

2022



Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России
Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения
Минздрава России

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Министерство здравоохранения Омской области
Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»**

Эпидемия ВИЧ-инфекции является угрозой стабильности развития современного общества большинства стран мира, включая Российскую Федерацию. Она требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработку системы длительной защиты и противодействия. Всего зарегистрировано более 1,5 миллионов ВИЧ-инфицированных россиян и сообщено о смерти более 400 тысяч.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Омской области остается напряженной. По состоянию на 1 мая 2022 года за весь период регистрации (1996-2022 годы) выявлено 23 398 случаев ВИЧ-инфекции у населения Омской области. Показатель пораженности за 1996-2022 годы составил 1229,1 на 100 тысяч населения.

За весь период регистрации ВИЧ-инфекция была впервые выявлена у 1460 беременных женщин, в том числе в 2020 году у 61 женщины, в 2021 году у 60 женщин и за 4 месяца 2022 года у 22 женщин. От ВИЧ-инфицированных матерей родилось всего 2537 детей, в том числе в 2020 году – 228 детей, в 2021 году – 235 детей и за 4 месяца 2022 года – 75 детей.

На 1 мая 2022 года на диспансерном учете состоит 169 ВИЧ-инфицированных детей от 0-18 лет. Все 169 детей получают антиретровирусную терапию. По возрастам дети распределились следующим образом: до 1 года – 1 ребенок, от 1-5 лет – 43 ребенка, 6-9 лет – 63 ребенка, подростков от 10-17 лет – 62. По путям передачи преобладает вертикальный путь (от матери ребенку). 157 детей заразились ВИЧ-инфекцией от ВИЧ-инфицированных матерей. В 2021 году выявлено и поставлено на диспансерное наблюдение 10 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция с половым путем заражения. В БУЗОО «ЦПБСИЗ» также наблюдается 365 детей с диагнозом «Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции – R75».

По данным БУЗОО «ЦПБСИЗ» на 1 мая 2022 года

Главный внештатный специалист по
проблемам диагностики и лечения
ВИЧ-инфекции Минздрава России
Главный врач ФКУ «Республиканская
клиническая инфекционная больница»
Минздрава России

Е.Е. Воронин
2018 г.



РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Разработаны: Республиканская клиническая
инфекционная больница
Минздрава России
Департамент медицинской помощи
детям и службы родовспоможения
Минздрава России

Воронин Е.Е.
Афониная Л.Ю.
Байбарина Е.Н.
Чумакова О.В.
Садовникова В.Н.

Нормативная база

Основанием для разработки методических рекомендаций по раннему выявлению ВИЧ-инфекции явились:

1. Федеральный Закон Российской Федерации от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

Статья 4. Гарантии государства.

Государством гарантируется предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2. «Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2020г. № 3468-р»

информирование медицинских работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, по вопросам раннего выявления ВИЧ-инфекции у детей.

Задача данных рекомендаций – предоставить медицинским работникам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, достоверную информацию о ВИЧ-инфекции, необходимую для своевременного принятия должных мер по раннему выявлению ВИЧ-инфекции у детей и их лечению.

Ожидаемые результаты: повысить информированность медицинских работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, по вопросам раннего выявления ВИЧ-инфекции у детей. Снизить инвалидность и смертность детей с ВИЧ-инфекцией.

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Методические рекомендации предназначены для руководителей и медицинских работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям. Рекомендации содержат необходимую информацию по реализации мер, направленных на раннее выявление ВИЧ-инфекции у детей, снижение инвалидности и смертности детей с ВИЧ-инфекцией.

Основные положения рекомендаций могут быть внесены в локальные акты медицинских организаций (например, устав, приказ руководителя и т.д.), определяющих реализацию мероприятий в части снижения инвалидности и детской смертности.

Данные рекомендации могут регулировать процессы информирования медицинских работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, о раннем выявлении ВИЧ-инфекции у детей, своевременного оказания медицинской помощи детям с ВИЧ-инфекцией и их взаимодействия с сотрудниками Центров по профилактике и борьбе со СПИД(ом), а также определять меру ответственности руководителей медицинских организаций за соблюдение действующего законодательства.

ВВЕДЕНИЕ

С каждым годом в Российской Федерации увеличивается количество людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в том числе детей.

Диагностика ВИЧ-инфекции у ребенка не представляет трудностей в том случае, если его ВИЧ-инфицированная мать состояла на учете во время беременности и придерживается декретированных сроков обследования ребенка: первое диагностическое обследование методом ПЦР (полимеразная цепная реакция) выполняется в возрасте 6–8 недель и с вероятностью более 90% позволяет сделать заключение о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у ребенка.

Однако у каждого пятого ребенка в России ВИЧ-инфекция выявляется в возрасте 2–14 лет в поздних стадиях заболевания. Причинами позднего выявления являются, прежде всего, серонегативность матери во время беременности, желание матери скрыть наличие у нее ВИЧ-инфекции, СПИД-диссидентство, низкая приверженность матери диспансерному наблюдению в Центре профилактики и борьбы со СПИДом.

подавляющее большинство детей с поздно выявленной ВИЧ-инфекцией состояли под наблюдением участковых педиатров, а многие из них неоднократно госпитализировались в стационары, при этом обследование на ВИЧ-инфекцию не проводилось, несмотря на наличие отчетливых клинико-эпидемиологических показаний.

Учитывая данный факт, педиатрам лечебно-профилактических учреждений следует проявлять настороженность в отношении ВИЧ-инфекции в условиях ее широкого распространения в Российской Федерации и предлагать обследование на ВИЧ-инфекцию при появлении первых признаков заболевания.

В первые месяцы и годы после инфицирования проявления ВИЧ-инфекции могут носить неспецифический характер:

отставание в физическом, психомоторном, речевом развитии; длительное увеличение нескольких групп лимфатических узлов; гепатоспленомегалия; рецидивирующие и затяжные инфекции верхних и нижних дыхательных путей; персистирующие дерматиты;

цитопенический синдром (лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения, анемия) и другие. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции клинические проявления зависят от степени поражения иммунной системы: чем тяжелее иммунодефицит, тем чаще и тяжелее болеет ребенок.

ВИЧ-инфекция – инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Характеризуется поражением иммунной, нервной и других систем и органов с хроническим прогрессирующим течением и развитием вторичных заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза.

До настоящего времени ВИЧ-инфекция остается неизлечимым заболеванием и добиться элиминации вируса не удастся. Однако с помощью антиретровирусных препаратов можно блокировать размножение ВИЧ и снизить содержание вируса в крови вплоть до неопределяемого уровня. Это приводит к восстановлению субпопуляции CD4-лимфоцитов, предотвращению развития иммунодефицита и, как следствие, к предотвращению появления или облегчению течения вторичных заболеваний. В результате улучшается качество и увеличивается продолжительность жизни пациента. У детей с незрелой иммунной системой назначение антиретровирусной терапии (АРВТ) дает возможность завершить процесс ее развития. АРВТ проводится пожизненно.

ПРОГНОЗ ПЕРИНАТАЛЬНО ПРИОБРЕТЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Суммарный риск прогрессирования инфекции до стадии СПИДа очень быстро нарастает к концу первого года жизни ребенка, затем темп прогрессии постепенно снижается и составляет около 2-3% в год. Примерно у 20% детей быстро развивается тяжелая форма иммунодефицита с развитием вторичных инфекций и во многих случаях энцефалопатия. Большинство детей этой группы умирает до пятилетнего возраста. У оставшихся 80% детей иммунодефицит развивается постепенно.

Абсолютно неблагоприятным является прогноз течения ВИЧ-инфекции в следующих случаях (особенно при их сочетании):

- позднее выявление ВИЧ-инфекции;
- отсутствие антиретровирусной терапии;
- отсутствие профилактики вторичных заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Большое количество циркулирующих в крови вирусных частиц («вирусная нагрузка») определяет вероятность быстрого снижения количества иммунных клеток. Имеется четкая связь между темпом снижения количества CD4-лимфоцитов и скоростью прогрессирования ВИЧ-инфекции у больного.

Результатом нарушений в иммунной системе является снижение сопротивляемости организма больного к вторичным инфекциям, онкологическим, гематологическим и лимфопролиферативным заболеваниям. Вследствие таких факторов, как прямое цитопатогенное действие вируса, иммуноопосредованный цитолиз, аутоиммунные реакции, поражаются клетки нервной и кроветворной систем, сердечно-сосудистая, костно-мышечная и эндокринная системы.

Все это обуславливает полиорганность поражений и разнообразие клинической симптоматики.

Клиническая картина ВИЧ-инфекции складывается из проявлений основного заболевания (генерализованное увеличение лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки, энцефалопатия, синдром истощения, цитопенический синдром); вторичных заболеваний инфекционного (так называемые оппортунистические инфекции) и неинфекционного генеза; заболеваний, имеющих с ВИЧ одинаковые механизмы передачи (вирусные гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем); сопутствующих заболеваний/ состояний, могущих повлиять на течение ВИЧ-инфекции.

Клинические проявления в зависимости от стадии заболевания

Первичная ВИЧ-инфекция протекает с неспецифическими клиническими проявлениями (лихорадка, высыпания на коже и

слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит, увеличение печени и селезенки, диарея, «асептический менингит», поражения аутоиммунной природы). У детей часто отмечаются тромбоцитопеническая пурпура, синдром полиорганной недостаточности, генерализованные формы внутриутробных инфекций, акрогепатомегалия, акроспленомегалия, выраженное нарушение физического и психомоторного развития. Длительность этой стадии составляет от нескольких дней до нескольких месяцев, чаще 2-3 недели.

У большинства больных стадия первичных проявлений переходит в субклиническую, которая характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита. Основным клиническим проявлением является персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (увеличение более двух лимфоузлов, более чем в двух не связанных между собой группах (не считая паховых), диаметром у детей более 0,5 см, сохраняющиеся в течение более 3 месяцев). Длительность субклинической стадии составляет от 2-3 до 20 и более лет, в среднем 6-7 лет.

Стадия вторичных заболеваний связана с истощением популяции CD4-лимфоцитов вследствие размножения ВИЧ. На фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания:

– при снижении CD4-лимфоцитов до 500-350 клеток/мм (у детей старше 5 лет) развиваются бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;

– снижение CD4-лимфоцитов до 350-200 клеток/мм (у детей старше 5 лет) характеризуется поражением внутренних органов, потерей веса, лихорадкой, локализованной саркомой Капоши, поражением периферической нервной системы;

– резкое истощение популяции CD4-лимфоцитов (менее 200 клеток/мм у детей старше 5 лет) характеризуется развитием генерализованных форм тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, поражением центральной нервной системы.

В терминальной стадии снижение CD4-лимфоцитов достигает критического уровня (менее 50 клеток/мм у детей старше 5 лет), и вторичные заболевания носят необратимый характер. Как правило, большой погибает в течение нескольких месяцев.

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ) отмечается у 90–100% ВИЧ-инфицированных детей. Наиболее часто увеличиваются затылочные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы (особенно значимо увеличение аксиллярных лимфатических узлов).

Бактериальные инфекции наблюдаются часто, в стадии вторичных проявлений протекают тяжело, как правило, требуют госпитализации ребенка. Бактериальные инфекции с тяжелым хроническим или рецидивирующим течением у детей отнесены к СПИД-индикаторным заболеваниям.

Наиболее распространенными бактериальными инфекциями у ВИЧ-инфицированных детей являются:

- хронический гнойный отит;
- гнойные поражения кожи на фоне дерматита или экземы;
- пневмония;
- гастроэнтероколиты;
- менингит;
- остеомиелит;
- бактериальный сепсис.

Вторичные (оппортунистические) инфекции, возникающие на фоне выраженного снижения иммунореактивности, вызываются, как правило, условно-патогенной флорой.

Пневмоцистная пневмония регистрируется у детей первого года жизни даже на фоне нормальных показателей CD4-лимфоцитов, а у детей более старшего возраста – в стадии вторичных заболеваний при тяжелом нарушении иммунитета. Риск летального исхода может достигать 40–70%. Развитие заболевания – от постепенного до внезапного. Тяжесть состояния обусловлена выраженной дыхательной недостаточностью вследствие обструкции альвеол и бронхиол секретом жизнедеятельности пневмоцист при минимально

выраженных физикальных данных.

Кандидозная инфекция по частоте встречаемости занимает второе место и проявляется в виде грибковых поражений кожи, слизистых оболочек полости рта, глотки, пищевода, а при выраженном иммунодефиците протекает в виде генерализованных форм.

Лимфоидная интерстициальная пневмония и легочная лимфоидная гиперплазия (ЛИП/ЛЛГ) являются специфичными для ВИЧ-инфекции у детей и наиболее часто диагностируются в возрасте старше 2 лет. Развитие заболевания постепенное (кашель, тахипноэ на фоне лимфаденопатии и увеличения околоушных слюнных желез); клиническое течение разнообразно, при тяжелом течении быстро прогрессирует гипоксия. Возможны случаи спонтанного исчезновения симптомов и внезапное обострение на фоне инфекций верхних дыхательных путей.

Нарушение физического развития – снижение прибавки массы тела и замедление темпов роста обусловлены различными факторами: ВИЧ-инфекцией и вторичными заболеваниями, синдромом нарушенного кишечного всасывания, проблемами психосоциального характера.

Гипертермия – повышение температуры тела более 38°C в течение длительного времени наблюдается часто и иногда трудно поддается объяснению.

Синдром истощения включает следующие симптомы:

- стойкая потеря массы тела более 10% от должной;
- хроническая диарея (жидкий стул 2 и более раза в сутки в течение 30 дней и более) или документированная лихорадка (более 30 дней) с большими колебаниями температуры или постоянная.

Опухоли у детей регистрируются редко. Следует проявлять настороженность в отношении В-клеточных лимфом (Беркитта), а у детей старшего возраста и подростков – и в отношении саркомы Капоши.

Поражение органов и систем

Поражение центральной нервной системы связано с поражением клеток микроглии вирусом иммунодефицита, а также вто-

ричными заболеваниями мозга (токсоплазмоз, герпес, цитомегалия, лимфома и др.) и/или их осложнениями (парезы, параличи, гидроцефалия, судороги, нарушение мозгового кровообращения). ВИЧ-энцефалопатия характеризуется задержкой роста и развития мозга, утратой навыков, замедлением нервно-психического развития ребенка.

Поражение кожных покровов и слизистых оболочек – грибковые, бактериальные и вирусные поражения кожи, дерматиты, экземы, пятнисто-папулезная сыпь.

Хронический паротит наблюдается примерно у 20% детей, часто сочетается с ПГЛ и ЛИП/ЛЛГ.

Поражение органов дыхания обычно связано с вторичными инфекциями, ЛИП/ЛЛГ.

Поражение сердца и почек может проявляться аритмией, сердечной недостаточностью, отеками, изменениями в анализе мочи, сердечно-сосудистой и почечной недостаточностью, как правило, развивается на поздних стадиях заболевания.

Поражение желудочно-кишечного тракта и органов брюшной полости регистрируется очень часто:

– снижение аппетита, тошнота и/или рвота могут быть обусловлены прогрессированием ВИЧ-инфекции, вторичными заболеваниями;

– гепато- и спленомегалия появляются уже на ранних стадиях заболевания;

– диарея может быть проявлением вторичных заболеваний (грибковой, вирусной, бактериальной природы), синдрома мальабсорбции.

РАННИЕ ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Клинические симптомы:

– гепатоспленомегалия (у детей, не инфицированных ВИЧ, может быть обусловлена инфекциями, передаваемыми от матери – цитомегалией, токсоплазмозом, сифилисом, вирусным гепатитом и др.);

– персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (осо-

бенно увеличение аксиллярных и паховых лимфоузлов);

– кандидоз полости рта – персистирующая молочница;

– задержка роста, нарушение прибавки массы тела, отставание в психомоторном развитии.

Лабораторные отклонения:

– лейкопения;

– анемия;

– тромбоцитопения;

– повышение аминотрансфераз;

– гипергаммаглобулинемия;

– соотношение $CD4/CD8 < 1,0$.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используются методы обнаружения антител к ВИЧ, а также антигенов и генного материала ВИЧ.

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными серопозитивными женщинами, в первые полтора года жизни в крови присутствуют материнские антитела к ВИЧ, в связи с чем у детей младше 18 месяцев наряду с методами, направленными на выявление антител к ВИЧ, используются молекулярные методы диагностики, позволяющие выявить нуклеиновые кислоты ВИЧ.

Выявление антител к ВИЧ

В России стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга. Антитела к ВИЧ появляются у 90-95% зараженных в течение 3 месяцев после заражения.

Методы диагностики ВИЧ-инфекции, основанные на определении антител класса IgG, не являются диагностически значимыми у детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции вплоть до возраста 18 месяцев, когда материнские антитела полностью разрушаются у всех детей.

У детей в возрасте 18 месяцев и старше отрицательный результат обследования на антитела к ВИЧ позволяет исключить ВИЧ-инфекцию (при отсутствии гипогаммаглобулинемии и клинических проявлений ВИЧ-инфекции), а получение положительных результатов обследования на антитела к ВИЧ является основанием для подтверждения ВИЧ-инфекции.

Обнаружение генетического материала ВИЧ

Выявление нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами или получение культуры вируса в первые 48 часов жизни свидетельствуют о внутриутробном инфицировании (приблизительно треть детей, получивших вирус от матери). Если инфицирование произошло в родах – результат исследования отрицателен на первой неделе и становится положительным в течение первых месяцев жизни ребенка.

При использовании молекулярных методов диагностики ВИЧ-инфекция выявляется у большинства инфицированных детей к возрасту 2 месяца и практически у всех – к возрасту 4-6 месяцев.

Первое обязательное исследование на ДНК/РНК ВИЧ проводится через 2 недели после окончания курса профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, т.е. в возрасте 6-8 недель.

Положительный результат не является окончательным, но с большой долей вероятности (около 98%) указывает на ВИЧ-инфицирование. В этом случае повторное исследование проводится в ближайшее время обязательно с другим образцом крови тем же методом.

Дети с отрицательными результатами исследований при рождении (если проводилось) и в возрасте 6-8 недель обследуются повторно в возрасте 4-6 месяцев.

ВИЧ-инфекция подтверждается при выявлении ДНК/РНК ВИЧ 2 и более раза в отдельных образцах крови.

Получение 2 и более отрицательных результатов молекулярных исследований, два из которых были произведены в возрасте 1 месяц и старше, а один из них – в возрасте 4 месяца и старше,

является диагностическим критерием, свидетельствующим против ВИЧ-инфекции.

Дети, рожденные матерями в ранней стадии ВИЧ-инфекции, когда антитела еще отсутствуют (период «серологического окна»), имеют очень высокий риск ВИЧ-инфекции, который еще более возрастает по мере увеличения продолжительности грудного вскармливания. В этой ситуации решающее значение для раннего выявления ВИЧ-инфекции у ребенка имеет настороженность персонала педиатрических лечебно-профилактических учреждений: при выявлении у ребенка клинико-лабораторных признаков, которые могут быть свидетельством ВИЧ-инфекции, следует провести обследование на антитела к ВИЧ.

Обследование ребенка на ВИЧ-инфекцию сопровождается консультированием родителей (лиц, ухаживающих за ребенком) и самого ребенка (соответственно возрасту) по вопросам тактики его ведения для окончательного установления диагноза.

Важно:

при выявлении антител к ВИЧ у ребенка любого возраста следует незамедлительно сообщить об этом в территориальный Центр по профилактике и борьбы со СПИДом и незамедлительно направить ребенка для дальнейшего обследования и наблюдения в данное учреждение.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАНнюю ДИАГНОСТИКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Важно:

- проявлять настороженность и проводить обследование на ВИЧ-инфекцию во всех случаях, когда невозможно ее исключить;
- выявление у ребенка любого из клинических проявлений, перечисленных в Российской классификации, является показанием для обследования на ВИЧ-инфекцию;
- при выявлении ВИЧ-инфекции у матери необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию всех детей в данной семье/у данной матери;

• при выявлении ВИЧ-инфекции у ребенка необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию мать и отца ребенка, а также всех детей в данной семье/у данных родителей.

**Клинические показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию
(в дополнение к клиническим проявлениям, указанным
в Российской классификации ВИЧ-инфекции)**

Признаки, встречающиеся как у ВИЧ-инфицированных детей, так и у детей, не инфицированных ВИЧ:

- гепатомегалия + спленомегалия – выраженные, стойкие, при отсутствии причин;
- паротит – хронический или рецидивирующий;
- бактериальные менингит, пневмония или сепсис у ребенка младше 2 лет;
- задержка психомоторного и физического развития.

Признаки, которые часто выявляются у детей с ВИЧ-инфекцией:

- *Mycobacterium tuberculosis*, легочная инфекция у подростка старше 13 лет;
- генерализованная лимфаденопатия, сохраняющаяся более 3 месяцев;
- лихорадка неясного генеза длительностью более 1 месяца;
- диарея длительностью более 1 месяца;
- анемия, лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения умеренной/тяжелой степени продолжительностью более 1 месяца;
- кандидоз полости рта у ребенка старше 6 месяцев, длящийся более 2 месяцев;
- миокардиодистрофия;
- цитомегаловирусная инфекция с началом в возрасте младше 1 месяца;
- вызванный вирусом простого герпеса рецидивирующий стоматит (более 2 эпизодов за 1 год);
- вызванные вирусом простого герпеса бронхит, пневмония,

эзофагит с началом в возрасте младше 1 месяца;

– опоясывающий герпес с вовлечением более 1 дерматома или повторный;

– токсоплазмоз с началом в возрасте младше 1 месяца;

– ветряная оспа – диссеминированная форма/осложненное течение;

– тяжелые нарушения физического и психомоторного развития.

Признаки выраженного и тяжелого иммунодефицита, которые входят в перечень СПИД-индикаторных состояний:

– бактериальные инфекции, множественные или рецидивирующие, у ребенка в возрасте до 13 лет;

– герпес простой: хронические язвы (более 1 месяца) либо бронхит, пневмония или эзофагит у ребенка старше 1 месяца;

– кандидоз пищевода, бронхов, трахеи или легких;

– кокцидиоидомикоз, диссеминированный или внелегочный;

– пневмония рецидивирующая;

– пневмоцистоз, вызванный *Pneumocystis jirovecii*;

– прогрессирующая энцефалопатия неясного генеза;

– криптококкоз, внелегочный;

– криптоспоридиоз, кишечный с диареей (более 1 месяца);

– лимфоидная интерстициальная пневмония у ребенка в возрасте младше 13 лет;

– лимфома Беркитта (или равносильный диагноз);

– лимфома, иммунобластная (или равносильный диагноз);

– лимфома мозга, первичная;

– *Mycobacterium avium* – комплекс или *Mycobacterium kansasii*, диссеминированная или внелегочная инфекция;

– *Mycobacterium tuberculosis*, внелегочная инфекция;

– *Mycobacterium* других или неклассифицированных видов, диссеминированная или внелегочная инфекция;

– прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия;

– рак шейки матки, инвазивный;

– саркома Капоши;

- септицемия, вызванная salmonella (нетифозная), рецидивирующая;
- токсоплазмоз мозга с началом в возрасте старше 1 месяца;
- цитомегаловирусные заболевания (кроме легких, селезенки, лимфатических узлов) у ребенка старше 1 месяца;
- цитомегаловирусный ретинит (с потерей зрения);
- синдром истощения (потеря массы тела > 10% плюс диарея > 30 дней или лихорадка > 30 дней).

Данный перечень, а также клинические проявления, перечисленные в Российской классификации, не исчерпывают все показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию; при наличии признаков, а также эпидемиологических и социальных показаний, не позволяющих исключить ВИЧ-инфекцию, обследование ребенка должно быть проведено незамедлительно.

**Материал издан в рамках федеральной субсидии
на повышение информированности граждан
по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции,
а также заболеваний, ассоциированных
с ВИЧ-инфекцией в 2022 году**

Министерство здравоохранения Омской области
БУЗОО «Центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Адрес: 644089, г. Омск, ул. 50 лет Профсоюзов, д. 119/1,
телефон/факс: (3812) 64-94-66;
г. Омск, ул. 20 лет РККА, 7, тел. 36-22-33
www.aidsomsk.ru

Омск, 2022 г.,
ООО «Омскбланкиздат», тираж 100 экз.