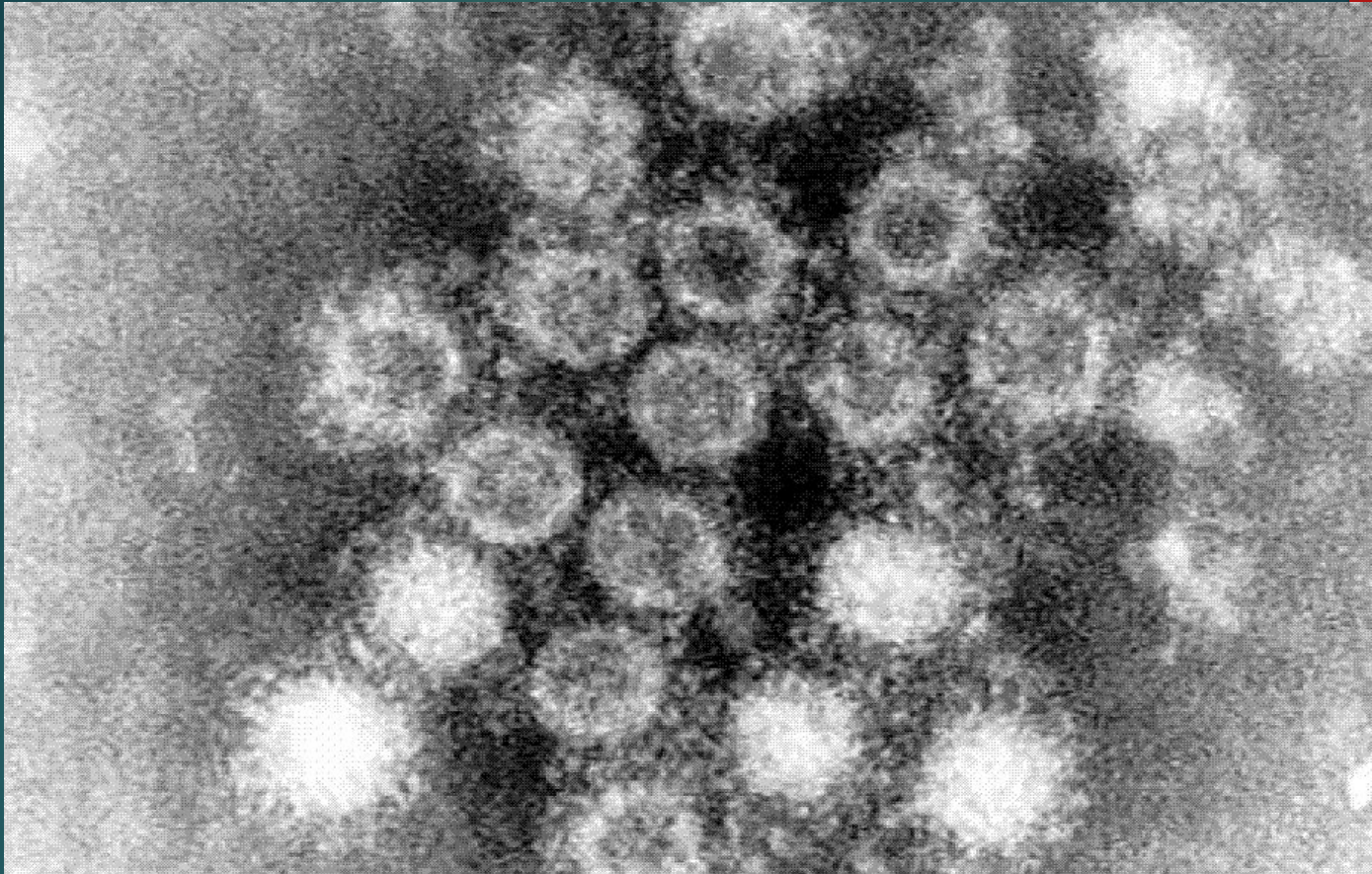


Рисунок 1 Частицы вируса гепатита А

Клиническая картина острого вирусного гепатита А (ОВГВ)

- ❖ Инкубационный – 10-45 дней
- ❖ Преджелтушный – «гриппоподобный» синдром, диспептический, болевой – длится 3-5 дней
- ❖ Желтушный (2-3 недели)– нарастание желтухи на протяжении 2-3 дней, уменьшение интоксикации, болей
- ❖ Постжелтушный (2-3 недели)– удерживается гепатомегалия и повышение активности ферментов
- ❖ Восстановительный (2-3 мес.) – полное восстановление размеров и функции печени - на протяжении 4-8 мес.

Диагностика вирусного гепатита А (ОВГВ)

- ❖ Эпиданамнез
- ❖ Клинические проявления
- ❖ Лабораторные показатели;
 1. Специфические
 - определение антител анти-ВГА IgM (ИФА) до 2-3 мес.
 - антитела класса IgG (сохраняются у переболевшего пожизненно)
 2. Неспецифические
 - уровень билирубина, активность Alt, Ast, ЩФ,
 - показатели белковосинтетической функции печени

Профилактика вирусного гепатита А (ОВГВ)

- ❖ Нейтрализация источника
- ❖ Обследование контактных: определение Ast и анти- ВГА IgM каждые 10-15 дней
- ❖ Иммунопрофилактика:
 - титрованный иммуноглобулин – детям от 1 года до 14 лет, беременным (в течении 7-10 дней после выявления 1-го случая заболевания)

Вирусный гепатит В

Острое или хроническое заболевание печени протекающее в различных клинико-морфологических вариантах: от «здорового носительства» до злокачественных форм. Хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

- Острый гепатит В с дельта-агентом и печеночной комой
- Острый гепатит В с дельта-агентом без печеночной комы

Этиология

Возбудитель HBV-инфекции – ДНК-вирус из семейства *Herpesviridae*. Геном HBV представлен неполной двухнитевой кольцевой молекулой ДНК. Выделяют 9 генотипов вируса (от А до Н). Вирус устойчив во внешней среде.

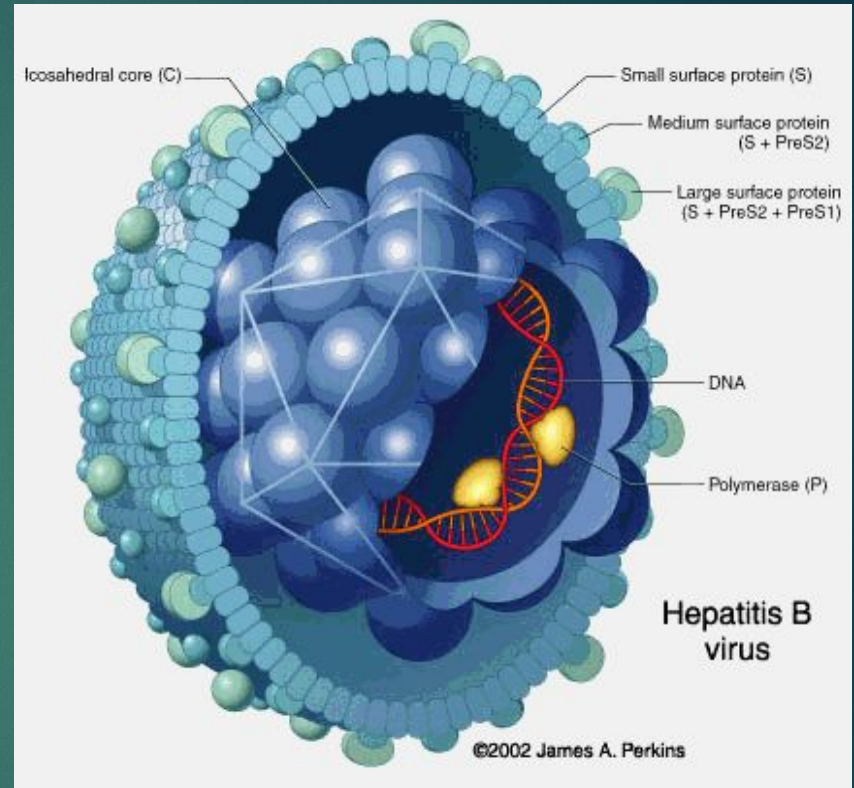


Рисунок 3 Вирус гепатита В

Эпидемиология

- ❖ Источник – только человек (больной или вирусоноситель) В мире есть 300 млн. вирусоносителей.
- ❖ Путь передачи – парентеральный (последние 2-6 мес.)
 - кровь и ее препараты,
 - медицинские манипуляции,
 - половой,
 - вертикальный (40%), во время родов

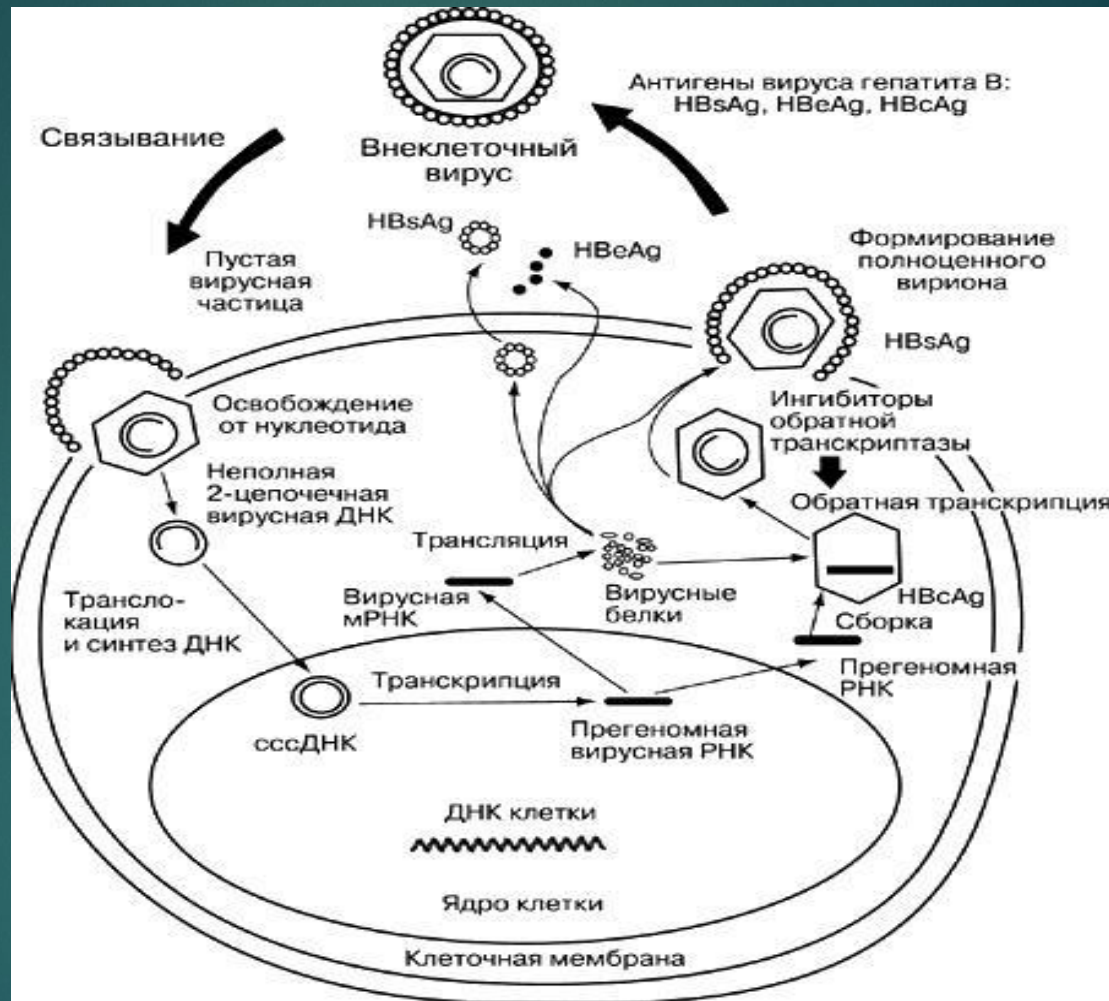


Рисунок 4 Биологический цикл развития HBV

Клиника острого вирусного гепатита В (ОВГВ)

- ❖ Инкубационный период - 2-6 месяцев
- ❖ Преджелтушный период - длительный(5-7дн. – 3 нед)
 - чаще постепенное начало, но может быть и острое.
 - артралгии, астено-вегетативный синдром, смешанный вариант
- ❖ Желтушный период (2-3 нед.) – желтуха с нарастанием явлений интоксикации (2-3 нед.),
 - повышение билирубина в 2-10 раз, ферментов в 5-10 раз тимоловая проба – в норме или > в 1,5-2 раза
- ❖ Течение – как правило острое. Через 2-3 мес. возможен переход в хроническую форму.

Профилактика острого вирусного гепатита В (ОВГВ)

- ❖ Обследование доноров, беременных
- ❖ Строгое соблюдение асептики (одноразовые мед. инструменты, дез растворы)
- ❖ Строгие показания к гемотрансфузии
- ❖ Предупреждение профессионального заражения
- ❖ Пассивная иммунизация – введение Ig
- ❖ Активная иммунизация – введение генно-инженерной вакцины (0, 1, 6 мес.)

Вирусный гепатит С

- ❖ Источник – только человек (больной или вирусоноситель)
- ❖ Путь передачи – парентеральный (препараты крови, инвазивные вмешательства, бытовые микротравмы, трансплацентарно, во время родов, при контаминации ребенка кровью матери). Возможен половой путь.
- ❖ Посттрансфузионный и парентеральный гепатит.
- ❖ Патогенез – цитолиз гепатоцитов.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель HCV-инфекции – РНК-содержащий вирус из семейства Flaviviridae. Геном вируса образован однонитевой РНК. HCV генетически гетерогенен: выделяют 6 основных генотипов (1-6) и не менее 50 ПОДТИПОВ.

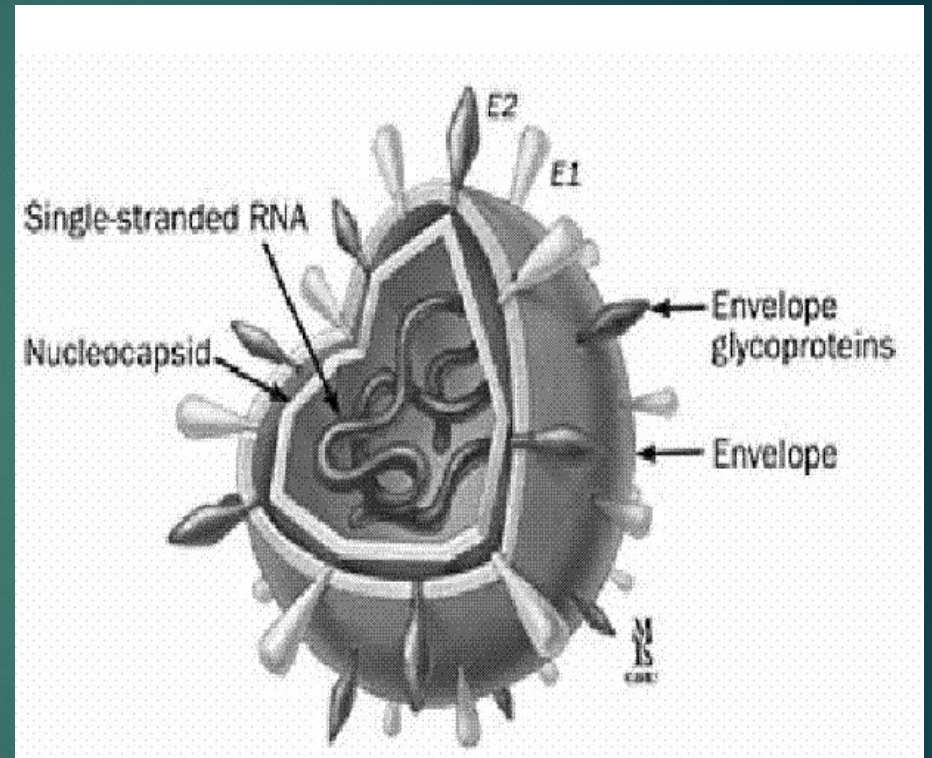
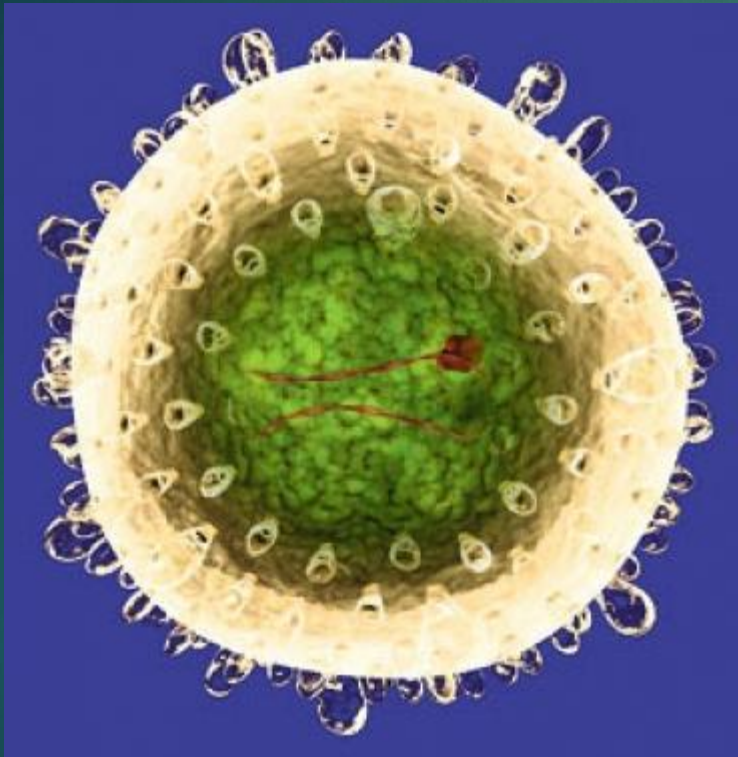


Рисунок 5 Вирус гепатита С

Эпидемиология

Распространенность HCV – инфекции также значительно варьирует в различных регионах, составляя в среднем 0,5 – 2% (до 6,5 % в странах тропической Африки). HCV – инфекция обуславливает приблизительно 40 % случаев хронической патологии печени. Общее количество HCV-инфицированных в России – 1 млн. 700 тыс. человек.

Жизненный цикл вируса гепатита С

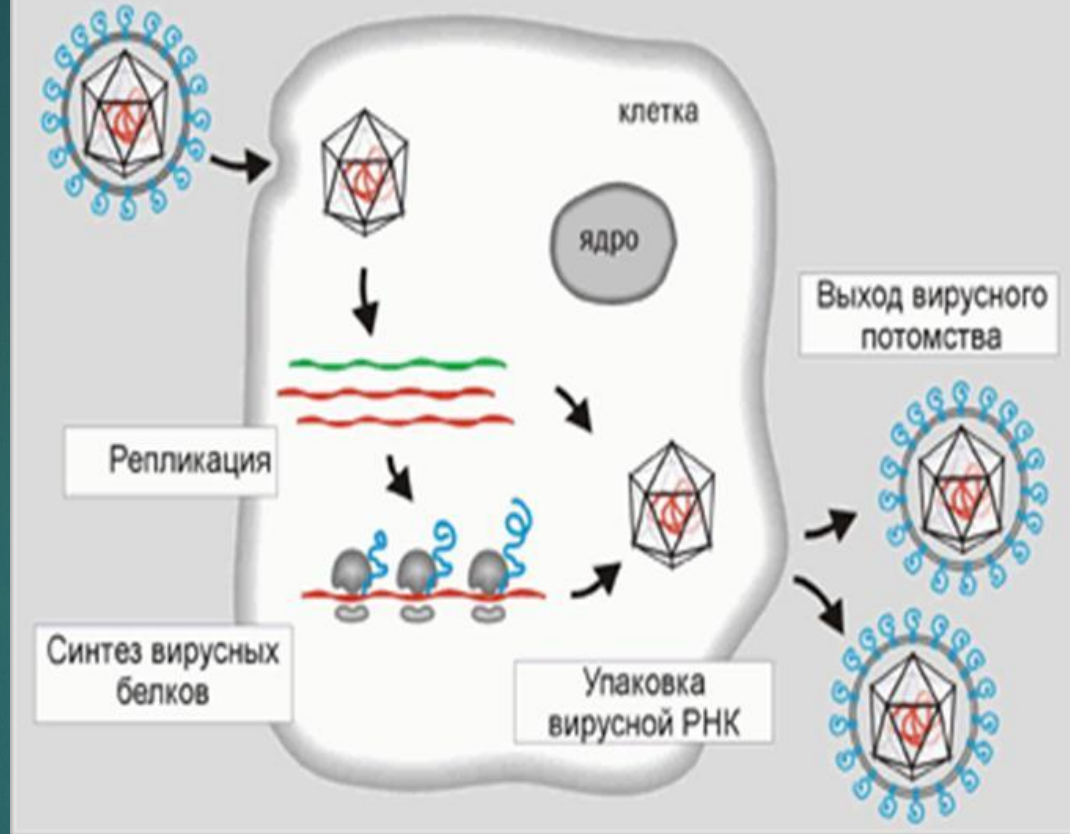


Рис. 6 Жизненный цикл вируса гепатита С

Клиническая картина вирусного гепатита С (ОВГС)

- ❖ Инкубационный период – 7-8 недель
 - чаще постепенное начало
- ❖ астено-вегетативный синдром, диспептические проявления
- ❖ потемнение мочи и обесцвечивание кала
- ❖ увеличение печени у всех, иногда селезенки
- ❖ желтуха появляется редко в 15-40% больных ,
- ❖ повышение ферментов, у части больных – билирубина тимоловая проба – в норме или $>$ в 1,5-2 раза
- ❖ Течение – как правило острое. В 20-30% возможен переход в хроническую форму.

Лабораторные исследования

Обязательные методы обследования:

- ❖ Клинический анализ крови: возможны повышение СОЭ, лейкопения, лимфоцитоз, при фульминантной форме ОВГ – лейкоцитоз.
- ❖ Общий анализ мочи: при ОВГ и обострении ХВГ возможно появление жёлчных пигментов (преимущественно прямого билирубина), уробилина.
- ❖ Биохимический анализ крови:

- синдром цитолиза: повышение содержания АЛТ, АСТ;
- синдром холестаза: повышение содержания общего билирубина, холестерина, ЩФ, γ -глутамилтранспептидазы, обычно наблюдают при желтухе;
- синдром мезенхимального воспаления: повышенное содержание иммуноглобулинов, повышение тимоловой пробы, снижение сулемовой пробы;
- синдром печеночно-клеточной недостаточности: снижение протромбинового индекса, концентрации альбумина в сыворотке крови, холестерина, общего билирубина: выявляют при тяжелых формах ХВГ.


Маркёры вирусов гепатитов:

Вирус гепатита В:

HBsAg выявляется через 1-10 недель после инфицирования, его появление предшествует развитию клинических симптомов и повышению активности АЛТ/АСТ. При адекватном иммунном ответе он исчезает через 4-6 мес после инфицирования

HBeAg указывает на репликацию вируса в гепатоцитах; обнаруживают в сыворотке практически одновременно с HBsAg;

Анти-HBe (АТ к e-Аг) в комплексе с анти-HBc IgG и анти-HBs свидетельствует о полном завершении инфекционного процесса.



Анти-НВс (АТ к ядерному Аг) – важный диагностический маркёр инфицирования. Анти-НВс IgM – один из наиболее ранних сывороточных маркёров ХВГВ и чувствительный маркёр НВV-инфекции. Указывает на репликацию вируса и активность процесса в печени; его исчезновение служит показателем либо санации организма от возбудителя, либо развития интегративной фазы НВV-инфекции.

Анти-НВс IgG сохраняются многие годы; свидетельствуют об имеющейся или ранее перенесенной инфекции.

НВV-ДНК и ДНК-полимераза – диагностические маркёры репликации вируса.

Вирус гепатита С:

НСV РНК – самый ранний биохимический маркёр инфекции, возникает в срок от нескольких дней до 8 нед после инфицирования. В случаях выздоровления от ОВГС вирусная РНК исчезает из крови в течение 12 недель после появления первых симптомов.

Анти-НСV определяют в крови не ранее чем через 8 нед после инфицирования. Он присутствует в крови приблизительно у половины больных с клинически манифестным ОВГС в дебюте заболевания. При субклинической инфекции АТ обычно появляются намного позже.

Вирус гепатита D: анти-HDV IgM, HDV РНК (маркёр репликации HDV).

Дополнительные методы обследования:

- ❖ Анализ кала: снижение содержания или отсутствие стеркобилина из-за прекращения поступления жёлчи в кишечник; появление стеркобилина в кале в желтушный период ОВГ – свидетельство разрешения желтухи.
- ❖ Концентрация в крови α -фетопротеина (скрининг гепатоцеллюлярной карциномы). Это исследование необходимо проводить в динамике.

Инструментальные исследования

Обязательные методы обследования:

- ❖ УЗИ печени и селезёнки: характерно повышение эхогенности паренхимы, уплотнения по ходу сосудов печени;
- ❖ Биопсия печени необходима для оценки степени поражения печени.

Дополнительные методы обследования:

- ❖ КТ органов брюшной полости;
- ❖ ФЭГДС.

Лечение

Немедикаментозное лечение:

- ❖ При ОВГ и обострениях ХВГ необходимо соблюдение постельного или полупостельного режима.
- ❖ Необходима сбалансированная диета. Употребление белков, натрия и жидкости ограничиваются только при декомпенсированном циррозе печени.
- ❖ Рекомендуют исключить прием алкоголя.

Лекарственная терапия:

Острые вирусные гепатиты: лечение преимущественно симптоматическое – дезинтоксикационная инфузионная терапия, энтеросорбенты, урсодезоксихолевая кислота при выраженном холестазе, в тяжёлых случаях – ГКС.

Специфическая противовирусная терапия показана при ОВГС. Обычно применяют интерферон альфа по 3 млн МЕ подкожно в течение 12-24 нед в комбинации с рибавирином, что позволяет существенно снизить риск развития ХГС.

Хронический вирусный гепатит В:

- Интерферон альфа в дозе 5 млн МЕ/сут подкожно или 10 млн МЕ 3 раза в неделю в течение 4-6 месяцев.

- Пэгинтерферон альфа-2а (ПЕГАСИС) доза 180 мкг, подкожно 1 раз в неделю. Продолжительность лечения – 1 год.


- Ламивудин назначают по 100 мг/сут перорально. Продолжительность курса лечения – 1 год.

Хронический вирусный гепатит С:

Обычно проводят комбинированную терапию:

- пэгинтерферон альфа-2а по 180 мкг/кг подкожно 1 раз в неделю с рибавирином или пэгинтерферон альфа-2b по 1,5 мкг/кг подкожно 1 раз в неделю с рибавирином, дозировка которого зависит от массы тела.

Монотерапию пэгинтерфероном альфа-2а или альфа-2b проводят при наличии противопоказаний к приёму рибавирина.




Хронический вирусный гепатит D: лечение хронического гепатита D до настоящего времени остается нерешенной проблемой. Рекомендуется использовать интерферон альфа в высоких дозах (9-10 млн МЕ подкожно через день в течение не менее 48 нед), однако эффективность такой терапии довольно низкая.

Профилактика

Специфическая профилактика разработана только для гепатита В и включает в себя:

- ❖ мероприятия по предупреждению наркомании и беспорядочных половых связей;
- ❖ обязательную проверку на маркёры вирусных гепатитов препаратов крови и органов для трансплантации.
- ❖ необходимость соблюдать медицинским работникам предельную осторожность при



обращении с опасными в инфекционном отношении материалами (кровь и другие медицинские жидкости) или контактировавшими с ними медицинскими инструментами.

❖ Вакцинация против гепатита В показана всем новорожденным и детям до 12 лет, а также подросткам и взрослым из группы риска. В РФ с этой целью применяют генно-инженерные рекомбинантные вакцины.

Хронические вирусные гепатиты (парентеральные гепатиты)

Хронический вирусный гепатит (ХВГ) – это хроническое воспаление печени, вызываемое гепатотропными вирусами, продолжающееся без тенденции к улучшению не менее 6 месяцев.

Подавляющее большинство случаев ХВГ обусловлено вирусами гепатитов В, С и D. Роль других гепатотропных вирусов (Е, G, TTV, SEN и пр.) сомнительна.

Классификация хронических гепатитов (принята на Международном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе в 1994 г.)

Этиология	Активность	Стадия фиброзирования
Хронический вирусный гепатит (В, С, D)	Минимальная (ИГА 1–3)	0 — без фиброза
Хронический вирусный гепатит (не характеризуемый иным образом)	Низкая (ИГА 4–8)	1 — слабо выраженный (перипортальный) фиброз
Хронический гепатит, не классифицируемый как вирусный или как аутоиммунный	Умеренная (ИГА 9–12)	2 — умеренно выраженный фиброз (порто-портальные септы)
Аутоиммунный гепатит	Высокая (ИГА 13–18)	3 — тяжёлый фиброз (портоцентральные септы)
Хронический лекарственный гепатит		4 — цирроз печени
Первичный билиарный цирроз		
Первичный склерозирующий холангит		
Болезнь Уилсона–Коновалова		
Болезнь печени, вызванная недостаточностью α -антитрипсина		

Врачебно-трудова́я эксперти́за

Временная нетрудоспособность у больных хроническими гепатитами возникает в период обострения и составляет при I степени активности процесса 2-3 недели, при II – 3-4 недели. Рациональное трудоустройство больных, работающих в противопоказанных условиях труда, осуществляется по заключению и рекомендациям КЭК.

Диспансеризация

Проводятся регулярные осмотры больных с обязательным определением в крови основных биохимических показателей: билирубина, белка и его фракций, активности аминотрансфераз, протромбина. Назначается базисное или другие варианты лечения. Частота обследования зависит от формы хронического гепатита.



Клиника с вирусом гепатитом



Гісунок 9 іктеричність склер

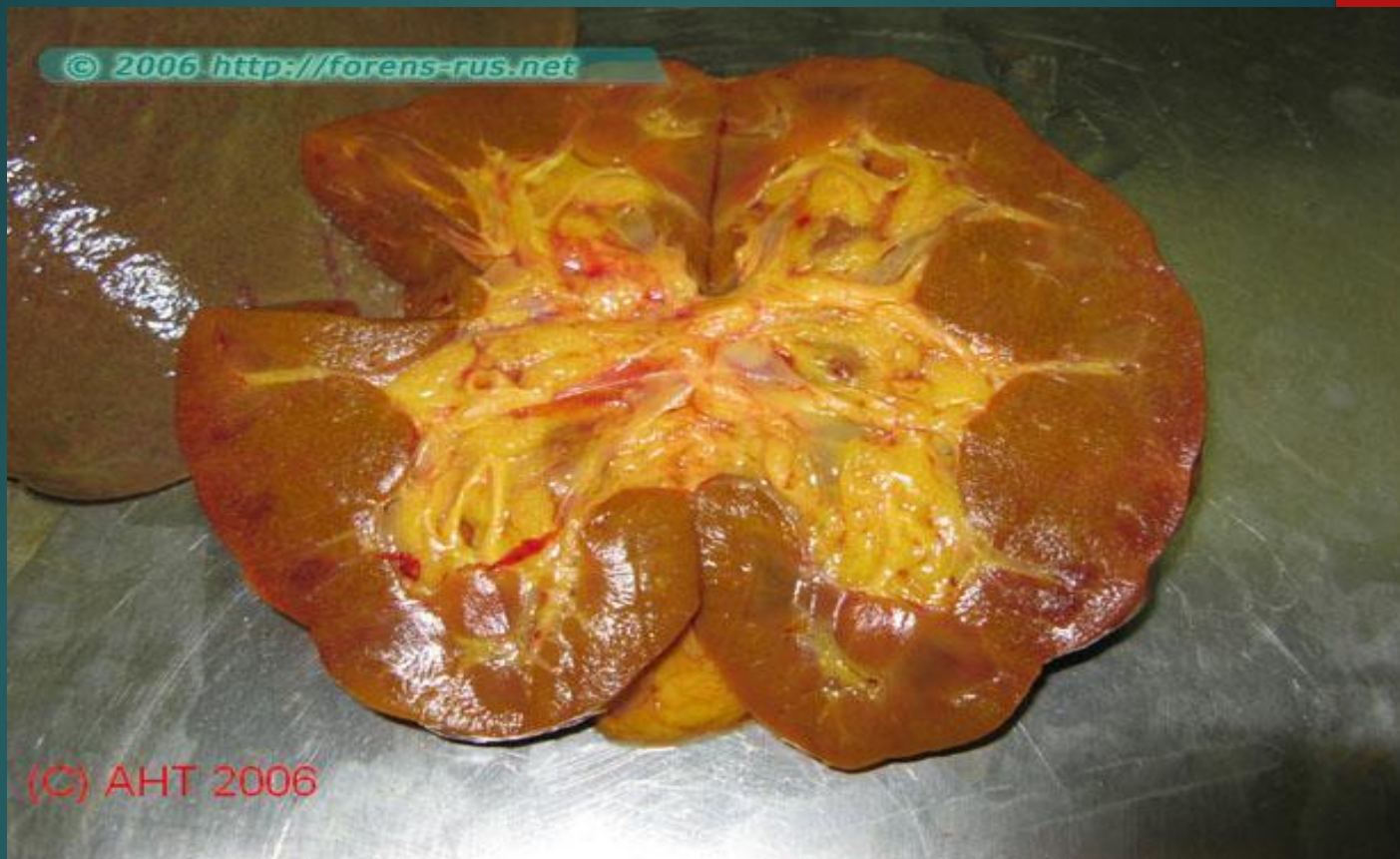


Рисунок 10 Печень на разрезе при вирусном гепатите



Нарушенные потребности

1. Нормальное дыхание

1. Адекватное питание и питье.

2. Физиологические отправления.

3. Безопасность.

4. Гигиена и смена одежды.

5. Поддержание температуры тела.





Список рекомендуемых

ИСТОЧНИКИ

1. Антонова Т.В., Антонов Д.В. «Сестринское дело при инфекционных болезнях и курс ВИЧ-инфекции, эпидемиологии», ГЭОТАР-Медиа, 2014 г.
2. А.К. Белоусова, НВ. Дунайцева, Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии Ростов-на-Дону, Феникс, 2014 год
3. Двойников С.И., Жилина Л.С. Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: Учебное пособие.- М.: АНМИ, 2005.-284с.
4. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2017. – 512 с.(Медицина для вас).
5. Ющук Н.Д., Кареткина Г.Н., Мельникова Л.И., Инфекционные болезни, ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Какое осложнение может возникнуть при несоблюдении диеты при ВГ?
2. Двигательный режим при тяжелом течении гепатита?
3. Специфическое лечение проводится?
4. Симптоматическое лечение проводится?
5. Показаниями для госпитализации в инфекционное отделение служат?

Задания для самостоятельной подготовки

1. Составить план ухода за пациентом с вирусным гепатитом.
2. Составить памятку рекомендаций по питанию
3. Обучить родственников профилактики вирусного гепатита.

ВИЧ - инфекция

- ▶ Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, сопровождающееся поражением **иммунокомпетентных** и других клеток-мишеней, что приводит к развитию **вторичного иммунодефицитного состояния** с последующим формированием широкого спектра ВИЧ-ассоциированных симптомов, оппортунистических инфекций, злокачественных опухолей с неизбежным **летальным исходом**.

ЭТИОЛОГИЯ

- ▶ Открытие: 1983г Л. Монтанье, Р. Галло
- ▶ Род - Lentivirus
- ▶ Семейство –Retroviridae
- ▶ Серотипы ВИЧ-1,ВИЧ-2
- ▶ Широкая антигенная изменчивость
- ▶ Не оказывает цитолитического действия на моноциты и макрофаги
- ▶ Активно реплицируется в этих клетках
- ▶ Фагоциты служат резервуаром ВИЧ
- ▶ Фагоциты способствуют распространению вируса по организму

Эффективность сан.мероприятий

ВИЧ – слабоустойчив во внешней среде.

- ▶ при кипячении гибнет через 1 мин.
- ▶ при нагревании до 56°C – через 30 мин.
- ▶ при обработке 96% спиртом через 1 мин.
- ▶ при обработке 70% спиртом через 3-5 мин.
- ▶ при применении дезсредств (хлорамин, хлорная известь, перекись водорода) гибель вируса в культуре происходит через 3-5 мин.
- ▶ Устойчив в УФО и ионизирующей радиации.

Где обитает ВИЧ

- ВИЧ содержится во всех биологических жидкостях организма, но в эпидемиологически значимых концентрациях он имеется в: **крови, сперме, влагалищном секрете, молоке**

Пути передачи ВИЧ



- ▶ **половой** (гомо- и гетеросексуальный)
- ▶ **парентеральный** (трансфузионный, инъекционный)
- ▶ **трансплантационный**
- ▶ **вертикальный** (трансплацентарный, интранатальный, с молоком матери)
- ▶ **Во время беременности** (последний триместр 5 – 20% детей)
- ▶ **Во время родов** (50 – 60% детей)
- ▶ **При грудном вскармливании** (12 – 13 % детей)

Течение ВИЧ-инфекции у детей

- ❖ Быстрое прогрессирование: (15-20%) СПИД или смерть в первые 3 года
- ❖ Медленное прогрессирование: (75-80%) Ср. продолжительность жизни 8-9.5 лет Более быстрое прогрессирование, чем у взрослых
- ❖ Длительное отсутствие прогрессирования (5%)

Клиника ВИЧ-инфекции у детей

- ▶ Более быстрое прогрессирование
- ▶ Частое присоединение бактериальных инфекций
- ▶ Патология со стороны ЦНС
- ▶ Задержка физического и психомоторного развития
- ▶ Анемия
- ▶ Тромбоцитопения
- ▶ Наличие специфичных для детского возраста нозологических форм (паротит, лимфоидная интерстициальная пневмония)
- ▶ Реже встречаются оппортунистические инфекции грибковой, вирусной, протозойной этиологии и злокачественные опухоли.

РАННИЕ ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Клинические

- ▶ Гепатоспленомегалия
- ▶ ПГЛ (особенно аксиллярные и паховые)
- ▶ Персистирующий оральный кандидоз
- ▶ Задержка роста и развития
- ▶ Хроническая диарея

Лабораторные

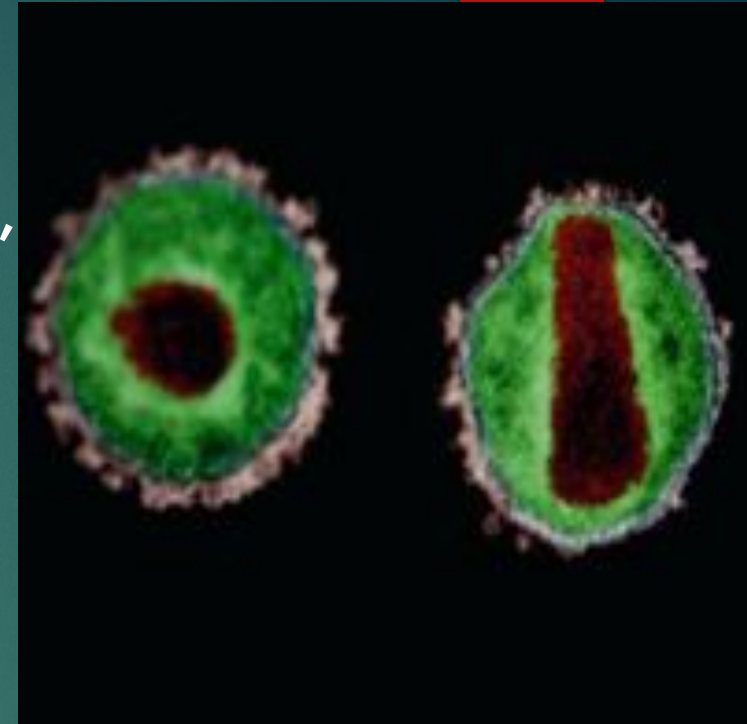
- ▶ анемия
- ▶ лейкопения
- ▶ тромбоцитопения
- ▶ повышение трансаминаз
- ▶ гипергаммаглобулинемия

Ведущие Клинические симптомы и синдромы у детей

- ▶ ВИЧ-ассоциированные (базисные) симптомы (ГЛАП, гепатомегалия, спленомегалия, вастинг-синдром, ЛИП, ВИЧ-энцефалопатия, серозный менингит, вакуолярная миелопатия, нейропатия, миокардиопатия, миопатия, энтеропатия, паротит, нефропатия, эндокринопатии, анемия, тромбоцитопения, длительная немотивированная лихорадка)
- ▶ Оппортунистические инфекции.
- ▶ Злокачественные опухоли (саркома Капоши, β -клеточная лимфома)

Лабораторная диагностика ВИЧ

1. Вирусологический метод
2. Серологический метод (ИФА, иммуноблотинг).
3. Молекулярно-генетические методы:
 - ПЦР качественная (ДНК провируса)
 - ПЦР количественная (РНК-ВНК)
 - Определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам
4. Иммунный статус



Диагностика ВИЧ у детей раннего возраста при вертикальной передаче

- ▶ Наличие материнских АТ к ВИЧ до 1 года
- ▶ У детей 1-го мес – отсутствует репликация ВИЧ (не выявляется вирус и его геном)
- ▶ ИФА, ИБ при рождении и в 9, 12, 18 мес.
- ▶ ПЦР (кач) при рождении, в 1,5 и 6 мес.
- ▶ CD4-лимфоциты при рождении, в 3, 6, 9, 12, 18 мес.
- ▶ ВИЧ-инфекция подтверждается при наличии 2-х положительных результатов исследования двух отдельных образцов крови с помощью ПЦР.

Принципы терапии ВИЧ-инфекции

- ❖ Предупреждение прогрессирования болезни
- ❖ Ранняя диагностика и лечение оппортунистических инфекций
- ▶ Полноценная диета
- ▶ Психоэмоциональная поддержка
- ▶ Этиотропная терапия (противовирусная)
- ▶ Патогенетическая (восстановление иммунного статуса путем заместительной терапии: иммуноглобулины, интерфероны, КСФ, эритропоэтин, тимопоэтин)
- ▶ Лечение СПИД-индикаторных и оппортунистических болезней (ацикловир, ганцикловир, преднизолон, кетоконазол, рулид, рифампицин, бисептол, метакельфин)
- ▶ Симптоматическая терапия (поливитамины, эубиотики, ферменты, десенсибилизирующие препараты)

Показания к началу ВААРТ у детей

- ▶ Клинические проявления, связанные с ВИЧ-инфекцией (К А,В,С);
- ▶ Наличие иммуносупрессии на основании абсолютного и относительного количества CD4 Т-лимфоцитов (ИК 2, 3)
- ▶ Высокое или нарастающее количество вирусных копий (ВНК)
- ▶ Возраст менее 12 мес.

Профилактика инфицирования новорожденного ВИЧ через грудное вскармливание

- ▶ **Детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей**, следует не прикладывать к груди и не кормить материнским молоком, а сразу же после рождения переводить на искусственное вскармливание. **Назначить женщине препараты, прекращающие лактацию.**
- ▶ **Детей, родившихся от женщин, не обследованных на ВИЧ**, рекомендуется с согласия матери не прикладывать к груди и не вскармливать его сцеженным материнским молоком до получения отрицательного результата обследования матери на ВИЧ (при этом лактация у матери сохраняется — она сцеживает грудь)

Схемы АРВ препаратов для химиопрофилактики у новорожденного

1. С первых 8-12 часов жизни - **Зидовудин** – (Азидотимидин, Ретровир) перорально в форме сиропа 4 мг/кг 2 раза в сутки, или 2мг/кг 4 раза в сутки длительностью 6 недель. Перерасчет дозы производится при изменении массы тела ребенка на 10% и более.
2. **Невирапин** (Вирамун) по 2 мг/кг препарата однократно в форме суспензии для перорального приема
3. Если женщина не получала АРВ препараты во время беременности целесообразно одновременное назначение ребенку **зидовудина и невирапина**
4. Если мать ребенка во время беременности и родов получала комбинированную АРВ- терапию, ребенку может быть назначена комбинация из **2** или **3** препаратов
 - ▶ Триметоприм/сульфаметоксазон ребенку с 4-6 недель до 4 мес для профилактики пневмоцистной пневмонии

Полное обследование ребенка с ВИЧ

- ▶ Клинический анализ крови (при рождении, в 1,5, 3, 6, 9, 12, 18 мес)
- ▶ Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза, креатинин, мочевины, ЛДГ) (при рождении, в 1,5, 3, 6, 9, 12, 18 мес)
- ▶ Иммунограмма 6, 12, 18 мес.
- ▶ Обследование на ВУИ (сифилис, вирусные гепатиты В и С, ЦМВ-инфекция, ВПГ-инфекция, токсоплазмоз) при рождении, в 6, 12, 18 мес)
- ▶ Оценка психомоторного и физического развития и физикальных данных
- ▶ Лабораторные и инструментальные методы исследования по показаниям



:

Спасибо за внимание