ВИЧ-инфекция у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, R75, Z20.6, Z21 · Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция у детей — хроническое заболевание, при котором постепенно нарушается иммунная система и могут развиваться вторичные инфекции и опухоли. Рекомендация посвящена раннему выявлению инфекции, возрастной диагностике, пожизненной АРТ, профилактике оппортунистических инфекций и диспансерному наблюдению детей с подтвержденным диагнозом или риском заражения.

Главное

- Клиническую стадию ВИЧ-инфекции определяют по проявлениям и вторичным заболеваниям; вирусная нагрузка и число CD4 сами по себе стадию или фазу не устанавливают.
- Отсутствие жалоб или клинических признаков не исключает ВИЧ-инфекцию. Настороженность нужна при нетипичном течении заболеваний и наличии эпидемиологического анамнеза, независимо от социального статуса семьи (УУР С4–С5).
- Всем детям с подтвержденной ВИЧ-инфекцией показана АРТ независимо от возраста, клинической стадии и уровня CD4. Детям младше 1 года рекомендуется быстрое начало АРТ.
- Стартовая схема состоит из трех препаратов: двух НИОТ и третьего препарата из группы ингибиторов интегразы, ингибиторов протеазы или ННИОТ. Моно-, би- и тройная НИОТ-схемы не применяются (УУР А1).
- Эффективность АРТ оценивают по клиническим, иммунологическим и вирусологическим показателям. Вирусологической супрессией считают РНК ВИЧ менее 50 копий/мл через 6 месяцев АРТ (УУР В1).
- Для устойчивой супрессии нужна приверженность АРТ 95% и выше; ее оценивают не реже одного раза в 6 месяцев, используя как минимум два метода — вирусную нагрузку и анкетирование или подсчет таблеток (УУР В4).
- Детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, не следует прикладывать к груди и кормить материнским молоком. Новорожденному АРВП начинают как можно быстрее, в первые 4–6 часов жизни (УУР В3 и В2).

Диагностика

1. Сначала уточняют риск заражения: ВИЧ-статус матери и отца, обследование матери во время беременности, проведение ППМР, грудное вскармливание, гемотрансфузии и инвазивные вмешательства, травмы иглой, небезопасные инъекции и половые контакты.
2. При осмотре не исключают ВИЧ только из-за отсутствия симптомов. Обследование особенно показано при лихорадке или диарее более месяца, лимфаденопатии двух и более групп более месяца, потере массы тела на 10% и более, рецидивирующих пневмониях, необъяснимых цитопениях, задержке физического или психомоторного развития и других перечисленных признаках (УУР В1).
3. При СПИД-индикаторных состояниях обследование на ВИЧ назначают настоятельно: среди них пневмоцистная пневмония, саркома Капоши, туберкулез, цитомегаловирусное заболевание, генерализованный или хронический герпес, внелегочный криптококкоз, токсоплазмоз ЦНС, кандидоз пищевода, бронхов или легких, лимфомы и другие состояния из рекомендации.
4. У детей младше 18 месяцев с перинатальным контактом используют определение ДНК или РНК ВИЧ методом ПЦР; антитела в этом возрасте неинформативны из-за циркуляции материнских антител (УУР А1). У детей старше 18 месяцев и без перинатального контакта применяют ИФА или ИХЛА на антитела к ВИЧ-1/2 и антиген р24 с подтверждающим тестированием (УУР А2).
5. Подтверждение ВИЧ-инфекции у ребенка требует минимум двух положительных результатов определения РНК или ДНК ВИЧ методом ПЦР. Отсутствие инфекции подтверждают минимум двумя отрицательными результатами ПЦР, полученными после 14-го дня жизни у ребенка без грудного вскармливания с рождения.
6. После подтверждения инфекции в течение 2 недель проводят обследование у специалиста по ВИЧ-инфекции: определяют клиническую стадию и иммунную категорию, вирусную нагрузку, CD4/CD8, общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, оценивают гепатиты В и С, туберкулез и вторичные заболевания.

Лечение

- АРТ начинают у всех детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Быстрое начало — в течение 2 недель после постановки на диспансерный учет — нужно детям младше 1 года, а также детям старшего возраста при выраженных клинических проявлениях или возрастных порогах CD4: не более 500 клеток/мм³ в 1–5 лет и не более 200 клеток/мм³ с 6 лет (УУР А1–А2, В3).
- При тяжелой вторичной инфекции и CD4 менее 50–100 клеток/мм³ сначала лечат инфекцию, затем после стабилизации начинают АРТ. При туберкулезе АРТ обычно начинают не позднее 2 недель после противотуберкулезной терапии; при криптококковом менингите — не ранее 2 недель, обычно через 5 недель после начала противогрибкового лечения (УУР В3).
- Возрастные предпочтительные варианты третьего препарата в стартовой схеме: до 2 недель — невирапин; от 2 недель до 6 лет — лопинавир/ритонавир, с 2 лет также ралтегравир; старше 6 лет — долутегравир. Нуклеотидная основа: до 2 недель зидовудин плюс ламивудин, с 2 недель — абакавир плюс ламивудин, старше 12 лет — тенофовир с ламивудином или эмтрицитабином либо абакавир с ламивудином.
- Перед назначением абакавира исследуют HLA B*5701. Рилпивирин не назначают при вирусной нагрузке более 100 000 копий/мл; зидовудин не следует назначать при анемии, тромбоцитопении или лимфопении.
- Новорожденному с низким риском передачи назначают зидовудин в монотерапии на 4 недели: при гестационном возрасте более 35 недель — 4 мг/кг внутрь 2 раза в сутки. При высоком риске назначают зидовудин плюс ламивудин плюс невирапин на 6 недель; дозы выбирают по гестационному возрасту и возрасту ребенка (УУР А1).
- Ко-тримоксазол назначают детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, с 6 недель до исключения инфекции. При подтвержденной ВИЧ-инфекции его применяют с 6 недель до 12 месяцев, затем — при CD4, соответствующих тяжелому иммунодефициту; для профилактики пневмоцистной пневмонии доза составляет ТМР 2,5–5 мг/кг и SMX 12,5–25 мг/кг 2 раза в сутки, с указанными в рекомендации максимальными дозами.
- При постконтактной профилактике АРВП начинают в первые 2 часа, но не позднее 72 часов после контакта; курс длится 28 дней и включает три препарата. Детям младше 12 лет предпочтительна схема зидовудин плюс ламивудин плюс лопинавир/ритонавир или долутегравир; с 12 лет основа — тенофовир плюс ламивудин или эмтрицитабин с предпочтительным лопинавиром/ритонавиром или долутегравиром.
- При вирусологической неудаче не продолжают прежнюю схему: при РНК ВИЧ более 200 копий/мл в двух последовательных анализах через 3–4 недели после минимум 24 недель текущей АРТ проводят генотипирование резистентности и подбирают новую схему минимум с двумя активными препаратами (УУР В1, С4).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация нужна при вторичных заболеваниях, которые нельзя лечить амбулаторно, особенно при стадиях 2В, 4Б и 4В в фазе прогрессирования, а также при необходимости изоляции; туберкулез, гематологические и онкологические заболевания в этом пункте исключены.
- В стационар направляют для назначения или коррекции АРТ при тяжелой иммуносупрессии и высоком риске тяжелого синдрома восстановления иммунной системы, а также для исследований, недоступных амбулаторно, и дифференциальной диагностики вторичных или соматических заболеваний.
- Госпитализация показана при тяжелых нежелательных явлениях на фоне АРТ, а также для комплексной оценки и коррекции поражений ЦНС, когнитивных и поведенческих нарушений, психосоциальных проблем и приверженности.
- Подтвержденный диагноз ВИЧ-инфекции требует пожизненного наблюдения в Центре СПИД или его филиале. Плановые осмотры проводят без АРТ не реже одного раза в 3 месяца; после начала АРТ — через 2 и 4–8 недель, затем каждые 3 месяца, а при стабильном эффекте в течение минимум 2 лет — не реже одного раза в 6 месяцев.

Частые вопросы

Как подтвердить ВИЧ-инфекцию у ребенка?

У ребенка лабораторным критерием подтверждения служат два и более положительных результата определения РНК или ДНК ВИЧ методом ПЦР. После подтверждения в течение 2 недель ребенка обследует

специалист по ВИЧ-инфекции для определения стадии, иммунной категории, вторичных заболеваний и тактики АРТ.

Как обследовать ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью?

До 18 месяцев используют ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ, поскольку материнские антитела делают серологические тесты неинформативными. При высоком риске исследование ДНК проводят при рождении и в 21–28 дней, затем через 2 недели после окончания терапии и в 4–6 месяцев; при низком риске — через 2 недели после профилактического курса и в 4–6 месяцев.

Когда начинать АРТ ребенку с подтвержденной ВИЧ-инфекцией?

АРТ показана всем детям независимо от возраста, симптомов и CD4. Быстро, в течение 2 недель, ее начинают детям младше 1 года, а также при выраженных клинических проявлениях или CD4 не более 500 клеток/мм³ в возрасте 1–5 лет и не более 200 клеток/мм³ с 6 лет.

Какая стартовая схема АРТ используется у детей?

Стартовая схема включает два НИОТ и один препарат из группы ингибиторов интегразы, ингибиторов протеазы или ННИОТ. Конкретный выбор зависит от возраста, сопутствующих заболеваний, взаимодействий, лабораторных показателей, формы препарата и возможности соблюдать режим лечения.

Что считать неэффективностью АРТ и когда менять схему?

Вирусологическая супрессия — РНК ВИЧ менее 50 копий/мл через 6 месяцев. Вирусологическая неудача — более 200 копий/мл в двух последовательных исследованиях с интервалом 3–4 недели после минимум 24 недель схемы при строгой приверженности; перед сменой проводят исследование лекарственной резистентности.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/459-vich-infekciya-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/459_2