

■ Н. А. Абрамова, М. С. Савенкова. Роль социальных и экологических факторов в формировании группы ЧБД в благополучных семьях г. Москвы

6. Иммунокорректирующая терапия часто и длительно болеющих детей: Руководство для врачей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, А.В. Чебуркин, И.Н. Захарова. — М., 2001.
7. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Педиатрия. — 2004. — № 1. — С. 66–73.
8. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций / Р.М. Торшхоеваи др. // Педиатр. фармакология. — 2006. — Т. 3, № 1. — С. 13–17.
9. Emilie Alirol, Laurent Getaz, Beat Stoll and all. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world // <http://infection.thelancet.com>. — Т. 2. — Июль-август. — 2011. — С. 196–206.
10. Распространенность патологии органов мочевой системы у детей, проживающих в условиях крупного промышленного города / К.Е. Казакова, Е.И. Кондратьева, А.А. Терентьева, Л.П. Рихванов // Педиатрия. — 2009. — Т. 8, № 3. — С. 132–134.
11. Федотова Т.К. Влияние экологии современного мегаполиса на ростовые процессы дошкольников // Педиатрия. — 2006. — № 6. — С. 41–45.
12. Сенотрусова С.В. Влияние загрязнения окружающей среды на заболеваемость населения промышленных городов: Автореф. дисс. ... д.б.н. — Владивосток, 2005.
13. Журава З.Е., Исраилов А.Р. Заболеваемость детей раннего возраста, находящихся на различных видах вскармливания // Педиатрия. — 2004. — № 1. — С. 1–4.
14. Мосэкомониторинг <http://www.meteo-gid.ru/index.php?pagelid=12> 15 октября 2010 года.
15. Экологическая карта г. Москвы 2011. — М.: «Эксмо». — 2011.
16. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М., МедиаСфера, 2002. — 312 с.
17. Абольян Л.В., Новикова С.В. Современные аспекты грудного вскармливания // Педиатрия. — 2011. — Т. 90, № 1. — С. 80–83.
18. Нетребко О.К. Аллергия или пищевая толерантность: два пути развития иммунной системы // Педиатрия. — 2010. — Т. 89, № 1. — С. 122–128.
19. Diversity of the gut microbiota and eczema in early life / E. Forno et al. // *Clinical and Molecular Allergy*. — 2008. — 6: 11–20.
20. Soluble CD 14 and CD 83 from human neonatal antigen-presenting cells are inducible by commensal bacteria and suppress allergen-induced human neonatal Th2 differentiation / A.C. Lendell et al. // *Infection and Immunity*. — 2007. — 9: 4097–4104.
21. Effect of providing a formula supplemented with long-chain polyunsaturated fatty acids on full-term neonates / C. Field et al. // *Br. J. Nutrition*. — 2008. — 99: 91–99.
22. Long-chain polyunsaturated fat supplementation in children with low docosahexaenoic acid intakes alters immune phenotypes compared with placebo / V. Mazurak et al. // *JPGN*. — 2008. — 46: 570–579.
23. Сорвачева Т.Н., Пашкевич Т.Н., Конь И.Я. Сравнительная оценка состояния здоровья детей в раннем возрасте в зависимости от характера вскармливания на первом году жизни // Педиатрия. — 2001. — № 3. — С. 72–76.
24. Баранов А.А. Пневмококковая инфекция и связанные с ней заболевания — серьезная проблема современного здравоохранения / А.А. Баранов, Л.С. Намазова, В.К. Таточенко // Педиатр. фармакология. — 2008. — Т. 5, № 1. — С. 7–12.
25. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия и профилактика» (третье издание, исправленное и дополненное). — Москва, 2008. — 106 с.
26. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2011. Российское респираторное общество. — М., 2012. — 107 с.
27. Sensitisation, asthma, and a modified Th2 response in children exposed to cat allergen: a population-based cross-sectional study / N. Platts-Mills et al. // *Lancet*. — 2001. — 357 (9258): 752–6.
28. Effect of dog ownership and genotype on immune development and atopy in infancy / J.E. Gern et al. // *J. Allergy. Clin. Immunol.* — 2004. — 113 (2): 307–14.

Медико-социальная помощь детям, рожденным ВИЧ-позитивными женщинами и оставшимся без попечения родителей

В. Н. ТИМЧЕНКО¹, Ю. А. АРХИПОВА², Н. Д. ДЖАНГАВАДЗЕ²

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет¹, ГКУЗ Специализированный дом ребенка № 16 (психоневрологический)², Санкт-Петербург

В статье отражены сведения о путях оказания медико-социальной помощи детям, рожденным ВИЧ-позитивными женщинами, представлены результаты диспансеризации воспитанников специализированного дома ребенка за 2000–2012 гг. Проанализированы особенности социального состава, путей жизнеустройства, состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дети, оставшиеся без попечения родителей, медико-социальное сопровождение

Medical and Social Assistance to Children Born to HIV-Positive Women and Left without Parental Care

V. N. Timchenko¹, Yu. A. Arkhipova², N. D. Dzhangavadze²

Saint-Petersburg State University of Pediatrics, St. Petersburg¹, Specialized Orphans' Home № 16 (psychoneurological), St. Petersburg²

The article presents information about the ways of rendering of the medical-social assistance to children born to HIV-positive women. The results of clinical examination of children living in the specialized orphanage are cited for years 2000–2012. Authors have analyzed the peculiarities of the social structure, ways of living arrangement and the health of children left without parental care.

Key words: HIV infection; children left without parental care; medical and social support

Контактная информация: Архипова Юлия Анатольевна — к.м.н., врач-невролог СПб ГКУЗ «Специализированный дом ребенка № 16 (психоневрологический)»; Санкт-Петербург, ул. Бобруйская, 13, (812) 542-62-25, e-mail: juliarkh@mail.ru

УДК 364.444:616.98

В современных условиях ВИЧ-инфекция приобретает все большую актуальность. Несмотря на то, что, по данным UNAIDS, темпы распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в мире в целом замедлились, в 2011 году инфицировалось ВИЧ 330 000 детей [1]. В настоящее время отмечается увеличение количества ВИЧ-положительных женщин фертильного возраста, составляющих около 90% всех женщин с ВИЧ-инфекцией, что закономерно ведет к увеличению количества случаев беременности у данной группы женщин [2, 3]. Таким образом, вертикальная трансмиссия ВИЧ остается самой распространенной причиной ВИЧ-инфекции у детей. Удельный вес детей, инфицированных ВИЧ вследствие перинатальной трансмиссии, в России составляет 99,4% от общего числа детей, имеющих ВИЧ-инфекцию, в возрасте от 0 до 14 лет [3]. Среди мер, направленных на уменьшение заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей, — первичная профилактика ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста и их партнеров, обеспечение планирования семьи у женщин, живущих с ВИЧ, своевременная диагностика и лечение беременных ВИЧ-положительных женщин, профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ, а также адекватная медико-социальная поддержка детей, живущих с ВИЧ, и их семей [1].

ВИЧ-инфекция как заболевание является проблемой, требующей мультидисциплинарного подхода. В Санкт-Петербурге насчитывается более девяноста ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения родителей и особенно нуждающихся в комплексной медицинской, социальной и психологической помощи [4]. Все ВИЧ-положительные дети находятся на диспансерном учете в отделении материнства и детства Центра СПИД (Городской центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями). Амбулаторная и неотложная помощь оказываются по месту жительства, специализированная медицинская помощь — в профильных учреждениях на общих основаниях [4, 5]. Приказом Минздрава России от 03.06.2003 г. № 229 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» в Единую номенклатуру введены специализированные дома ребенка для ВИЧ-инфицированных детей, в которых предусмотрено пребывание как ВИЧ-инфицированных детей,

так и детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции до снятия с диспансерного учета в связи с отсутствием клинических и лабораторных признаков заболевания [6].

Необходимо отметить, что созданная в Санкт-Петербурге система оказания помощи детям, живущим с ВИЧ, является наиболее эффективной в нашей стране. В других регионах диспансерное наблюдение и лечение таких пациентов проводятся педиатрами или детскими врачами-инфекционистами. Для населенных пунктов с небольшим числом инфицированных детей различного возраста такая система может быть эффективной при достаточной подготовке врача-педиатра, патронажной сестры и социального работника, который в определенных условиях также может проявить настороженность при проявлении симптомов болезни [4].

Помимо медицинской и психологической помощи, детям с ВИЧ-инфекцией регламентирована социальная помощь, в том числе, согласно статье 19 Федерального закона РФ № 38 ФЗ от 30.03.1995 г. «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», — социальная пенсия [4]. В Санкт-Петербурге опыт организации отделений социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми приобретался в тесном сотрудничестве с городским Центром СПИД и негосударственными организациями, а также в рамках международных проектов. Специфика этой целевой группы заключается в наличии выраженной одновременной потребности как в медицинской, так и в социальной поддержке, так как распространение заболевания влечет за собой тяжелые социальные последствия — снижение качества жизни, стигматизацию и дискриминацию [7].

Одним из важнейших компонентов медико-социального сопровождения детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, является диспансерное наблюдение, осуществляемое педиатром амбулаторно-поликлинической сети либо любого другого медицинского и/или социального учреждения совместно с педиатром Центра по профилактике и борьбе со СПИД [5]. Диспансерное наблюдение в Санкт-Петербурге регламентировано совместным распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации г. Санкт-Петербурга и

Таблица 1. Показатели заболеваемости (на 100 тыс. детского населения)

Патология	I группа	II группа
Инфекционные болезни*	158,3 ± 65,7	506,0 ± 84,8
Болезни крови	301,7 ± 47,2	311,6 ± 34,4
Расстройства питания и нарушения обмена веществ	729,1 ± 65,8	648,1 ± 55,5
Болезни нервной системы**	186,2 ± 67,8	517,7 ± 62,4
Болезни глаз	147,0 ± 10,5	155,6 ± 20,9
Болезни уха	13,4 ± 5,5	26,6 ± 4,7
Болезни органов дыхания	384,2 ± 49,2	395,8 ± 57,9
Болезни органов пищеварения	29,3 ± 8,5	55,7 ± 12,6
Болезни мочеполовой системы	53,7 ± 10,7	32,4 ± 6,2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	134,5 ± 61,9	126,4 ± 40,6
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	183,8 ± 26,3	121,2 ± 10,7
Итого*	2778,1 ± 257,7	3440,9 ± 112,5

* — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$

Центра госсанэпиднадзора от 04.02.2002 г. № 29 р/4 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей» [6]. В процессе диспансерного наблюдения осуществляются мероприятия по диагностике ВИЧ-инфекции, в результате чего происходит подтверждение диагноза или снятие пациента с диспансерного учета в связи с отсутствием заболевания; наблюдение ребенка педиатром и врачами-специалистами; проведение стандартных и дополнительных лабораторных исследований; профилактика пневмоцистной пневмонии; оценка физического и психомоторного развития [8]. Залогом эффективного лечения больных ВИЧ-инфекцией служит их психосоциальная адаптация и своевременное начало терапии, стимуляция приверженности к лечению, способной предотвратить развитие характерных для этого заболевания поражений. Цель медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, в том числе диспансерного наблюдения — увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов, сохранение их трудоспособности. Также среди основных задач медико-социального сопровождения — адекватная психосоциальная поддержка пациентов [5, 9].

Материалы и методы исследования

Проанализированы статистические сведения о СПб ГКУЗ «Специализированный дом ребенка № 16 (психоневрологический)» за период 2000—2012 гг. Проведено сравнение статистических показателей за период 2000—2004 гг. (I группа) с показателями за период 2005—2012 гг. (II группа), когда, согласно Распоряжению Комитета здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга № 342-р от 22.09.2005 г., с 01.12.2005 г. мощность учреждения была увеличена со 100 до 150 коек, в том числе для ВИЧ-инфицированных детей и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Математическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc., USA) с помощью параметрических и непараметрических методов статистики. Различия сравниваемых показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В СПб ГКУЗ «Дом ребенка № 16 (психоневрологический)» (СДР № 16) дети поступали из родильных домов, стационаров города, а также из других домов ребенка [10]. Анализ социального статуса воспитанников Дома ребенка (рис. 1) установил, что с появлением в учреждении детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, произошло увеличение среди воспитанников удельного веса сирот ($p < 0,05$) и детей женщин, лишенных родительских прав ($p < 0,001$), в то время как уменьшилось количество детей, помещенных в Дом ребенка временно ($p < 0,001$), и отказных детей ($p < 0,001$). Полученные результаты согласуются с литературными данными, отражающими тот факт, что ВИЧ-инфицированные женщины, среди которых преобладают наркозависимые, значительно чаще не проявляют заинтересованности в воспитании своих детей по сравнению с женщинами с отрицательным ВИЧ-статусом, чаще ведут асоциальный образ жизни [10, 11]. Увеличение количества сирот среди детей матерей этой группы связано с высоким уровнем смертно-

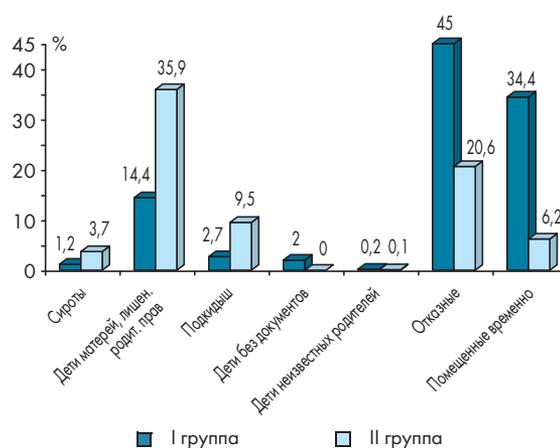


Рисунок 1. Социальный состав воспитанников Дома ребенка

сти ВИЧ-позитивных наркозависимых женщин, в том числе, от причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией [12].

При сравнении путей выбытия детей из Дома ребенка № 16 обнаружено, что дети II группы реже возвращались в биологическую семью — в $10,6 \pm 1,8\%$ случаев ($p = 0,01$) и реже выбывали в учреждения социальной защиты — в $2,6 \pm 0,8\%$ случаев ($p < 0,001$), чаще усыновлялись или брались под опеку — в $72,0 \pm 2,9\%$ случаев ($p = 0,005$), в I группе — соответственно в $23,2 \pm 4,4\%$, $13,8 \pm 2,2\%$ и $54,5 \pm 4,5\%$. Обращает на себя внимание уменьшение показателей смертности с $29,4 \pm 5,8$ до $4,7 \pm 4,7$ на 1000 ($p < 0,01$), в том числе — показателей смертности детей первого года жизни с $49,0 \pm 13,2$ до $8,3 \pm 8,3$ на 1000 ($p < 0,05$).

Согласно результатам ежегодной диспансеризации, у детей II группы определялись более высокие показатели инфекционной заболеваемости (в том числе за счет ВИЧ-инфекции) и поражения нервной системы — также за счет нейротропных свойств вируса иммунодефицита человека. Кроме того, во II группе имели место более высокие показатели общей заболеваемости — в целом, за счет указанных групп патологических изменений (табл. 1).

При анализе неврологической патологии установлено, что после появления среди воспитанников детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, увеличилось количество детей с органическим поражением ЦНС с $39,4 \pm 3,5$ до $56,5 \pm 3,1\%$ ($p < 0,005$), уменьшилось количество детей с врожденными пороками развития ЦНС с $5,4 \pm 1,1$ до $0,8 \pm 0,3$ ($p < 0,001$), детей с болезнью Дауна с $10,1 \pm 1,6$ до $1,1 \pm 0,2\%$ ($p < 0,001$) и другой хромосомной патологией — с $5,0 \pm 2,8$ до $0,2 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$). Статистически достоверных изменений частоты встречаемости церебральной ишемии, фетопатии и детского церебрального паралича не выявлено. Необходимо отметить, что, кроме того, имеет место уменьшение количества детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью (имбецильность — с $7,5 \pm 0,8$ до $1,9 \pm 0,3\%$, $p < 0,001$; идиотия — с $5,9 \pm 1,1$ до $0,6 \pm 0,1\%$, $p < 0,001$), в то же время увеличился удельный вес детей с темповой задержкой психомоторного и речевого развития с $78,4 \pm 4,4$ до $93,6 \pm 1,0\%$, ($p < 0,005$). Уменьшение количества воспитанников с выраженными поражениями ЦНС и нарушениями психики объясняет уменьшение смертности как общей, так и детей до года, а также за-

кономерно ведет к увеличению частоты усыновления и передачи под опеку воспитанников Дома ребенка.

В целом, имело место уменьшение количества детей-инвалидов с $31,0 \pm 6,1$ до $9,6 \pm 2,4\%$ ($p < 0,005$), также уменьшился удельный вес детей с декомпенсированными хроническими заболеваниями (V группа здоровья) с $13,6 \pm 2,6$ до $1,1 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$) и увеличилось число детей с компенсированной хронической патологией с $67,8 \pm 7,2$ до $87,4 \pm 2,3\%$ ($p < 0,01$), что можно объяснить наличием комплексного подхода к диспансерному наблюдению за детьми, рожденными ВИЧ-позитивными женщинами.

Выводы

После появления среди воспитанников Дома ребенка детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, в том числе — детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией:

1. Произошло увеличение количества сирот; детей матерей, лишенных родительских прав; уменьшение количества отказных и временно помещенных в Дом ребенка детей.

2. Среди выбывших воспитанников Дома ребенка увеличилась доля усыновленных и взятых под опеку детей, уменьшились доли детей, выбывших в учреждения социальной защиты и вернувшихся в биологическую семью.

3. Увеличилось количество детей с темповой задержкой психического развития, уменьшилось количество детей с умственной отсталостью.

4. Уменьшилось количество детей с врожденными пороками развития ЦНС, хромосомной патологией, детей с судорогами и вскармливаемых через зонд. Увеличилось количество детей с органическим поражением ЦНС.

5. Произошло увеличение заболеваемости, в том числе инфекционной — как общей, так и у детей до года.

6. Уменьшилось количество детей, состоящих на диспансерном учете в связи с ортопедической патологией и в связи с врожденными аномалиями, увеличилось количество детей, состоящих на диспансерном учете в связи с патологией нервной системы, уменьшилось количество детей-инвалидов.

7. Имело место увеличение количества детей с компенсированной хронической патологией (III группа здоровья), уменьшение количества детей с декомпенсированной хронической патологией (V группа здоровья).

8. Произошло уменьшение показателей смертности, в том числе у детей до года.

Литература:

1. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. — UNAIDS, 2012. — P. 212.
2. Профилактика перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции / А.Н. Рыбалка и др. // Таврический медико-биологический вестник. — 2012. — Т. 15, № 2. — С. 265–267.
3. Садовникова В.Н. Особенности заболевания ВИЧ-инфекцией у детей и меры по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции // Педиатрия. — 2010. — Т. 89, № 1. — С. 14–20.
4. ВИЧ — медико-социальная помощь: Руководство для специалистов / Под редакцией Н. А. Белякова. — СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 356 с.
5. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. — 2012. — № 6. — ООО «Бионика-Медиа». — 28 с.
6. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. Информационно-аналитический обзор / Е.Е. Воронин и др. — Москва, 2004. — 40 с.
7. Методические рекомендации по организации социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в государственных учреждениях социального обслуживания населения / Под ред. М.В. Жуковой. — Санкт-Петербург, 2009. — 112 с.
8. ВИЧ-инфекция у детей первого года жизни (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация): Методические рекомендации для врачей, студентов V–VI курсов педиатрического и лечебного факультетов медицинских ВУЗов / Под редакцией д. м. н., профессора В. Н. Тимченко. — СПб.: Издание СПбГПМА, 2011. — 24 с.
9. ВИЧ-инфекция на рубеже веков: Руководство для врачей всех специальностей / В.В. Леванович и др. Под ред. В.В. Левановича, В.Н. Тимченко. — СПб.: Изд-во Н-Л., 2012. — 496 с.
10. Медицинское наблюдение, сопровождение и реабилитация детей из домов ребенка, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами: Информационное письмо. — СПб.: Издание СПбГПМА, 2010. — 23 с.
11. Интигринова Т.П. Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, и социальное сиротство: анализ ситуации в России / Т.П. Интигринова, П. Хауслонер. — М.: «Трансатлантические партнеры против СПИДа», 2004. — 48 с.
12. Михайлова Л.А. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и туберкулезу / Л.А. Михайлова, И.Г. Шинкарева, О.П. Фролова // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. — 2010. — № 9. — С. 2–11.

Мониторинг случаев заболевания туберкулезом и ВИЧ-инфекцией у детей и подростков Оренбургской области

М. Б. ТЕН, Л. А. ЛИТЯЕВА, Т. А. ПАРФЕНОВА

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия МЗ РФ

Представлены результаты всестороннего ретроспективного анализа всех случаев заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных детей и подростков Оренбургской области за период 2001–2012 гг. с характеристикой возрастного состава, структуры клинических форм, особенностей течения болезни и результатов комплексного лечения.

Ключевые слова: дети, подростки, ВИЧ-инфекция, туберкулез

Monitoring of Cases of Tuberculosis and HIV Infection in Children and Adolescents of the Orenburg Region