МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР «СПИД»

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

для амбулаторного и стационарного уровней оказания медицинской помощи

БИШКЕК, 2017 г.

Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции приняты Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждены Приказом МЗ КР № 903 от 10.10.2017 г.

Клиническая проблема
ВИЧ-инфекция, профилактика, диагностика, лечение и уход при различных клинических ситуациях

Название документа
Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции

Этапы оказания помощи
1-3 уровней системы здравоохранения

Целевые группы
Медицинские специалисты ЦСМ/ ЦОВП, ЦПБС и других организаций здравоохранения.

Клинические протоколы применимы
К пациентам с ВИЧ-инфекцией, представителям ключевых групп населения и общему населению

Планируемая дата обновления
Проведение обновления планируется по мере появления принципиально новых данных. Все поправки к данному протоколу будут публиковаться в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинических протоколов приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой
Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Логвиненко, 8,
e-mail: rospid@mail.ru, kgzrac@gmail.com

Цель пересмотра клинических протоколов
Совершенствование подходов к ведению больных ВИЧ-инфекцией на всех уровнях системы здравоохранения по консолидированным рекомендациям ВОЗ 2016 года.

Ожидаемый результат от внедрения клинических протоколов
Повышение качества оказания медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией на всех уровнях системы здравоохранения.

Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции пересмотрены в рамках проекта «Наращивание потенциала Республиканского центра «СПИД» МЗ КР по реализации программ профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республики в рамках Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР)», NU2GGH002048-01-00, финансируемого Центрами по контролю и профилактике заболеваний. Содержание Клинических протоколов полностью принадлежит авторам и не обязательно отражает официальное мнение Центров по контролю и профилактике заболеваний или Департамента здравоохранения и социальных служб.

Состав рабочей группы по пересмотру КП

1. Кадырбеков У.К. – директор РЦ «СПИД» МЗ КР
2. Суваналиева Ш.М. – ведущий специалист ООЗ МЗ КР
3. Кутманова А.З. – д.м.н., проф. заведующая кафедрой инфекционных болезней МВШМ
4. Ногойбаева К.А. – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, ВИЧ/СПИД и дерматовенерологии КГМИПиПК
5. Абдувалиева С.Т. – к.м.н., заведующая отделением патологии новорожденных НЦОМиД
6. Бекболотов А.А. – заместитель директора РЦ «СПИД» МЗ КР
7. Сарымсаков У.Ш. – национальный консультант по лечению и уходу
8. Султанова А.Б. – специалист АГСВ и СМ КР
9. Жданова Е.В. – заведующая ОМЛУ ТБ №1 НЦФ
10. Усманова Н.Р. – советник по клиническим вопросам CDC
11. Шералиева Б.А. – координатор проекта по кооперационному соглашению РЦ «СПИД» / CDC
12. Асыбалиева Н.А. - заведующая эпидемиологическим отделом РЦ «СПИД» МЗ КР
13. Асанов А.А. – заведующий отделом ОДНиЛ РЦ «СПИД» МЗ КР
14. Тостоков Э.Т. – врач отдела ОДНиЛ РЦ «СПИД» МЗ КР
15. Тойтукова М.М. – врач отделаОДНиЛ РЦ «СПИД» МЗ КР
16. Акматова Ж.К.- эпидемиолог РЦ «СПИД» МЗ КР
17. Суранбаев С.Т. – ведущий специалист по вирусным гемоконтактным инфекциям ДПЗиГСЭН
18. Акматова Б.А. – специалист по лечению и уходу проекта «Содействие» / ICAP
19. Абдылдаева А.М - специалист по лечению и уходу проекта «Содействие» / ICAP
20. Дооронбекова А. - специалист по стратегической информации проекта «Содействие» / ICAP
21. Исмаилова А.Дж. – координатор по ВИЧ ГРП ГФ МЗ КР
22. Султангазиев А. – директор ассоциации «Партнерская сеть»
23. Калиниченко Е. – директор ассоциации «Единство ЛЖВ»
24. Орсеков Д. - директор ОФ «Кыргыз индиго»
25. Башмакова Л.Н. – эксперт ЮНЭЙДС
26. Макаева Р. – специалист по укреплению системы здравоохранения ПРООН

Международная экспертиза:

Др. Томас Спира - специалист по лечению и уходу CDC/ Атланта
Др. Елена Вовк – ЕРБ ВОЗ

Методологическая экспертная поддержка:

Барыктабасова Б.К. – к.м.н., консультант МЗ КР по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов.

Рецензенты:

1. Тобокалова С.Т. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней, ВИЧ/СПИД и дерматовенерологии КГМИПиПК;
2. Тойгонбаева В.С. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей и клинической эпидемиологии КГМА
3. Джолбунова З.К. – д.м.н., заведующая кафедрой детских инфекционных болезней КГМА
4. Курманова Н.К. – к.м.н., ассистент кафедры фтизиопульмонологии КГМИПиПК

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данных клинических протоколов все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

В процессе апробации и рецензирования клинических протоколов были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	**6 стр.**
Терминологический словарь	**11 стр.**
Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции	**15 стр.**
Мероприятия при выявлении людей, живущих с ВИЧ	**26 стр.**
Постконтактная профилактика	**55 стр.**
Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции	**65 стр.**
Антиретровирусная терапия взрослых и подростков	**69 стр.**
Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией	**107 стр.**
Ведение пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и вирусными гепатитами	**134 стр.**
Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций	**145 стр.**
Предоставление паллиативной помощи ЛЖВ	**195 стр.**
ВИЧ у лиц, употребляющие инъекционно наркотики: лечение и помощь	**209 стр.**
Иммунизация людей, живущих с ВИЧ	**221 стр.**
Поддержка репродуктивного и сексуального здоровья у ЛЖВ	**228 стр.**
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	**262 стр.**
Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у детей	**277 стр.**
Список использованной литературы	**311 стр.**

Сокращения

АПНЗ - атипичные клетки плоского эпителия неопределенной значимости

АТНК - амплификационный тест на нуклеиновые кислоты

АРТ - антиретровирусная терапия

АРВП - антиретровирусный препарат

АлАТ (АЛТ) - аланинаминотрансфераза

АсАТ (АСТ) - аспартатаминотрансфераза

анти-HBeAg - антитела к HBeAg

анти-HBsAg - антитела к HBsAg

БАЛ – бронхоальвеолярный лаваж

БВ - бактериальный вагиноз

ВВИГ - Внутривенный иммуноглобулин

ВВК - вульвовагинальный кандидоз

ВГВ - вирус гепатита В

ВГС - вирус гепатита С

ВГD - вирус гепатита D

ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВЛС - взаимодействие лекарственных средств

ВМК - внутриматочный контрацептив

ВН - вирусная нагрузка

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения

ВПГ - вирус простого герпеса

ВПЧ - вирус папилломы человека

ВСВИС (ВСВИ) – воспалительный синдром восстановления иммунной системы (иммунитета)

ГК - гормональная контрацепция

ГЦК - гепатоцеллюлярная карцинома

ГЭБ - гематоэнцефалический барьер

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота

ЕИК - ежемесячные инъекционные контрацептивы

ЗПТМ (ПТМ) - заместительная поддерживающая терапия метадоном

ЗТО (ОЗТ) - заместительная терапия опиоидами

ИГГВ - иммуноглобулин против гепатита В

ИК – инфекционный контроль

ИОМ - информационно-образовательные материалы

ИМТ – индекс массы тела

ИППП - инфекции, передающиеся половым путем

ИП - ингибитор протеазы

ИРТ - инфекции репродуктивного тракта

ИФА - иммуноферментный анализ

ИФН - интерферон

КВВ - кандидозный вульвовагинит

КИК - комбинированные инъекционные контрацептивы

КОК - комбинированные оральные контрацептивы

КОН - положительный аминный тест

КПР - контрацептивы прогестинового ряда

КР – краткосрочный режим лечения МЛУ ТБ

КС - кесарево сечение

КСТ – скрининг на клинические симптомы ТБ

ЛГВ - лимфогранулема венерическая

ЛДВ - лаборатория диагностики ВИЧ

ЛДГ - лактатдегидрогеназа

ЛЖВ - люди, живущие с ВИЧ

ЛНГ-ВМК - левоноргестрел-содержащие внутриматочные контрацептивы

ЛПВ - люди, пострадавшие от ВИЧ

ЛПРД - лечение партнера путем доставки

ЛПТ - лицо, получающее тестирование

ЛТБИ – латентная туберкулёзная инфекция

ЛУИН - лица, употребляющие инъекционно наркотики

МБТ – микобактерия туберкулёза

МЕ - международная единица

МКБ-10 - международная классификация болезней десятого пересмотра

мкл - микролитр

МЛА - метод лактационной аменореи

МЛУ ТБ – туберкулёз вызванный микобактерией с устойчивостью, как минимум, к изониазиду и рифампицину

МНО - международное нормализованное отношение

МОПАПД - медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия

МСМ - мужчины, имеющие секс с мужчинами

НИОТ - нуклеозидный или нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы

НКЛ – непосредственно контролируемое лечение

ННИОТ - ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

НПО - неправительственная организация

НЭЭ - норэтистерона энантат

ОГК – органы грудной клетки

ОДН - отдел диспансерного наблюдения

ОЗ – организация здравоохранения

ОИ - оппортунистические инфекции

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ОЦПБС – областной центр профилактики и борьбы со СПИДом

ПАВ - психоактивные вещества

Пап-мазок - окрашенный по Папаниколау мазок с шейки матки для цитологического исследования

ПВР – пепараты второго ряда для лечения туберкулёза

ПВТ – противовирусная терапия

ПГЛ – персистирующая генерализованная лимфоаденопатия

ПЕГ-ИФН (PegIFN) – пегилированный интерферон

ПКП - постконтактная профилактика

ПКС - плановое кесарево сечение

ПЛУ ТБ – туберкулёз, вызванный микобактерией с устойчивостью к 2 и более противотуберкулёзным препаратам, за исключением одновременной устойчивости к изониазиду и рифампицину

ПМЛ – прогрессирующая многоочаговая (мультифокальная) лейкоэнцефалопатия

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ПОДСБ - приемлемо, осуществимо, доступно, стабильно и безопасно

ППМР - профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

ПППД - препараты прямого противовирусного действия

ПТИ – профилактическая терапия изониазидом

ПЦП – пневмоцистная пневмония

ПЦР – полимеразная цепная реакция

/р – ритонавир (низкая доза для усиления ИП)

РНК – рибонуклеиновая кислота

РС – работники секса (секс работники)

СК – саркома Капоши

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации

СМЖ - спинномозговая жидкость

СРЗ - сексуальное и репродуктивное здоровье

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТиК – тестирование и консультирование

ТКИМР – тестирование и консультирование, инициированное медицинскими работниками

ТБ – туберкулез

ТЛЧ – тест лекарственной чувствительности

УВО - устойчивый вирусологический ответ

УЗИ – ультразвуковое исследование

УТП - ускоренная терапия партнера

ХБП – хроническая болезнь почек

ХВГВ - хронический вирусный гепатит В

ХВГС - хронический вирусный гепатит С

ЦИН - цервикальная интраэпителиальная неоплазия

ЦМВ – цитомегаловирус

ЦНС – центральная нервная система

ЧПИК - чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы

ШЛУ ТБ – туберкулёз, вызванный микобактерией с устойчивостью, как минимум к изониазиду, рифампицину, инъекционному препарату и фторхинолону.

APRI - индекс отношения уровня АСТ к количеству тромбоцитов

E - этамбутол

FDA – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США)

IRIS - Immune reconstitution inflammatory syndrome

H - изониазид

Hain test Genotype MTBDR – быстрый молекулярно генетический тест для одновременного выявления микобактерий туберкулёза, и мутаций связанных с резистентностью к изониазиду, рифампицину

Hain test Genotype MTBDRs/l - быстрый молекулярно генетический тест для одновременного выявления микобактерий туберкулёза, и мутаций связанных с резистентностью к фторхинолонам и инъекционным препаратам
HBcAg – ядерный антиген вируса гепатита В

HBeAg – е-антиген вируса гепатита В

HBsAg – поверхностный антиген вируса гепатита В

HCV Вирус гепатита С

MAC - Mycobacterium avium complex

MELD – модель для оценки терминальной стадии заболеваний печени

CD4-клетки - лимфоциты, экспрессирующие рецептор CD4

Cu-ВМК (Cu-BMC) - медьсодержащий внутриматочный контрацептив (средство)

LEEP - петлевая электроэксцизия

LF-LAM - иммунохроматографический тест с липоарабиноманамом (LAM), основанный на обнаружении антигена МБТ - LAM в моче

R - рифампицин

RPR (VDRL-Venereal Disease Research Laboratory test) - тест определения быстрых плазменных реагинов

Z - пиразинамид

Xpert MTB/RIF- быстрый молекулярно-генетический для выявления ТБ, и мутаций связанных с устойчивостью к рифампицину
ABC– абакавир
ATV– атазанавир
AZT– зидовудин
DRV– дарунавир
DTG– долутегравир
EFV– эфавиренц
EFV400 – эфавиренц в дозе (400 мг/сутки)
LPV– лопинавир
NVP– невирапин
/r – ритонавир
RAL– ралтегравир
TDF– тенофовир
RPV – рилпивирин
3TC – ламивудин
FTC – эмтрицитабин

Терминологический словарь

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ) – метод лечения ВИЧ-инфекции, направленный на подавление репликации ВИЧ, которое приведет к улучшению качества жизни ВИЧ-позитивных лиц, снижению их заболеваемости и смертности.

ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА (ВН) - измерение количества ВИЧ в образце крови. Вирусная нагрузка ВИЧ является показателем степени размножения вируса в организме.
Единицей измерения служит число копий вирусной РНК в 1 мл плазмы.
Изменение вирусной нагрузки обозначают как N log10, где N - это степень, в которую возводится 10.
Высокой считается вирусная нагрузка свыше 100 000 мл$^{-1}$ или иногда даже выше 50 000 мл$^{-1}$ (5,0 log10), а низкой - ниже 10 000 мл$^{-1}$.
После начала АРТ она падает на один-два порядка, что означает если ВН была, например, 100 000, а стала 10 000, то упала на 1 порядок, а если была 100 000 и снизилась на 1 000, то упала на 2 порядка.

ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ (ВИЧ-позитивный) - позитивный результат теста на антиген/ антитело к ВИЧ. Толерантная альтернатива медицинскому термину «ВИЧ-инфицированный».

ДИАРЕЯ - частый и жидкий стул более 3х раз. Почти у всех ЛЖВ в определенный момент развивается диарея. Длительная диарея приводит к уменьшению массы тела и истощению.

ДИСКРИМИНАЦИЯ - ущемление (фактически или юридически) прав какой-либо группы граждан по мотивам их национальности, расы, пола, вероисповедания и т. п. Предоставление меньших прав и привилегий.

ДИСКОРДАНТНАЯ ПАРА - пара, в которой один партнер является ВИЧ-позитивным.

ИММУНИТЕТ - невосприимчивость организма к инфекционным и неинфекционным агентам, веществам, ядам и другим продуктам чужеродным для организма.

ИММУНОДЕФИЦИТ - неспособность иммунной системы нормально функционировать, в результате чего снижается сопротивляемость организма человека к инфекционным агентам и повышается вероятность заболеваний. При ВИЧ-инфекции разрушается клеточный иммунитет, связанный с функцией Т-лимфоцитов (вид белых кровяных телец).

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗЫ - противовирусные лекарственные препараты, которые, воздействуя на протеазу (фермент, необходимый ВИЧ для размножения) приводят к образованию вирионов ВИЧ, неспособных инфицировать новые клетки.

ИНТЕРРКУРЕНТНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ - сопутствующее заболевание, развитие которого отягощает течение основной болезни.

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем. Это большая группа инфекционных болезней, которые объединены по признаку передачи инфекции при половых контактах.

КЛЕТКИ CD4 - клетки, которые поражает ВИЧ. Показатель количества этих клеток дает представление о состоянии иммунной системы. Снижение количества уровня CD4

лимфоцитов свидетельствует о повреждении иммунной системы. CD4 - рецептор (белковая молекула) на поверхности некоторых клеток иммунной системы. Рецептор «узнается» вирусом и служит местом его прикрепления к клетке.

ЛЖВ - ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ - термин, альтернативный медицинскому термину «ВИЧ-положительный».

МУТАЦИЯ - внезапные изменения в генах, в результате которых появляются новые наследуемые признаки. ВИЧ подвержен стремительным мутациям. В ходе ВИЧ-заболевания у одного и того же человека могут возникать все новые штаммы вируса, совершенно различные по скорости воспроизводства и по своей способности инфицировать и убивать те или иные типы клеток.

НЕЗАЩИЩЕННЫЙ или НЕБЕЗОПАСНЫЙ СЕКС - проникающий секс, который не защищен презервативом.

ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ (ОИ) или ВИЧ-ассоциированные, сопутствующие инфекции - заболевания человека с ослабленной иммунной системой, вызванные микроорганизмами, которые не являются болезнетворными для обычного человека. Многие из этих микроорганизмов присутствуют в латентной форме почти у всех людей, но способны вызывать заболевания только в тех случаях, когда иммунная система ослаблена.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ к лечению - прием препаратов и соблюдение режима лечения в строгом соответствии с предписаниями врача.

ПЦР - полимеразная цепная реакция (метод диагностики, который определяет части РНК вируса в крови).

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ (привыкание) - выработанная устойчивость вируса к действию антиретровирусных препаратов.

СТИГМА (КЛЕЙМО) - убежденность общества в том, что определенные свойства личности или образ жизни являются постыдными. ВИЧ-позитивный статус может являться стигмой.

ТЕСТ НА АНТИГЕН/ АНТИТЕЛО К ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) - лабораторное исследование, позволяющее определить присутствие в крови антител к ВИЧ.

УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ (группы риска) - люди, которые в силу ситуации или поведения более подвержены возможности заражения ВИЧ.

Клинические протоколы и руководства по ВИЧ-инфекции и смежным заболеваниям

№	Тема	Формат КР/КП, пособия, инструкции	Приказ МЗ, номер, дата
1	Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов B, C, D	Клинические протоколы для всех уровней организации здравоохранения	№ 42 от 18.01.2017
2	Туберкулез у детей	Клинические протоколы для всех уровней организации здравоохранения	№ 42 от 18.01.2017
3	Диагностика, лечение и профилактика паразитарных заболеваний	Клинические протоколы для всех уровней организации здравоохранения	№ 42 от 18.01.2017
4	Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике	Инструкция для всех уровней организаций здравоохранения и НПО	№87 от 04.02.2016 г.
5	«Позитивная жизнь»	Учебное пособие для проведения обучения ЛЖВ и их близкого окружения (Школа пациента)	№ 584 от 28.06.2017
6	Применение краткосрочных режимов и новых противотуберкулёзных препаратов в лечении туберкулёза с М/ШЛУ ТБ в Кыргызской Республике	Клиническое руководство	№ 891 от 12.12.16
7	Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии метадоном	Клинический протокол для всех уровней организации здравоохранения	№ 372 от 30.06.2015
8	Ведение туберкулёза с ШЛУ	Клиническое руководство	№ 514 от 06.09.15
9	Сборник клинических протоколов по респираторным заболеваниям для медицинских работников всех уровней здравоохранения	Сборник клинических протоколов	№ 626 от 17.11.2014

10	Алгоритм получения услуг ключевыми группами населения, уязвимыми к ВИЧ-инфекции	алгоритм	№ 482 от 22.08.2014
11	Диагностика, лечение и профилактика вирусного гепатита С на всех уровнях оказания медицинской помощи	руководство	№479 от 25.08.2014г.
12	«Скрининг беременных на потребление психоактивных веществ с применением теста ASSIST» для провайдеров услуг в родовспоможении 1-3 уровней организаций здравоохранения (приложение 9);	протокол	№ 379 от 04.07.2014г
13	Организация и предоставление медицинской помощи лицам, подвергшимся сексуальному насилию	протокол	№ 6 от 10.01.14г.
14	Предоставление паллиативной помощи больным туберкулезом	руководство	№ 482 от 22.08.2014
15	Инфекционный контроль ТБ на уровне ПМСП	протокол	№ 482 от 22.08.2014
16	Выявление и диагностика туберкулеза на уровне первичного звена здравоохранения	протокол	№ 482 от 22.08.2014
17	Классификация случаев и лечение туберкулеза	протокол	№ 482 от 22.08.2014
18	Паллиативная помощь на всех уровнях здравоохранения и на дому	Клиническое руководство	№ 3 от 10.01.2013
19	Хроническая боль	Клинический протокол	№ 461 от 05.08.2014
20	О предоставлении постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции станциями и отделениями скорой помощи Кыргызской Республики	приказ	№502 от 22.08.2013г
21	Диагностика и лечение внебольничной пневмонии у взрослых	Клиническое руководство	№ 189 от 18.04.2013
22	Диагностика и лечение воспалительных заболеваний пародонта	Клиническое руководство	№ 327 от 11.06.2012

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу МЗ КР №_____
от «____» _____2017г.

Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции

Шифр B20 – B24, R75, Z 21,

Национальная политика и практика в области ТиК при ВИЧ-инфекции в соответствии с национальным законодательством в КР обеспечивает доступ к услугам тестирования и конфиденциальность его результатов. ТиК имеет большое значение с точки зрения первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции, является важным компонентом работы по лечению, уходу и поддержке ЛЖВ.

Общая цель ТиК заключается в выявлении на ранних этапах инфицирования и включения в программы лечения.

Результаты тестирования:

- информация о путях передачи ВИЧ, о факторах риска распространения инфекции и мерах профилактики, дает возможность принимать меры для защиты от заражения ВИЧ и мотивирует к участию в профилактических программах;
- ранняя осведомленность о позитивном ВИЧ-статусе способствует улучшению доступа к услугам по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции и, тем самым, снижает заболеваемость и смертность, связанных с ВИЧ;
- эффективная АРТ снижает вероятность передачи ВИЧ от ЛЖВ его сексуальному партнеру (снижение вероятности передачи может достигать 96%) и предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку;
- консультирование при тестировании на ВИЧ способствует формированию приверженности к лечению.

Лицо, получающее ТиК (ЛПТ) имеет право:

- на добровольное конфиденциальное медицинское освидетельствование на ВИЧ и медицинское наблюдение в ОЗ;
- на получение гарантированного минимума достоверной информации о ВИЧ-инфекции и мерах профилактики;
- доступа к комплексным, профилактическим услугам, применение которых снижает риск передачи ВИЧ-инфекции;
- быть защищенным от стигматизации, дискриминации и насилия благодаря наличию благоприятной социальной и правовой среды.

Минимальные стандарты ТиК

Минимальные стандарты ТиК — это обязательные требования к процедуре консультирования и тестирования, которые едины для всех моделей ТиК:

ТиК должно быть добровольным, за исключением скрининга доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

- В ходе предтестового консультирования медицинскому работнику необходимо определить риски инфицирования по бланку предтестового консультирования на

ВИЧ и отметить выявленные ***риски инфицирования ВИЧ*** в медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, индивидуальная карта беременной, история родов, история болезни, в ЦПБС отмечать в журнале ДКТ в графе «Примечание»).

Бланк предтестового консультирования на ВИЧ

Вам предлагается пройти тестирование на ВИЧ и сведения, которые Вы нам сообщите, не будут переданы никому

1. Знаете ли Вы что такое ВИЧ?
2. Как передается ВИЧ?
   - Половой
   - Через кровь
   - От матери ребенку
3. Были ли медицинские вмешательства в течение 12 месяцев? (операции, переливания крови); немедицинские вмешательства (кровопускание).
4. Выезжали за пределы страны на срок более 1 месяца за последние 2 года?
5. Были ли случайные половые контакты за последние 12 месяцев? (да, нет),
6. Употребляли ли Вы когда-нибудь наркотики через шприц? (да, нет)
7. Как вы думаете есть ли у Вас риск инфицирования ВИЧ? (да, нет)

Предоставить информацию о процедуре тестирования:

- Где сдать кровь
- Когда будет результат
- Какие результаты

Риск инфицирования ВИЧ	**да**	**нет**
1.Медицинские процедуры		
2.Половой риск		
3.Инъекционный риск		
Подпись медработника		

- Консультант должен получить письменное информированное согласие ЛПТ, подтвержденное подписью в журнале регистрации ДКТ, утвержденного приказом МЗ КР № 504 от 12.10.2010г. и в медицинской документации (амбулаторная карта больного, индивидуальная карта беременной, история родов, история болезни). Подпись ЛПТ означает, что ему предоставлена информация, он осознает положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса и дает свое согласие в обстановке, исключающей принуждение.
- После получения результатов тестирования должно проводиться послетестовое консультирование, в ходе которого ЛПТ нужно предоставить следующую информацию.
  - О результате тестирования нужно сообщать конфиденциально. Эта информация должна быть доступна только работникам, имеющим непосредственное отношение к тестированию, лечению и оказанию помощи.
  - В ходе консультирования должны быть затронуты важные вопросы,

связанные со спецификой группы повышенного риска к ВИЧ-инфекции, к которой принадлежит ЛПТ (ЛУИН, СР, МСМ, осужденные и т. д.).

- В ходе консультирования парам и партнерам рекомендуется предлагать добровольное групповое, индивидуальное или парное консультирование и тестирование на ВИЧ и оказание поддержки при открытии ВИЧ статуса.

Порядок проведения консультирования (Алгоритм проведения консультирования, рекомендуемый для всех организаций, проводящих тестирование на ВИЧ, приведен в Приложении 1.1).

Организация проведения тестирования и консультирования

В качестве стандарта тестирования на ВИЧ приняты пять принципов (так называемых «пять К»):

- консультирование и информирование о ВИЧ-инфекции перед прохождением теста и после него;
- конкретно выраженное, письменное информированное и добровольное согласие на тестирование со стороны ЛПТ;
- конфиденциальность результатов теста и самого факта обращения за тестированием;
- корректные результаты тестов, полученные в ходе предоставления качественных услуг по тестированию, включая механизмы внутреннего и внешнего обеспечения качества;
- коммуникации, долгосрочное взаимодействие и система эффективного перенаправления между службами по профилактике ВИЧ-инфекции, лечению, уходу и поддержке, в результате проведенного тестирования и консультирования.

Предтестовое консультирование

- Рекомендуется проведение пред - и послетестового консультирования на ВИЧ одним и тем же специалистом. При групповом предтестовом консультировании, перед получением письменного информированного согласия, каждому ЛПТ следует предоставить возможность индивидуальной беседы с консультантом, по оценке риска инфицирования ВИЧ.
- Лица, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от него на любом этапе. Если ЛПТ отказывается проходить тестирование, консультант должен подчеркнуть важность тестирования для сохранения его здоровья.

  Если после проведенных мероприятий ЛПТ все же не соглашается проходить тестирование:
  - Пояснить, что для него прохождение тестирования на ВИЧ всегда доступно и он может пройти тестирование в любом учреждении;
  - Предоставить ему по возможности ИОМ о ВИЧ, интернет ресурсы (www.aidscenter.kg).
- После соответствующего обучения предтестовое консультирование могут проводить:
  - Медицинский персонал
  - Социальные работники
  - Психологи и др.
- В ходе предтестового консультирования на ВИЧ необходимо осветить следующие вопросы и выдать на руки Памятку «Информация о ВИЧ» Приложение 1.2:
  - Цель визита.
  - Информацию о гарантированной конфиденциальности.
  - Оценка степени риска:

а) Наличие факта незащищенного полового акта за последние 12 месяцев с незнакомым лицом или с ЛЖВ или с ЛУИН.

б) Уточнение факта употребления наркотических средств инъекционно (даже однократно) и манипуляции, связанные с кровью или другими биологическими жидкостями.

в) Наличие факта тестирования на ВИЧ у женщин репродуктивного возраста и её осведомленность о результатах теста.

- Оценка информированности о ВИЧ.
- Пути передачи ВИЧ, меры профилактики.
- Процедура тестирования. Получение письменного информированного согласия на тестирование.
- Порядок выдачи результатов тестирования.
- Возможные последствия в зависимости от результатов на ВИЧ-инфекцию (для личной жизни).
- Пути получения дальнейшей медицинской, социальной и психологической помощи.
- Направление в профилактические программы.
- Предоставление презервативов, ИОМ при наличии.
- Определение даты следующего визита.

Послетестовое консультирование

- Послетестовое консультирование должно проводиться при любом результате тестирования.
- Задачи и содержание консультирования определяются результатами теста.
- Конфиденциальность — необходимость предотвращения разглашения какой-либо информации. Факт прохождения и результаты конфиденциального медицинского освидетельствования на ВИЧ не разглашается и не передается третьей стороне без предварительного письменного согласия обследуемого лица.
- Конфиденциальность регулируется в законодательстве Кыргызской Республики:
  - Законом «О ВИЧ/СПИДе в КР» № 149 от 13 августа 2005 г. Статья 7;
  - Уголовным кодексом КР Статья №145 (Разглашение врачебной тайны).
- Получение письменного информированного согласия должно происходить только в уединенной обстановке, а послетестовое консультирование для ЛЖВ и другие формы взаимодействия, касающиеся ВИЧ-статуса, должно проводиться отдельно от других лиц или медицинских работников, которые не имеют отношения к данному случаю.
- Медицинские работники, имеющие доступ к медицинским документам, должны соблюдать требования по безопасности данных.

В ходе послетестового консультирования необходимо осветить следующие вопросы:

Если результат отрицательный:

Сообщить результат тестирования в доступной форме.

Выждать паузу и помочь ЛПТ справиться с эмоциональной реакцией.

Убедиться, что ЛПТ понял результат тестирования.

В случае необходимости, наметить индивидуальный план снижения риска, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда - обмен шприцев, заместительная поддерживающая терапия метадоном, безопасный секс и др.

При наличии показаний направить ЛПТ для дальнейшего получения медицинской, социальной и психологической помощи в соответствующие организации и/или в профилактические программы.

Предложить повторное консультирование и/или повторное тестирование на ВИЧ с учетом «периода окна».

По возможности предоставить ИОМ и средства защиты (презервативы, шприцы и др.).

Если результат неопределенный:
Сообщить результат тестирования в доступной форме.
Выждать паузу и помочь ЛПТ справиться с эмоциональной реакцией.
Убедиться, что ЛПТ понял результат тестирования.
В случае необходимости, наметить индивидуальный план снижения риска, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда - обмен шприцев, заместительная поддерживающая терапия метадоном, безопасный секс и др.
При наличии показаний направить ЛПТ для дальнейшего получения медицинской, социальной и психологической помощи в соответствующие организации и/или в профилактические программы.
Предложить повторное консультирование и/или повторное тестирование на ВИЧ через 14 дней.
По возможности предоставить ИОМ и средства защиты (презервативы, шприцы и др.).

Если результат положительный:
Сообщить результат тестирования в доступной форме.
Выждать паузу и помочь пациенту справиться с эмоциональной реакцией.
Убедиться, что ЛПТ понял результат тестирования.
Обсудить последствия для личной жизни, семейных отношений и социальной поддержки.
Обсудить и удостовериться, что ЛПТ располагает необходимой моральной и психологической поддержкой.
Наметить индивидуальный план снижения риска передачи ВИЧ, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда (обмен шприцев, заместительная поддерживающая терапия метадоном), раннее начало АРТ, необходимость безопасного секса с использованием презервативов и т.д.
Обсудить пути получения медицинской, социальной и психологической помощи, перенаправить в соответствующие учреждения, включая группы поддержки ЛЖВ.
Обсудить вопрос информирования ВИЧ-статуса половому/инъекционному партнеру и меру ответственности в случае его/ее заражения, а также предложить пройти тестирование половому партнеру, которому при отрицательном результате будет предложено ДКП (см. КП «Доконтакная профилактика ВИЧ-инфекции»).
Назначить повторное консультирование при необходимости.
По возможности предоставить ИОМ и средства защиты (презервативы, шприцы и т. д.).

Мероприятия по расширению доступа к услугам ТиК.

Для расширения доступа к услугам ТиК необходимо внедрение тестирования и консультирования, инициированного медработниками (ТКИМР) для пациентов с подозрением на ВИЧ-инфекцию и лиц, чья профессиональная деятельность предусматривает обязательное прохождение медицинского освидетельствования на ВИЧ (см. Приложение 1.3 «Перечень специальностей, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ»);

Характерные симптомы и проявления ВИЧ-инфекции для направления на ТиК.

С целью ранней диагностики ВИЧ-инфекции, своевременного назначения АРТ медицинским работникам ОЗ (ПМСП/стационары) следует выявить и направить на ТиК, лиц с характерными симптомами и проявлениями ВИЧ-инфекции:

Клинические показания (в том числе у детей):

- необъяснимая лихорадка более 1 месяца;

- необъяснимое увеличение лимфоузлов двух или более групп свыше 1 месяца;
- необъяснимая диарея, длительностью более 1 месяца;
- необъяснимая потеря массы тела на 10 % и более;
- затяжная и рецидивирующая (2 и более жэпизода в течение последних 6 месяцев) пневмония или пневмонии, не поддающиеся обычной терапии;
- рецидивирующие бактериальные инфекции верхних дыхательных путей (два или более эпизода в течение последних 6 месяцев) – синусит, отит, тонзиллит;
- рецидивирующий язвенный/афтозный стоматит (два или более эпизода в течение последних 6 месяцев);
- затяжные гнойно-паразитарные заболевания (например, рецидивирующая пиодермия), сепсис;
- подострый энцефалит и слабоумие у ранее здоровых лиц;
- волосистая лейкоплакия языка;
- острые и хронические воспалительные заболевания женской (острый тубоавариальный абсцесс, острый и хронический сальпингоофорит, пельвиоперитонит, эрозия шейки матки, эндоцервицит, вагинит, бартолинит и др.) и мужской (простатит, баланопостит, уретрит, эпидидимит, орхит и др.) репродуктивной системы после оценки степени риска заражения ВИЧ (см. стр. 15 «Предтестовое консультирование»);
- заболевания характеризующиеся анальными и перианальными язвами, проктит, парапроктит и трещины прямой кишки.
- саркома Капоши;
- лимфома головного мозга;
- Т-клеточный лейкоз;
- В-клеточные неходжкинские лимфомы;
- рак шейки матки;
- активная форма легочного и внелегочного туберкулеза;
- гепатиты В, С – при постановке диагноза;
- заболевания, обусловленные цитомегаловирусом;
- генерализованная или хроническая форма инфекции, обусловленная вирусом простого герпеса;
- рецидивирующий опоясывающий лишай у лиц моложе 60 лет;
- инфекционный мононуклеоз;
- пневмоцистная пневмония;
- токсоплазмоз центральной нервной системы; токсоплазмозный хориоретинит;
- персистирующий кандидоз полости рта и глотки;
- кандидоз пищевода, трахеи, бронхов и легких;
- острый язвенно-некротический стоматит/гингивит/периодонтит;
- необъяснимые анемия, нейтропения и/или тромбоцитопения;
- глубокие микозы, гистоплазмоз;
- криптококкоз (внелегочной);
- хронический криптоспоридиоз;
- хронический изоспороз;
- стронгилоидоз;
- генерализованная форма сальмонеллёза;
- атипичный микобактериоз;
- прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия;

Эпидемиологические показания:

- лица, получающие гемодиализ; больные с пожизненной гемотрансфузионной зависимостью (дисплазия, аплазия, гемобластоз, коагулопатия) обследуются 1 раз в

год;

- лица, получившие неоднократное (2 и более) переливание крови и ее компонентов в течение года (травмы, операции и др.) – через 1 и 3 месяца после последнего переливания крови.

Организации (предоставляющие неотложную медицинскую помощь, наркологическое лечение, НПО, дружественные кабинеты и др.), работающие с группами повышенного риска (ЛУИН, СР, МСМ и др.) инфицирования ВИЧ:

- Группа повышенного риска тестируется на ВИЧ-инфекцию 2 раза в год.
- Для данных групп следует также рассмотреть возможность проведения ТиК в программах ПТМ, ПОШ и на мобильных передвижных пунктах.
- В ОЗ должна быть система перенаправления ЛЖВ для получения ими медицинских услуг, связанных с профилактикой ВИЧ-инфекции, лечением, уходом и поддержкой.

Организации здравоохранения, предоставляющие услуги по ИППП

При выявлении ИППП (сифилис, хламидийная и гонококковая инфекция, генитальный герпес и папилломовирусная инфекция и др.), затем через 3 месяца.

ЦСМ и службы родовспоможения:

Установление ВИЧ-статуса беременной в дородовый период позволяет снизить/ исключить передачу ВИЧ от матери ребенку.

Показания к ТиК, беременной женщины:

- при взятии на учет по беременности;

- ее партнера, если он относится к группе повышенного риска инфицирования ВИЧ. (См. КП приказ МЗ КР № 660 от 20.11.13 «Физиологическая беременность» раздел Лабораторные исследования, стр. 9);

-при поступлении на роды без обследования на ВИЧ;

-при искусственном прерывании беременности.

Показания к ТиК детей:

- рожденные от ВИЧ-позитивных матерей (см. КП ППМР);
- с характерными симптомами и клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции (см. КП «Диагностика и лечение ВИЧ у детей»).

Медицинские освидетельствования детей и подростков в возрасте до 18 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться с письменного согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования на ВИЧ.

ОЗ, предоставляющие амбулаторную и стационарную помощь:

Предлагается пройти ТиК при ВИЧ-инфекции лицам, находившимся за пределами страны более 1 месяца за последние 2 года по прибытию в страну, после оценки степени риска заражения ВИЧ (см. стр.15 «Предтестовое консультирование»)

Противотуберкулезная служба

Все случаи ТБ (впервые выявленный, ранее леченый ТБ, а также если предыдущее лечение ТБ неизвестно).

Пенитенциарные учреждения.

Всех осужденных, поступающих в исправительные колонии и следственно-арестованных, поступающих в СИЗО, ИВС.

Необходимо избегать любых форм принуждения и проводить тестирование при наличии добровольного, письменного информированного согласия со стороны ЛПТ.

Применение экспресс тестов с целью расширения доступа к услугам ТиК.

Внедрение экспресс тестов на ВИЧ, обладающих высокой чувствительностью и специфичностью и не требующих сложного лабораторного оборудования, является важным достижением здравоохранения. В настоящее время такие тесты приобретают все более широкое применение, в т. ч. в НПО.
Необходимо обеспечить применение экспресс тестов гарантированного качества (см. приказ МЗ КР №87 от 04.02.2016г.).
При принятии решения о применении экспресс тестов или стандартных методов диагностики на ВИЧ должны учитываться все преимущества и недостатки данных методов диагностики.

Приложение 1.1

Алгоритм проведения ТиК

Индивидуальное/групповое предтестовое консультирование (во всех организациях, где проводится ТиК**) с предоставлением Памятки (Приложение 1.2)**

Оценка степени риска инфицирования ВИЧ с занесением информации в медицинскую документацию
Получение письменного информированного согласия

Отказ от тестирования
Беседа о том, как свести риск инфицирования к минимуму.
Направление в те или иные службы (ПОШ, ЗПМТ и др.) при необходимости.

Тестирование на ВИЧ

Положительный результат | **Отрицательный результат** | **Неопределенный**

Послетестовое консультирование

Взятие на ДН | **Выдача результата** | **Повторное обследование через 14 дней**

Приложение 1.3

Перечень специальностей, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию

1. Врачи хирургического профиля: нейрохирург, хирург сердечно-сосудистой системы, торакальный хирург, трансфузиолог, уролог, челюстно-лицевой хирург, онколог, офтальмолог, отолоринголог, проктолог, эндоскопист, гематолог, травматолог-ортопед, трансплантолог, фтизиатр, пластический хирург, нефролог и др.
2.Врач акушер-гинеколог.
3. Врач анестезиолог-реаниматолог.
4. Врач неонатолог.
5. Врач – комбустиолог.
6. Врач – стоматолог.
7. Врач – лаборант.

Кроме того, обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат средние и младшие медицинские работники, чья профессиональная деятельность связана с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек: стоматологических и лабораторных служб, службы «СПИД», неотложной медицинской помощи, отделений гематологии, гемодиализа, искусственной почки и средний медицинский персонал процедурных кабинетов ОЗ.

Индикаторы по ТиК

1. Число ОЗ, предоставляющих услуги по тестированию и консультированию на ВИЧ.
2. % ЛУИН, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат.
3. % СР, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат
4. % МСМ, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат
5. % взрослых, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу МЗ КР №_____
от «____»_____2017г.

Мероприятия при выявлении людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)

1. Специалисты ЛДВ ЦПБС при выявлении антигена/антител к ВИЧ вносят результаты анализа (положительный, неокончательный) в систему электронного слежения и передают данные одновременно в эпидемиологические отделы ЦПБС (Приложение 2.1).
2. В свою очередь специалисты эпидемиологического отдела ЦПБС передают результаты в виде ДСП ответственным специалистам по ВИЧ (ЦОВП/ЦСМ/ТБ, ГСИН) (Приложение 2.2)
3. Первично-положительные результаты анализов, полученные от РЦК/ОЦК при установлении отрицательного результата, передаются обратно, в виде ДСП.
4. На каждый случай ВИЧ-инфекции врачом ОЗ, выявившим ВИЧ-инфекцию, заполняется «Экстренное извещение» (УФ №058/у согласно постановлению №583 от 23.09.2011г.), которое направляется в территориальные (городской/ районный) ЦПЗиГСЭН.
   В экстренном извещении графа «диагноз» заполняется в соответствии кодировки по МКБ-10 (В20-В24), графа «ФИО» – номер анализа ИФА (подтверждающий), в графе «адрес» указывается только населенный пункт.
   Далее территориальные ЦПЗиГСЭН передают информацию в областные ЦПЗиГСЭН, которые в свою очередь передают информацию в ДПЗиГСЭН МЗ КР.
5. Эпидемиологическое расследование выявленного случая ВИЧ-инфекции проводится эпидемиологом по месту выявления, **независимо от места прописки** ЛЖВ.
6. Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции проводится эпидемиологом ОЗ (ЦПБС/ЦПЗиГСЭН)* с целью выявления возможного источника, путей заражения и определения контактных лиц.
   Далее информация вносится в регистрационную карту (Приложение 2.3). Эпидемиологическое расследование проводится в соответствии с инструкцией (Приложение 2.4).
7. Эпидемиологом предоставляется информация ЛЖВ о специалисте, осуществляющем диспансерное наблюдение по месту жительства, и по возможности, сопровождение пациента (привлечение сотрудников НПО, патронажных медсестер, соцработников/ равных консультантов ЦПБС).
8. После проведенного эпидемиологического расследования эпидемиологом проводится работа с контактными лицами - установление контакта, консультирование, направление на тестирование и наблюдение в течение 6 месяцев совместно с врачом ОДН ЦПБС/ЦСМ (Приложение 2.4).
9. Результаты обследования контактных лиц вносятся в СЭС как сотрудниками эпидемиологического отдела, так и отдела организации диспансерного наблюдения ЦПБС/ЦСМ, направившего на тестирование.

10. Лица с неокончательным результатом тестирования на ВИЧ находятся на контроле у эпидемиолога ЦПБС до установления статуса.
11. На районном уровне специалист ЛДВ заполняет статистическую отчетную форму №4 (Срочные ежемесячные отчеты по исследованию контингентов на ВИЧ-инфекцию, утвержденную НСК КР от 13.11.15г. №09-13/2169) и предоставляет отчетную форму в эпидемиологический отдел ЦПБС в установленные сроки.
12. Эпидемиолог ЦПБС обобщает и предоставляет сводные отчеты в эпидемиологический отдел РЦ «СПИД».
13. РЦ «СПИД» обобщает, анализирует и предоставляет отчет в Центр электронного здравоохранения (ЦЭЗ) МЗ КР в установленные сроки.
14. Выявленные ЛЖВ подлежат диспансерному наблюдению, уходу и поддержке по месту жительства (ЦОВП, ЦСМ и др.)
15. ЛЖВ пожизненно отстраняются от всех видов донорства.
16. Лица с неокончательным результатом обследования на ВИЧ-инфекцию отстраняются от донорства до получения отрицательного результата.
17. Ежегодный отчет по Форме №4-А и 4-Б (Постановление НСК КР от 16.09.14 № 23; приказ МЗ КР от 12.11.2014 № 615) предоставляется специалистами ПМСП в ЦПБС, откуда обобщенная информация поступает в РЦ «СПИД», далее в ЦЭЗ МЗ КР и в НСК Кыргызской Республики в установленные сроки.
18. Сведения о ЛЖВ являются строго конфиденциальными. Лицо, разгласившее врачебную тайну, несет уголовную ответственность согласно статье №145 Уголовного кодекса Кыргызской Республики.
19. С целью оценки качества предоставления медицинских услуг необходимо осуществлять сбор индикаторов на регулярной основе.

*В Ошской (в Алайском, Чон-Алайском, Кара-Кульджинском районах), Баткенской (в Лейлекском, Кадамжайском районах, г. Кызыл-Кыя, г. Сулюкта), Жалал-Абадской (в Чаткальском, Тогуз-Тороуском, Аксыйском, Ала-Букинском, Токтогульском районах, г. Таш-Кумыр, г. Шамалды-Сай, г. Майлуу-Суу, г. Кара-Куль) и Чуйской (в Панфиловском, Жайылском, Московском, Сокулукском, Аламудунском районах) областях, с учетом отдаленности ОЦПБС, эпидемиологическое расследование проводят обученные врачи-эпидемиологи и помощники врачей-эпидемиологов территориальных ЦПЗиГСЭН.

В территориальных ЦПЗиГСЭН, где отсутствуют врачи эпидемиологи и их помощники, эпидемиологическое расследование проводится сотрудниками ЦПБС.

В Таласском, Иссык-Кульском и Нарынском ЦПБС при выявлении случая ВИЧ-инфекции на данных территориях эпидемиологическое расследование проводят врачи эпидемиологи и помощники эпидемиологов этих центров.

В г. Бишкек при выявлении случая ВИЧ-инфекции эпидемиологическое расследование проводят врачи эпидемиологи и помощники эпидемиологов ГЦПБС (см. Приложение 2.5.).

Приложение 2.1

ДСП

Наименование учреждения

Результат исследования на ВИЧ первично-положительных и подтвержденных анализов

Учреждение отправитель_____

Регистрационный номер биоматериала отправителя: _____ от _____20___ г.

Регистрационный номер биоматериала в РЛДВ РЦ «СПИД» /ЦПБС____ от ____20 ___ г.

УИК[1] пациента_____

ФИО пациента _____

Пол_____Дата рождения[2] _____

Код контингента _____

Диагноз (если код 113 и 117, то обязательно прописать диагноз)_____ _____

Гражданство _____

Домашний адрес (прописка по паспорту и фактическое проживание, номер мобильного телефона)_____ _____

№ п/п	Дата исследования	Название тест-системы, № серии, срок годности	Результат исследования	Заключение

Дата _____

Подпись исполнителя _____

[1] Уникальный идентификационный код (УИК) – первые две буквы имени матери, первые две буквы имени отца, пол (1-мужчина, 2- женщина), последние две цифры года рождения. Например: мать: Зинаида –ЗИ, отец: Афанасий-АФ, пол: мужчина-1, год рождения: 1999г. -99. УИК-ЗИАФ199. Имена родителей должны быть по паспорту

[2] Дата рождения – указывать число, месяц и год рождения полностью

Подпись лица, ответственного за качество

_____

Приложение 2.2

Форма документа ДСП (для служебного пользования) о ЛЖВ

ДСП
Наименование учреждения
Главному врачу
ФИО

Рег. №	Ф.И.О. (УИК)	Дата рожд.	Гражданство Дом.адрес	Код	Дата исследования	Тип тест-системы	Результат	Заключение
	1	2	3	4	5	6	7	8

Заведующий эпид. отделом ЦПБС _____

Приложение 2.3.

Медицинская документация
форма №081/у

_____
наименование организации

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ №_____

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ
1.1 ОГЦ СПИД

_____

1.2 Регистрационный номер (№ ИБ/ИФА) ___/___/___/___/___/___/___/___/ **1.3 Дата постановки ИБ/ИФА** ___/___/ ___/___/
(Число, месяц, год)

1.4 Анонимно □ **1**-Да, □ **2**- Нет **1.5 Фамилия, Имя, Отчество**
_____
(вписать печатными буквами)

1.6 Дата рождения ___/___/ ___/___/ ___/___/___/ **1.7 Пол** □ 1-Мужской, □ 2-Женский **1.8 Код обследования по форме №4** ___/___/___/ . ___/*
(число, месяц, год) *(см. форма №4)

2. МЕСТО ВЫЯВЛЕНИЯ

2.1 Область выявления: □**1** - Чуйская, □ **2** – Иссык-Кульская, □ **3** - Нарынская, □ **4** - Таласская, □ **5** – Ошская, □ **6** – Жалал-Абадская, □ **7** - Баткенская, □ **8** – г.Бишкек,
□ **9** – г.Ош

2.2Административная единица области выявления:_____
(вписать печатными буквами: город, район выявления)

2.3 Пенитенциарное учреждение:
_____
(вписать название учр.)

2.4 Место выявления: □**1** - Центр СПИД, □**2** - Центр крови, □**3** - ИУ, □**4** – Противотуберкулезные учреждения, □**5** - СИЗО, □**6** – ЦСМ/ГСВ/ЦОВП, □**7** - Приемник-распределитель, □**8** - Наркодиспансер, □**9** - Кожвендиспансер, □**10** - ИВС, □**11** - Стационар, □**12** - Родильный дом, □**13** - ЦОВП, □**14** - Частная медицинская клиника, □**15** - Пункт доверия, □**16** – Дружественный кабинет, □**17** - Дом ребенка, □18 - Дом

инвалидов,☐**19 -** Хоспис,☐**20 -** Воинская часть, ☐**21 –** Прочее

2.5 Место заражения: ☐**1 -** Пенитенциарное учреждение; ☐**2 -** Медицинское учреждение

2.6 Учреждение заражения:

_____

2.7Административная территория регистрации:_____

(вписать печатными буквами: город, район регистрации)

3. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

3.1 Гражданство: ☐1 - Гражданин КР, ☐2 - Иностранный гражданин, ☐3 - Лицо без гражданства, ☐4 – Кайрылман

ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН

3.2 Дата приезда в КР ___/___/ ___/___/___/___/
(месяц, год)

3.3 Из какой страны прибыл в КР? **1**- Россия, **2** - Беларусь, **3**- Украина, **4** - Турция, **5** - Китай, **6**- Монголия, **7**- Азербайджан, **8**- Казахстан, **9**-Таджикистан, **10**-Пакистан, **11** - Узбекистан,**12** - Дальнее зарубежье, **13** –Другое, **14**-Индия, **15**-Афганистан, **16** - Иран

3.4 Цель приезда в КР: ☐ **1** - Учеба, ☐ **2** - Работа, ☐ **3** - Служебная командировка, ☐ **4** - Тур. поездка, ☐ **5** - ПМЖ, ☐ **6** - Частный визит, ☐ **7** - Лечение

3.5 Семейное положение: (для лиц от 16 лет и старше): ☐**1** - Женат/замужем,☐**2** - Разведен(а), ☐**3** - Гражданский брак, ☐**4** - Не женат/не замужем, ☐**5** - Вдовец/вдова

3.6 Для лиц младше 16 лет указать с кем проживает? ☐**1** – С обоими родителями, ☐**2** - С одним родителем, ☐**3** - С родственниками (опекунами), ☐**4** - На попечении государства, ☐**5** - Имеет опекунов - не родственников

Члены семьи (для всех):

ФИО	**Родственная связь** (**1**-муж, **2**-жена, **3**-гражданский	**Пол** (**1**–	**Дата рождения**	**Адрес**	**ВИЧ статус** (1– Пол,2–Отр,3–Не обсл)

	муж, **4**-гражданская жена, **5**-дочь, **6**-сын, **7**-зять, **8**-сноха, **9**-другое)	муж, **2**–жен)			
3.7	**3.7.1**	**3.8**	**3.9**	**3.10**	**3.11**

3.12 Образование: **1** - Высшее, **2** - Незаконченное высшее, **3** - Среднее, **4** – Средне-специальное, **5** - Незаконченное среднее, **6** - Начальное, **7** - Без образования

3.13 Социальный статус: **1** - Работает, **2** - Не работает, **3** - Учащийся школы, **4** - Не организованный, **5** - ДДУ, **6** - Осужденный, **7** - Следственно - арестованный, **8** - Неустановленный, **9** - Пенсионер, **10** - УчащийсяСУЗови ВУЗов, **11** – Военнослужащий

3.14 Место работы/учебы: Выбрать из перечисленного: **1** - Медицинская организация, **2** - Промышленное предприятие, **3** - Предприятие торговли, **4** - Автотранспортное предприятие, **5** - Правоохранительные органы, **6** - Воинская часть, **7** - Сфера обслуживания, **8** - Учреждение образования, **9** - Предпринимательская деятельность, **10** – Другое, **11** – Разнорабочий

3.14.1 Место работы_____(вписать название организации) **3.14.2 Должность**_____ **3.14.3 Телефон** _____

3.15 БОМЖ: **1**-Да, **2**- Нет

АДРЕСА:

3.16 Место жительства: **1** - Город, **2** – Село

Место прописки:	**Место проживания:**
Место жительства: **1** - город, **2** – село	**Место жительства:** **1** - Город, **2** – Село
3.17 Область	**3.22 Область**

_____ **3.18 Адм. ед. области** _____ **3.19 Населенный пункт**_____ **3.20 Улица, дом, квартира**_____ **3.21 Контактный телефон**_____	_____ **3.23 Адм. ед. области** _____ **3.24 Населенный пункт**_____ **3.25 Улица, дом, квартира** _____ **3.26 Контактный телефон**_____

3.27 ЦСМ/ГСВ/ЦОВП

_____

(вписать название медицинской организации)

4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

4.1 Проходил ли обследование на ВИЧ когда-либо ранее? (вписать только последнее обследование) **1 -** Да, **2 -** Нет, **3 -** Не помню/не знаю

4.2 Год обследования ___/___/___/___/**год**

4.3 Результат: **1 -** Отриц, **2 -** Полож, **3 -** Не помню/не знаю

4.3.1 В какой стране проходил (а) обследование? **1 –** в Кыргызской Республике, **2 –** в России, **3 –** в Казахстане, **4 –** Другое_____

ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЕМ

4.4 Имел(а) ли опыт употребления наркотиков инъекционным путем **1-**Да**, 2-** Нет

Если «да», то перейти к следующим вопросам:

4.5 Употребление наркотиков инъекционным путем за последние 12 месяцев **1-**Да**, 2-** Нет

4.6 Стаж инъекционного употребления ___/___/ **лет** ___/___/ **месяцев**

4.7 Практиковал ли совместное введение наркотиков? **1 -** Да, **2 -** Нет, **3 -** Не помню

4.8 Если «да», то с кем? (возможно несколько вариантов ответов) **1 –** С половым партнером, **2 –** В постоянной группе, **3 –** В случайной группе,

4.9 Практиковал ли совместное введение наркотиков с ВИЧ-позитивным?	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю
4.10 Вид употребляемого наркотика инъекционно:	**1**- Героин, **2**-Ханка, **3**- Амфетамины, **4**- Вторяк, **5** – другое_____
4.11 Состоит ли на учете в наркологическом диспансере?	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню
4.12 Состоит ли на учете в правоохранительных органах?	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Непомню

ОКАЗАНИЕ УСЛУГ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА	
4.13 Имел(а) ли опыт оказания услуг коммерческого секса	**1**-Да, **2**- Нет
Если «нет», то перейти к 4.17, если «да», то перейти к следующим вопросам:	
4.14Стаж оказания услуг	**___/___/ лет ___/___/ месяцев**
4.15Количество коммерческих половых партнеров за последний месяц	_____ (число)
4.16Использовали ли Вы (или Ваш коммерческий партнер) презервативы при последней половой связи?	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Непомню/незнаю

НАЛИЧИЕ ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ПОЛОВЫХ КОНТАКТОВ (для мужчин)	
4.17 Имел ли опыт гомосексуальных контактов (когда-либо в жизни)	**1**-Да, **2**- Нет
Если «нет», то перейти к 4.23, если «да», то перейти к следующим вопросам:	
4.18 Наличие гомосексуальных половых контактов за последние 12 месяцев	**1**-Да, **2**- Нет
4.19Контакты с коммерческим половым партнером (гомосексуальные)	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню
4.20 Количество половых партнеров за последние 12 месяцев (гомосексуальные)	_____ (число)
4.21Половой контакт с ВИЧ-положительным (гомосексуальный)	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю
4.22Половой контакт с ЛУИН (гомосексуальный)	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю

НАЛИЧИЕ ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫХ ПОЛОВЫХ КОНТАКТОВ	
4.23 Имел (а) ли опыт гетеросексуальных контактов (когда-либо в жизни)	**1**-Да, **2**-Нет
Если «нет», то перейти к 4.29, Если «да», то перейти к следующим вопросам:	
4.24 Контакты с коммерческим половым партнером	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю
4.25 Половой контакт с ВИЧ-положительным	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю
4.26 Половой контакт с ЛУИН	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю
4.27 Опыт гетеросексуальных контактов за последние 12 месяцев	**1** - Да, **2** - Нет, **3** - Не помню/не знаю
4.28 Количество половых партнеров за последние 12 месяцев	_____ (число)
4.28.1 Половые партнеры в течение последних 12 месяцев	**1** – Постоянные, **2** – Случайные, **3** – Коммерческие

ПРЕБЫВАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ, СИ/ИУ (за весь период жизни)

4.29 Имел(а) ли опыт пребывания в местах лишения свободы за - весь период жизни? **1**-Да, **2**- Нет

Если «да», то перейти к следующим вопросам:

Нахождение в МЛС

Наименование СИ/ИУ	**Дата начала отбывания наказания** (число, месяц, год)	**Дата окончания отбывания наказания** (число, месяц, год)
4.30	**4.31**	**4.32**

УЧАСТИЕ В ДОНОРСТВЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

4.33 Являлся ли донором крови за последние 5 лет? **1**-Да, **2**- Нет Наличие донации при выявлении **1**-Да, **2**- Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Местодонорства:		**Дата донорства** (число, месяц, год)	**Наименование МО забора крови** (Приложение центров	**Категория донора** **1** – Первичный, **2** -	**Типдонорства** **1** – Платный **2** - Безвозмездный	**Идентификационный код донора**	**Код донации** (№ компонента и серия)	**Дата обследования на ВИЧ донора** (число, месяц,	**ВИЧ статус** **1** – Полож **2** – Отриц
КР, область, город,	**Страна, город**								

район			крови)*	Повторный, **3 -** Регулярный				год)	**3 –** Не обслед.
4.34	**4.35**	**4.36**	**4.37**	**4.38**	**4.39**	**4.40**	**4.41**	**4.42**	**4.43**

4.44 Являлся ли донором спермы, органов, тканей, клеток, грудного молока за последние 5 лет? ☐ **1-**Да**,** ☐ **2-** Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Местодонорства:		**Дата донорства** (число, месяц, год)	**Наименование ОЗ, забора донорского материала**	**Категория донора 1 –** Первичный, **2 -** Первый раз в текущем году, **3 -** Повторный	**Тип донорства 1 –** Первичный, **2 -** Повторный, **3 -** Регулярный	**Вид донорского материала** 1–Сперма, 2–Органы, 3–Ткани, 4 – Клетки, 5 – Грудное молоко	**№ серии донорского материала (в журнале забора)**	**Наименование ОЗ, получившей донорский материал**	**Дата обследования на ВИЧ донора** (число, месяц, год)	**ВИЧ статус 1 –** Полож. **2 –** Отриц. **3 –** Не обслед.
КР, область, город, район	**Страна, город**									
4.45	**4.46**	**4.47**	**4.48**	**4.49**	**4.50**	**4.51**	**4.52**	**4.53**	**4.54**	**4.55**

После направления запроса в Республиканский центр крови по коду донора (№ регистрации в карте донора или базе данных в ОЦК) и коду донации (№ компонента и серии), можно получить полную информацию на донора крови и заполнить донесение на донора (см. приложение, форма №403/у к приказу МЗ КР №544 от 22.09.15г.«Сборник правил,инструкций к первичной медицинской документации по службе крови»**).**

РЕЦИПИЕНТ ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

4.56 Являлся ли реципиентом крови за последние 5 лет? ☐ **1-**Да**,** ☐ **2-** Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Местотрансфузии:		**Наименование ОЗ, получившей компоненты**	**Дата получения компонентов крови**	**Номер истории болезни**	**Код компонента (№**	**Идентификационный код донора**	**ВИЧ статус донора 1–**Полож. **2 –**
КР: обл, город,	**Страна, город**						

район		**крови**	(число, месяц, год)		**компонента и серия)**		Отриц. **3 –** Необследован
4.57	**4.58**	**4.59**	**4.60**	**4.61**	**4.62**	**4.63**	**4.64**

4.65 Являлся ли реципиентом спермы, органов, тканей, клеток, грудного молока за последние 5 лет? ☐ **1-**Да**,** ☐ **2-** Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Местополучениябиоматериала (трансплантации):		**Наименование ОЗ забора донорского материала**	**Наименование ОЗ, получившей донорский материал**	**Дата получения биоматериала (трансплантации):** (число, месяц, год)	**№ серии донорского материала**	**Вид донорского материала** 1–Сперма,2–Органы, 3– Ткани, 4–Клетки, 5–Грудноемолоко	**ФИО донора, от которого реципиент получил биоматериал**	**ВИЧ статус донора** **1 –** Полож. **2 –** Отриц. **3 –** Необследован
КР: область, город, район	**Страна, город**							
4.66	**4.67**	**4.68**	**4.69**	**4.70**	**4.71**	**4.72**	**4.73**	**4.74**

НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ИППП

4.75 Наличие в анамнезе заболеваний передаваемых половым путем (сифилис, гонорея, герпес, язвы половых органов, трихомониаз и другое) ☐ **1-**Да**,** ☐ **2-** Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице:

Дата постановки диагноза	**Диагноз**
4.76	**4.77**

4.78 Состоит ли на диспансерном учете в КВД? ☐ **1-**Да**,** ☐ **2-** Нет

4.79 Обращался в дружественные кабинеты (ДК) ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет
4.80 Сколько раз за последние 12 месяцев обращался в ДК? _____(число)
4.81 Обращение в частные клиники (к врачам) по поводу ИППП ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет
4.82 Сколько раз за последние 12 месяцев обращались в частные клиники (к врачам) _____(число)

СВЕДЕНИЯ НА ДЕТЕЙ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ

4.83 Ребенок родился путем планового кесарево сечения ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет
4.84 Ребенок имел исключительное искусственное вскармливание ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет, ☐ **3** - Не помню
4.85 Матери была проведена химиопрофилактика во время беременности/родов ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет, ☐ **3** - Не помню
4.86 Ребенку была проведена химиопрофилактика в период новорожденности ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет, ☐ **3** - Не помню

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКИХ И НЕ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ

4.87 Наличие в анамнезе медицинских и немедицинских манипуляций ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответы по столбцам)

Дата вмешательства: (число, месяц, год)	**Вид вмешательства:** **1** - Медицинские, **2** – Немедицинские	**Тип вмешательства: 1** - Инвазивные, **2** - Оперативные, **3** - Стоматологические, **4** - Акушер-гинекологические, **5** – Иссечение крайней плоти, **6** - Другое, **7** - Нанесение татуировок, **8** - Прокалывание ушей, **9** - Пирсинг, **10** – Иссечение крайней плоти, **11** - Использование общих лезвий для бритья, **12** - Использование общих зубных щеток, **13** – Маникюр, **14** - Педикюр, **15** - Другое	**Наименованиеорганизации**
4.88	**4.89**	**4.90**	**4.91**

АВАРИЙНАЯ СИТУАЦИЯ

4.92 Были ли аварийные ситуации в течение последних 12 месяцев? ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответ в по каждому столбцу)

Дата (число, месяц, год)	**Риск инфицирования:** **1** - Профессиональный, **2** - Не профессиональный	**Название учреждения**	**Вид травмы:** **1**-Укол иглой, **2**-Порез, **3**-Укус, **4** - Попадание крови и др. биолог. жидк. на слизистую оболочку и поврежденную кожу, **5** - Другое	**Постконтактная профилактика проведена в течение 72 часов:** **1** – Да, **2** – Нет, **3** – Не помню	**ВИЧ статус контактного:** **1** - Положительный, **2** – Отрицательный, **3** – Не обследован

4.93	4.94	4.95	4.96	4.97	4.98

ВЫЕЗДЫ ЗА ПРЕДЕЛЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

4.99 Наличие выездов за пределы Кыргызстана за последние 12 месяцев ☐ **1**-Да, ☐ **2**-Нет

Если были выезды за пределы Кыргызстана, то перейти к следующей таблице: (вписать печатными буквами в таблицу по столбцам)

Дата начала выезда (число, месяц, год)	**Дата окончания выезда** (число, месяц, год)	**Страна, город:** **1**- Россия, **2** - Беларусь, **3**- Украина, **4** - Турция, **5** - Китай, **6**- Монголия, **7**- Азербайджан, **8**- Казахстан, **9**-Таджикистан, **10**-Пакистан, **11** - Узбекистан, **12** - Дальнее зарубежье, **13** –Другое, **14**- Индия, **15**-Афганистан, **16** - Иран	**Цель поездки:** **1** – Учеба, **2** - Работа, **3** - Служебная командировка, **4** - Тур. поездка, **5** - ПМЖ, **6** – Частный визит, **7** - Лечение	**Риски во время выездов:** 1 - Медицинские манипуляции, 2 – Не медицинские манипуляции (татуировки, пирсинг, маникюр, педикюр и т.д.), 3 -инъекционное потребление наркотиков, 4 - случайные половые контакты, 5 – не было рисков (перечислить через запятую в случае множественных рисков)
4.100	**4.101**	**4.102**	**4.103**	**4.103.1**

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ

4.104 Наличие предполагаемого источника инфекции ☐ **1**-Да, ☐ **2**- Нет

Проверить по базе, если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать печатными буквами в таблицу по столбцам)

№ ИБ/ИФА	**Дата ИБ/ИФА**	**ФИО**

4.105	4.106	4.107

СВЕДЕНИЯ О КОНТАКТНЫХ ЛИЦАХ

4.108 Наличие контактных лиц ☐ **1-**Да**,** ☐ **2-** Нет, ☐ **3-** Нет данных

Если «да», то перейти к следующей таблице: (вписать ответ по каждому столбцу)

ФИО контактного лица	**Пол:** **1 -** Мужской, **2 -** Женский	**Дата рождения**	**Адрес**	**Вид контакта:** **1**–При употреблении наркотиков, **2-** Гетеросексуальный, **3 –** Гомосексуальный, **4 –** Контакт по медицинскому учреждению, **5 –** Вертикальный контакт **6 –** Контакты при аварийной ситуации **7 –**Артифициальный немедицинский	**ВИЧ статус контактного:** **1 -** Положительный, **2 –** Отрицательный, **3 -** Необследован
4.109	**4.110**	**4.111**	**4.112**	**4.113**	**4.114**

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

5.1 ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ПУТЬ

ПЕРЕДАЧИ_____(

вписать)

5.2 <u>Отметить из перечисленного:</u> **1 –** Гетеросексуальный, половой, **2 –** Гомосексуальный, половой, **4–** Парентеральный, при употреблении наркотиков, инъекционно **5 –** Парентеральный, артифициальный (медицинские манипуляции), **6 –** Парентеральный, артифициальный (не медицинские манипуляции), **7–** Парентеральный, пост контактный (аварийные ситуации при выполнении профессиональных обязанностей), **8 –** Парентеральный, трансфузионный (кровь и ее компоненты, органы, ткани, др. биологические жидкости), **9 –** Вертикальный (во время беременности, родов, при кормлении грудью),

10 – Неустановленный путь

5.3 Дата заполнения ___/___/ ___/___/ ___/___/___/___/ **5.4 Заполнил врач эпидемиолог** _____ **5.5 Подпись**_____

(число, месяц, год)

5.6 Проверил зав. эпид. отделом _____ **5.7 Данные ввел оператор** _____ **5.8 Дата ввода** ___/___/ ___/___/ ___/___/___/___/

(число,месяц,год)

Приложение 2.4

Инструкция

по проведению эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции

1. Введение

Эпидемиологическое расследование устанавливает факторы риска распространения, пути передачи ВИЧ-инфекции.

2. Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции

Течение ВИЧ-инфекции имеет свои особенности, которые влияют на характер ее распространения.

Особенности развития эпидемии ВИЧ-инфекции при организации эпиднадзора:

- ВИЧ-инфекция на протяжении многолетнего периода остается бессимптомной, и может распространяться от ЛЖВ, не знающих о своем диагнозе;
- отсутствие возможности полного излечения ВИЧ-инфекции и вакцин для профилактики заболевания;
- затрудненность доступа для выявления ВИЧ в группах повышенного риска (ЛУИН, СР, МСМ и др.);
- стигматизация и дискриминация ЛЖВ обществом.

Пути передачи ВИЧ-инфекции:

- при переливании донорской крови и ее компонентов, при трансплантации органов, донорской спермы;
- при немедицинских инвазивных процедурах (кровопускание и др.), употребление наркотиков инъекционным путем (использование общих шприцев, игл, другого инъекционного инструментария);
- при медицинских инвазивных вмешательствах в ОЗ (от пациента к пациенту, от пациента к медицинскому персоналу - прокол кожи контаминированным ВИЧ-инфицированным инструментом, использование нестерильного медицинского инструментария, оборудования).
- половой (незащищенные гомо, гетеро, бисексуальные контакты);
- передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Вероятность передачи ВИЧ-инфекции различными путями неодинакова. Данные о риске заражения ВИЧ при различных контактах приведены в таблице 1.

Табл.1. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции различными путями.

Пути передачи	Вероятность передачиВИЧ-инфекции, %
Переливание инфицированной ВИЧ крови	92,5
Вертикальная передача от матери ребенку	15 – 45
Использование нестерильного инструментария (иглы и шприцы) для употребления наркотиков инъекционно	0,8

Незащищенный анальный половой контакт	0,5
Укол контаминированной ВИЧ иглой с повреждением кожных покровов	0,3
Контакт материалов, содержащих ВИЧ со слизистой оболочкой	0,1
Незащищенный вагинальный половой контакт (женщины)	0,15 – 1,01
Незащищенный анальный половой контакт (активный партнер)	0,065
Незащищенный вагинальный половой контакт (мужчины)	0,001 – 0,15
Незащищенный оральный половой контакт (пассивный партнер)	0,01
Незащищенный оральный половой контакт (активный партнер)	0,005

Несмотря на то, что ВИЧ содержится во всех биологических жидкостях организма человека, значимыми для передачи ВИЧ факторами передачи являются кровь, лимфа, сперма, выделения женских половых органов, грудное молоко. В остальных экскретах организма вирус содержится в количествах, недостаточных для заражения.

3. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией

В стране осуществляется два типа эпидемиологического надзора при ВИЧ-инфекции:

- Пассивный тип (основан на обращаемости населения за медицинскими либо другими услугами) и основан на выявлении и регистрации каждого случая ВИЧ-инфекции;
- Активный тип (скрининг или сплошное обследование некоторых групп населения: доноры, реципиенты компонентов крови, уязвимые группы населения – ЛУИН, СР, МСМ, осужденные).

4. Выявление, учет и регистрация случаев ВИЧ-инфекции

Основным методом тестирования на ВИЧ-инфекцию является исследование сыворотки крови методом ИФА, основанного на выявлении антигена/антител к ВИЧ (см. Приказ МЗ КР №87 от 04.02.2016г. «Инструкция по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике»).
На каждый случай ВИЧ-инфекции врачом ОЗ, выявившим ВИЧ-инфекцию, заполняется «Экстренное извещение» (УФ №058/у согласно постановлению №583 от 23.09.2011г.), которое направляется в территориальные (городской/ районный) ЦПЗиГСЭН.
В экстренном извещении графа «диагноз» заполняется в соответствии кодировки по МКБ-10 (В20-В24), графа «ФИО» – номер анализа ИФА (подтверждающий), в графе «адрес» указывается только населенный пункт.
Далее территориальные ЦПЗиГСЭН передают информацию в областные ЦПЗиГСЭН, которые в свою очередь передают информацию в ДПЗиГСЭН МЗ КР.

По каждому выявленному случаю ВИЧ-инфекции эпидемиолог РЦ «СПИД»/ЦПБС/ территориального ЦПЗиГСЭН проводит послетестовое консультирование и эпидемиологическое расследование (см. КП «ТиК» Приложение 1).

5. Проведение эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции

5.1. Общие положения

Эпидемиологическое расследование проводится по каждому выявленному случаю ВИЧ-инфекции врачом эпидемиологом по месту выявления ЛЖВ (ЦПБС/ЦПЗиГСЭН) с соблюдением конфиденциальности сведений.

Специалист ЦПЗиГСЭН после проведения эпидемиологического расследования передает заполненную регистрационную карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции в эпидемиологический отдел ЦПБС.

При выявлении ВИЧ-инфекции у иностранного гражданина информация передается в территориальный центр «СПИД» той страны, откуда прибыл иностранный гражданин (страны СНГ) в виде документа «ДСП».

Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и работа с контактными лицами осуществляются эпидемиологом по месту выявления случая, независимо от места прописки ЛЖВ.

В случае, если контактные лица проживают в другом регионе, то информация, полученная от ЛЖВ (телефоны, адреса контактных лиц) передается эпидемиологам региона, где проживают контактные лица. После проведенных мероприятий по ТиК собранная информация передается обратно эпидемиологу, проводившему эпидрасследование случая.

Вся информация о случае и контактных лицах вносятся в регистрационную карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции строго в соответствии с инструкцией по заполнению (см. руководство «Электронное слежение за случаями ВИЧ-инфекции»).

5.2. Цели и задачи эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции

Цели эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции:

Установление факторов риска и путей передачи ВИЧ-инфекции с оказанием консультативной помощи ЛЖВ и внедрения эффективных профилактических программ и их оценки.

Задачи эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции:

- определение фактора риска передачи;
- определение пути передачи;
- определение источника ВИЧ-инфекции;
- проведение послетестового консультирования;
- проведение анализа ситуации по ВИЧ-инфекции на данной территории.

5.3. Сбор информации

Проведение эпидемиологического расследования начинается со сбора информации, содержащейся в официальных документах (удостоверение личности, свидетельство о рождении). Если первично выявлен ребенок с ВИЧ, то наибольшее количество информации можно получить от его матери и использовать информацию из карты развития ребенка (форма 112/у).

При выявлении ВИЧ-инфекции у ребенка необходимо тестировать его мать, для уточнения пути передачи. При положительном результате анализа у матери, необходимо собрать информацию (метод родоразрешения (естественные роды, кесарево сечение), вид вскармливания (грудное, искусственное)).

Для сбора данных о пребывании в ОЗ, донорстве крови, а также получении крови и ее компонентов необходимо посетить соответствующие ОЗ и изучить необходимую документацию (история болезни, амбулаторная карта, журналы регистрации и др.).

После сбора данных из имеющихся документов проводится непосредственный опрос ЛЖВ. Важно установление и сохранение доверительных отношений между эпидемиологом и опрашиваемым, соблюдение конфиденциальности.

Во время опроса выясняются факторы риска инфицирования. Эпидемиолог выясняет историю предыдущего тестирования на ВИЧ-инфекцию, включая дату проведения и место. Если тестирование было осуществлено в период текущего года по возможности проверить лабораторные данные.

Опрос начинается с наименее чувствительных факторов риска и постепенно переходит на вопросы о половом поведении, о практике употребления наркотиков из этических соображений. Выясняется, являлся ли пациент реципиентом крови, плазмы, спермы или органов, при обращении за медицинской помощью проводились ли ему манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек (операции, множественные инъекции и т.п.). Изучается возможность инфицирования ВИЧ при нарушении целостности кожных покровов - травма, татуировки и др. У медицинских работников выясняют вероятность случайных уколов, манипуляций с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек порез инструментами, контаминированных кровью их пациентов. Выясняется также, являлся ли ВИЧ-инфицированный пациент - донором крови или спермы.

Рекомендуемая последовательность сбора эпидемиологических данных:

1. Являлся ли пациент реципиентом спермы, органов, тканей, клеток, грудного молока.
2. Обращался ли ЛЖВ за медицинской помощью и проводились ли ему манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек (операции, лечение зубов, акушерско-гинекологические манипуляции, множественные инъекции и т.п.); в каких учреждениях и когда проводились манипуляции.
3. Наносил ли ЛЖВ татуировки, делал ли пирсинг, маникюр, педикюр, использовал ли общие зубные щетки и общие лезвия для бритья, и т.п.
4. Были ли аварийные ситуации, к которым могут относиться укол иглой, порез, попадание крови и др. биологических жидкостей на слизистую оболочку и поврежденную кожу, другие ситуации.
5. Наличие симптомов ИППП в анамнезе.
6. Выяснение полового поведения: сколько у него было половых партнеров в течение жизни. Отдельно обсуждается вопрос о контактах с различными категориями половых партнеров (постоянные, непостоянные и коммерческие), включая контакты с ЛЖВ и ЛУИН. Затем задаются более специфические вопросы:
   - были ли у него незащищенные половые контакты (анальные, вагинальные, оральные);
   - были ли у ЛЖВ мужского пола незащищенная половая связь с мужчинами;

7. Употреблял ли когда-либо наркотики инъекционным путем. Стаж употребления, опасные инъекционные практики (совместное с ЛЖВ введение наркотиков инъекционно), виды употребляемых наркотиков, учет в правоохранительных органах и наркологическом диспансере.
8. Пребывание в местах лишения свободы, даты и номера учреждений.

5.4. Завершающий этап эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции

После выяснения перечисленных факторов риска формируется предположение, какой путь передачи ВИЧ-инфекции имеет место в данном случае, и какой способ заражения сыграл решающую роль в инфицировании пациента, и что в итоге, представляет наибольшую опасность в дальнейшем распространении ВИЧ.

Эпидемиолог после проведения эпидемиологического расследования информирует ЛЖВ о АРТ, которая продлевает и улучшает качество жизни, снижает риск передачи ВИЧ-инфекции другим людям.
По возможности сопровождает ЛЖВ к врачу, предоставляющему медицинские услуги по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

5.5. Работа с контактными лицами

Контактные лица - это люди, имевшие возможность заразиться или быть источником инфекции, исходя из известных путей передачи.

К контактным лицам относятся:

- партнеры по употреблению наркотиков инъекционным путем;
- половые партнеры ЛЖВ;
- дети, рожденные от ВИЧ-позитивных матерей;
- матери детей с ВИЧ;
- доноры крови или ее компонентов, спермы, грудного молока;
- реципиенты крови или ее компонентов, спермы, органов;
- лица, находившиеся одномоментно в отделении с ЛЖВ при подозрении на внутрибольничное заражение.

5.5.1. Работа с партнерами (половой, инъекционный контакт).

Работа с партнерами (половой, инъекционный контакт с ЛЖВ) проводится по форме оповещения партнеров (приложение 2.7). После определения круга контактных лиц, эпидемиолог предлагает ЛЖВ самостоятельно сообщить своим партнерам о риске заражения ВИЧ и пригласить на консультирование в ОЗ или предоставить эпидемиологу контактную информацию о своих партнерах (имя и телефон) для приглашения на консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, гарантировав при этом анонимность и конфиденциальность. При встрече эпидемиолог сообщает контактным лицам о наличии у них риска инфицирования ВИЧ, не разглашая им имя источника инфекции.

После проведения предтестового консультирования в соответствии с КП «ТиК при ВИЧ-инфекции» контактным лицам предлагается пройти тестирование на ВИЧ.

Работа с партнерами при подозрении на внутрибольничную инфекцию

При подозрении на внутрибольничную инфекцию устанавливается вероятность инфицирования пациентов в стационаре и проводится поиск источника инфекции. С целью выявления источника инфекции определяется круг контактных лиц и проводится их тестирование на ВИЧ-инфекцию.

Случай может быть определен как возможно внутрибольничная инфекция, если диагноз ВИЧ-инфекции установлен у пациента, не имевшего других (вне стационара) факторов риска инфицирования ВИЧ, не ранее, чем через 1 месяц с момента госпитализации (1 месяц - это общая продолжительность минимального серонегативного периода).

При выявлении ВИЧ-инфекции у пациента, у которого в анамнезе было стационарное лечение и отсутствовали другие факторы инфицирования, проводится однократное обследование контактных лиц на ВИЧ-инфекцию.

Контактными считаются лица из числа:

а) персонала, выполнявшего парентеральные манипуляции и/или выполнявшие исследования биологических субстратов ЛЖВ;

б) пациентов, получавших одноимённые парентеральные вмешательства в тот же день и в том же месте, что и ЛЖВ.

Риск инфицирования медицинских работников при оказании помощи ЛЖВ зависит от ситуаций, вследствие которых имел место контакт с биологическими жидкостями, потенциально контаминированными ВИЧ.

5.5.2. Регистрация контактных лиц

Все собранные сведения о контактных лицах заносятся в регистрационную карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции в разделы «Информация о работе с контактными лицами» и «Количество контактных лиц».

В связи с тем, что данная форма не рассчитана на перечисление большого числа контактных лиц, необходимо перенести таблицу 4.108-4.114 из регистрационной карты эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции на чистый лист бумаги, зарегистрировать в нем всех контактных лиц и хранить как приложение к регистрационной карте.

6. Серологический контроль за дискордантными парами, а также лицами с серопозитивными результатами тестирования

Контроль за дискордантными парами осуществляется эпидемиологами ЦПБС или ЦПЗ и ГСЭН. Обследование дискордантных пар на ВИЧ-инфекцию проводится через 3 и 6 месяцев после первого тестирования и далее по их желанию, при отрицательном результате анализа направляется в ОДН ЦПБС для возможного проведения ДКП (см. КП «ДКП при ВИЧ-инфекции»).

Лица с положительным результатом на ВИЧ-инфекцию в первом тесте ИФА и отрицательным результатом во втором тесте ИФА считаются **серопозитивными**. Такие лица состоят на диспансерном учете у эпидемиолога ЦПБС или ЦПЗ и ГСЭН и обследуются повторно через 14 дней. В случае получения отрицательного результата серопозитивные лица снимаются с учета.

7. Профилактические мероприятия при выявлении случая ВИЧ инфекции.

Профилактические мероприятия при выявлении случая ВИЧ-инфекции включают в себя следующие мероприятия:

- консультирование выявленных ЛЖВ и их контактных лиц, включая работу с дискордантными парами;
- назначение АРТ беременным и химиопрофилактика новорожденным;
- назначение ДКП;
- назначение АРТ.

Приложение 2.5

Функциональные обязанности врача отдела организации диспансерного наблюдения и лечения РЦ «СПИД»

1. Координация деятельности отделов организации диспансерного наблюдения и лечения ЦПБС и ЦСМ
2. Мониторинг и оценка качества предоставления медицинских услуг ЛЖВ по республике с ответственностью за достоверность
3. Оказание консультативно-практической помощи специалистами областных и городского ЦПБС, ЦСМ и других ОЗ.
4. Участие в разработке нормативно-правовых документов в области ВИЧ-инфекции.
5. Внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
6. Обеспечение взаимодействия со специалистами ОЗ различных профилей (дермато-венерология, наркология, фтизиатрия и др.) для совместного решения вопросов оказания услуг ЛЖВ.
7. Обеспечение взаимодействия с органами социального развития, для совместного решения вопросов по социальной помощи ЛЖВ и детям, родившихся от матерей с ВИЧ.
8. Мониторинг и оценка базы данных системы Электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции по республике и составление отчетов в соответствии утвержденных форм.
9. Работа с медицинской документацией, заполнение её и хранение с соблюдением принципов конфиденциальности.
10. Координация деятельности по предоставлению антиретровирусной терапии в разрезе республики.
11. Предоставление новых информаций о ВИЧ-инфекции в РЦУЗ.

Функциональные обязанности врача отдела организации диспансерного наблюдения и лечения ОЦПБС/ГЦПБС

1. Координация работы ЦСМ/ЦОВП/ГСВ/ФАП по вопросам ВИЧ на уровне области и города.

2. Мониторинг и оценка качества предоставления медицинских услуг ЛЖВ по области и городу специалистам ПМСП, с оказанием практической помощи на регулярной основе.
3. Внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
4. Обеспечение взаимодействия со специалистами ОЗ различных профилей (дермато-венерология, наркология, фтизиатрия и др.) для решения вопросов, связанных с ЛЖВ.
5. Обеспечение взаимодействия с органами социального развития, для совместного решения вопросов по социальной помощи ЛЖВ и детям, родившихся от матерей с ВИЧ.
6. Ведение базы данных в систему Электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции по области и городу, составление и сдача отчетов, в соответствии утвержденных форм.

7. Работа с медицинской документацией, заполнение её и хранение с соблюдением принципов конфиденциальности.
8. Координация деятельности по предоставлению антиретровирусной терапии в разрезе областей и города.
9. Проведение консультирования ЛЖВ по вопросам ЗОЖ.
10. Предоставление информации по вопросам ВИЧ-инфекции населению.

Функциональные обязанности врача-инфекциониста/ответственного по ВИЧ

1. Проведение после тестового консультирования при выявлении случая ВИЧ-инфекции с осуществлением диспансерного наблюдения.
2. Оказание лечебно-профилактической помощи ЛЖВ (клинико-лабораторный мониторинг ЛЖВ), с координацией работы специалистов ПМСП (семейные врачи, фельдшеры ФАПов, ЦОВП/ЦСМ).
3.Проведение поддерживающего консультирования ЛЖВ за формированием приверженности диспансерному наблюдению и контроль за плановым посещением ЛЖВ-ОЗ.
4. Проведение консультирования ЛЖВ по вопросам ЗОЖ.
5. Координация работы специалистов ПМСП (семейные врачи, фельдшеры ФАПов ЦОВП/ЦСМ) по предоставлению ЛЖВ антиретровирусной терапии (подготовка, назначение, выдача, оценка приверженности лечению, мониторинг ее эффективности, своевременное выявление и купирование побочных эффектов), участие в консилиумах.
6. Содействие в госпитализации ЛЖВ при необходимости.
7. Качественное ведение медицинской документации, заполнение её и хранение с соблюдением принципов конфиденциальности.
8. Обеспечение взаимодействия со специалистами ОЗ различных профилей (дермато-венерология, наркология, фтизиатрия и др.) для решения медицинских вопросов, а также с органами социального развития для оказания социальной помощи ЛЖВ и детям, родившихся от матерей с ВИЧ и НПО.
9. Проведение паллиативной помощи нуждающимся ЛЖВ.
10. Ведение базы данных путем сбора, заполнения клинических данных из амбулаторной карты больного в карты здоровья и ввод в систему ЭС согласно стандартам системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции по региону и составление и сдача отчетов по вопросам ВИЧ в соответствии утвержденных форм.
11. Мониторинг и оценка индикаторов по лечебно-профилактической работе на регулярной основе.

12. Внедрение в работу новых методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
13. Предоставление информации по вопросам ВИЧ-инфекции общему и отдельным группам населения.

Функциональные обязанности семейного врача/акушер гинеколога/терапевта/педиатра в ФАПах/ГСВ/ЦСМ/ЦОВП

1. Проведение предтестового и после тестового консультирования населения.
2. Оказание лечебно-профилактической и консультативной помощи ЛЖВ в соответствии КП по ВИЧ-инфекции.
3. Проведение активного патронажа ЛЖВ на дому.
4. Проведение лечебно-профилактического мониторинга за состоянием ЛЖВ.
5. Активная работа по повышению приверженности диспансерному наблюдению и приему АРВП.
6. Подготовка ЛЖВ к началу АРТ, участие в консилиуме по назначению АРТ, выдача АРВП, мониторинг эффективности лечения, купирование побочных эффектов и др.
7. Своевременное распознавание неотложных состояний, оказание первой помощи и перенаправление на госпитализацию, при необходимости консультация ЛЖВ у узких специалистов.
8. Своевременная диагностика, лечение и проведение профилактики оппортунистических инфекций.
9. Заполнение карты здоровья согласно стандартам системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции и своевременная передача в ОЦПБС/ГЦПБС.
10. Подготовка необходимых документов ЛЖВ для прохождения МСЭК.
11. Обеспечение взаимодействия со специалистами различного профиля при необходимости.
12. Обеспечение взаимодействия со СПИД-сервисными НПО и сообществами.
13. Обеспечение взаимодействия с социальной службой района для получения необходимой социальной помощи ЛЖВ и детям, рожденным от матерей с ВИЧ.
14. Ведение медицинской документации ЛЖВ и предоставление отчетов в установленной форме врачу инфекционисту/ответственному лицу по ВИЧ-инфекции.

Функциональные обязанности врача-фтизиатра по работе с ЛЖВ

1. Проведение предтестового и после тестового консультирования при тестировании на ВИЧ.
2. Своевременная диагностика ВИЧ-инфекции у пациентов с туберкулезом и консультация инфекционистом.
3. Проведение консультирования по повышению приверженности диспансерному наблюдению.
4. Подготовка ЛЖВ к началу АРТ, участие в консилиуме по назначению АРТ, выдача АРВП, мониторинг эффективности лечения, купирование побочных эффектов и др.
5. Госпитализация бациллярных больных в противотуберкулезные учреждения.

6. Во время стационарного лечения (интенсивной фазы) туберкулеза у ЛЖВ АРТ проводить по принципу «прием АРВП при непосредственном наблюдении медицинского работника»
7. Контроль и проведение профилактических мероприятий ЛЖВ по вопросам туберкулеза согласно алгоритму диагностики ТБ (проведение качественной рентгенографии с интерпретацией данных, содействие в проведении первичной и вторичной профилактики (изониазид) туберкулеза у ЛЖВ) по региону с оказанием практической помощи специалистам ПМСП.
8. Контроль и проведение мероприятий среди ЛЖВ на выявление туберкулеза - своевременная диагностика ТБ (микроскопия, посев, GeneXpertМТБ, рентгенография) предоставление противотуберкулезной терапии с учетом взаимодействия и побочных эффектов, контроль эффективности терапии, лечение побочных эффектов по региону с оказанием практической помощи специалистам ПМСП.
9. Своевременно содействовать прохождению МСЭК всем ЛЖВ с ТБ
10. Предоставление формы ТБ01 ЛЖВ врачу инфекционисту для введения данных в систему электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции.
11. Внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у ЛЖВ.
12. Обеспечение взаимодействия со специалистами ОЗ различных профилей (дерматовенеролог, нарколог, инфекционист и др.) для решения вопросов, связанных с ТБ/ВИЧ.
13. Качественное ведение медицинской документации, заполнение её и хранение с соблюдением принципов конфиденциальности.
14. Проведение консультирования ЛЖВ по вопросам ЗОЖ.
15. Повышение своего профессионального уровня по ТБ/ВИЧ на регулярной основе.
16. Повышение информированности ЛЖВ, населению по вопросам ТБ и ВИЧ.

Функциональные обязанности врача нарколога ОЗ

1.Проведение предтестового и послетестового консультирования при ВИЧ-инфекции.
2.Первичная оценка зависимости от опиоидов, алкоголя и др.
3.Консультирование по включению в программу снижения вреда
4.По обращаемости проведение амбулаторного приема ЛЖВ ЛУИН.
5.Ведение медицинской документации на зарегистрированных ЛЖВ ЛУИН.
6.Своевременная диагностика и лечение хронической наркозависимости.
7.Проведение менеджмента АРТ у ЛЖВ/ЛУИН по принципу «единого окна» (повышение приверженности, выдача, оценка приверженности лечению, мониторинг эффективности, безопасности и купирование побочных эффектов).
8. Проведение амбулаторно-клинического мониторинга за состоянием ЛЖВ ЛУИН совместно с инфекционистом.
9. Проведение постоянно поддерживающего консультирования и контроля за формированием приверженности, как к диспансеризации, так и к АРТ.
10. Представление пациента с ВИЧ/ЛУИН на консилиум по назначению АРТ в ЦСМ.
11. Своевременное перенаправление ЛЖВ/ЛУИН в стационар и на консультацию к специалистам.

12. Обеспечение взаимодействия со специалистами (дерматовенеролог, психиатр/психолог, фтизиатр и др.) для решения совместных вопросов, связаных с ЛЖВ.
13. Обеспечение взаимодействия со ВИЧ-сервисными НПО и сообществами.
14. Проведение работы с ЛПВ, в том числе по формированию приверженности в вопросах диспансеризации, лечения, сохранения здоровья и профилактики вторичных инфекций.
15. Проведение анализа работы, составление отчетов по работе с ЛЖВ ЛУИН.

Функциональные обязанности психиатра ОЗ

1.Проведение предтестового и послетестового консультирования при ВИЧ-инфекции.
2.Проведение оценки ментального и психического здоровья ЛЖВ.
3.Проведение постоянно поддерживающего консультирования и контроля за формированием приверженности, как к диспансеризации, так и к АРТ.
4.Консультирование ЛЖВ по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья с учетом их ментального и психического здоровья.
5.Ведение медицинской документации на зарегистрированных ЛЖВ с психическими заболеваниями.
7.Проведение работы с ЛПВ, в том числе по формированию приверженности в вопросах диспансеризации, лечения, сохранения здоровья и профилактики вторичных инфекций.
8.Осуществление взаимодействия с семейным врачом, акушер гинекологом, наркологом и с другими специалистами по необходимости.
9.Проведение анализа работы, составление отчетов по работе с ЛЖВ.
10.Обращение за методической, консультативной и лечебной помощью в РЦ «СПИД» и ОЦПБС\ГЦПБС.

Функциональные обязанности врача дерматовенеролога ОЗ

1.Проведение предтестового и послетестового консультирования при ВИЧ-инфекции.
2.Своевременная диагностика и лечение ИППП у ЛЖВ.
3.Консультирование ЛЖВ по вопросам рискового поведения.
4.Оказание консультативно-диагностической, лечебной и профилактической помощи ЛЖВ, также при наличии оппортунистических инфекций.
5.Ведение медицинской документации на зарегистрированных ЛЖВ.
6.Своевременное перенаправление ЛЖВ на стационарное лечение и на консультацию узких специалистов.
7.Обеспечение взаимодействия с семейным врачом и другими специалистами по необходимости.
8. Проведение анализа работы, составление отчетов по работе с ЛЖВ.

Функциональные обязанности врача эпидемиолога РЦ «СПИД».

1. Координация деятельности эпидемиологических отделов ОЦПБС\ГЦПБС.

2. Участие в разработке комплексных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории страны.

3. Оказание практической и консультативной помощи по профилактике ВИЧ- инфекции областным и городскому центрам профилактики и борьбы со СПИДом.

4. Участие в подготовке приказов, других руководящих документов Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики по вопросам ВИЧ-инфекции, контроль за их выполнением в ОЗ, подготовка отчетов по результатам проверок с выявленными нарушениями и предложениями по их устранению.

5. Обобщение, анализ отчетных данных из областей по установленным формам и предоставление отчетов в ЦЭЗ МЗ КР.

6. Проведение и осуществление контроля за своевременным и качественным проведением эпидемиологических расследований, а также за сопровождением ЛЖВ в отдел диспансерного наблюдения.

7. Проведение и осуществление контроля за работой с контактными лицами ЛЖВ и лицами с сомнительными результатами.

8. Осуществление контроля и проведение анализа за своевременным медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию подлежащих контингентов.

9. Проведение и осуществление контроля за своевременной и качественной работой специалистов с системой электронного слежения (ЭС), включающих ввод и анализ данных.

10. Подготовка ежегодного отчета по Евро ВИЧ, странового отчета.

Функциональные обязанности врача эпидемиолога ОЦПБС/ГЦПБС

1. Участие в разработке комплексных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в области.

2. Оказание практической и консультативной помощи по профилактике ВИЧ- инфекции эпидемиологам районного ЦПЗиГСЭН.

3. Анализ и обобщение отчетных данных районов по установленным формам и предоставление отчетов в РЦ «СПИД».

6. Проведение и осуществление контроля за своевременным и качественным проведением эпидемиологических расследований, а также сопровождение ЛЖВ в отдел организации диспансерного наблюдения.

7. Проведение и осуществление контроля за работой с контактными лицами ЛЖВ и лицами с неокончательным результатом обследования на ВИЧ.

8. Осуществление контроля и проведение анализа за своевременным медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию подлежащих контингентов в области и городе.

9. Проведение и осуществление контроля за своевременной и качественной работой специалистов с системой электронного слежения, включающих ввод и анализ данных.

Функциональные обязанности врача эпидемиолога ЦПЗ и ГСЭН

1. Участие в разработке комплексных профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в районе.

2. Проведение эпидемиологического расследования при выявлении ВИЧ-инфекции, а также сопровождение ЛЖВ в ЦСМ/ГСВ для наблюдения.

3. Предоставление отчетов о проделанной работе по установленным формам в ОЦПЗ и ГСЭН/ОЦПБС.

4. Проведение и осуществление контроля за работой с контактными лицами ЛЖВ и лицами с неокончательными результатами.

5. Осуществление контроля и проведение анализа за своевременным медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию подлежащих контингентов

Приложение 2.6

Инструкция по взаимодействию между РЦ «СПИД»/ГЦПБС/ОЗ в г.Бишкек при выявлении случая ВИЧ-инфекции

Данная инструкция разработана в рамках реализации стратегии ВОЗ 90-90-90 и Тестируй и лечи, а также с целью улучшения качества и увеличения охвата диспансерным наблюдением и ранним взятием на АРТ.

1.При первичном выявлении ВИЧ-инфекции в ОЗ на территории г.Бишкек (республиканского и городского уровня), независимо от прописки и места проживания, специалист эпидемиологического отдела ГЦПБС проводит послетестовое консультирование и эпидемиологическое расследование по случаю ВИЧ-инфекции, и сопровождает пациентов до ООДН ГЦПБС и передает информацию в РЦ «СПИД» и в соответствующие регионы в форме ДСП. Заполненные акты эпидрасследований и регистрационные карты эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции передаются в РЦ «СПИД» для ввода в систему электронного слежения.

2.При первичном выявлении ВИЧ-инфекции в РЦ «СПИД» (республиканского и городского уровня), независимо от прописки и места проживания, специалист эпидемиологического отдела РЦ «СПИД» проводит послетестовое консультирование и эпидемиологическое расследование по случаю ВИЧ-инфекции и сопровождает пациентов до ООДН РЦ «СПИД». Специалисты ООДН РЦ «СПИД» передают информацию в соответствующие регионы в форме ДСП.

3.При первичном выявлении ВИЧ-инфекции в ГСИН послетестовое консультирование проводит эпидемиолог ГСИН и заполненные акты эпид.расследований и регистрационные карты эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции передаются в РЦ «СПИД» для ввода в систему электронного слежения. Специалист по лечению и уходу МСЧ при освобождении заключенного ЛЖВ информирует специалиста ООДН РЦ СПИДа и соответствующих регионов, а также способствует социальному сопровождению до пункта получения услуг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г.

Постконтактная профилактика (ПКП)

Профилактический прием антиретровирусных препаратов для предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией после возможного контакта с вирусом - постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции **(ПКП).**

Контакты, при которых обосновано проведение ПКП ВИЧ:
жидкости организма - кровь, окрашенная кровью слюна, грудное молоко, генитальные секреты, цереброспинальная, амниотическая, перитонеальная, синовиальная, перикардиальная или плевральная. Эти жидкости характеризуются высоким риском передачи ВИЧ-инфекции, хотя список их не является исчерпывающим.

Медицинские работники должны принять решение относительно степени риска экспозиции.

Типы экспозиции:
1) слизистая оболочка (сексуальный контакт, попадание капель в глаз, нос или ротовую полость);
2) парентеральный.

Контакты, при которых не требуется проведение ПКП ВИЧ, включают:
• случаи, когда подвергшийся контакту индивидуум уже ВИЧ-положителен;
• случаи, когда источник является ВИЧ-отрицательным и воздействие жидкостей организма не представляют существенного риска, например, слезы не окрашенная кровь слюна, моча и пот.

Услуги, предоставляющиеся в ЦПБС, станциях скорой медицинской помощи (см. Приказ МЗ КР №502 от 22.08.2013г**), включают:**

- оказание первой помощи;
- проведение консультирования и оценку степени риска;
- тестирование на ВИЧ после получения письменного информированного согласия;
- предоставление короткого курса АРВ-препаратов (28 дней);
- оказание поддержки и последующего наблюдения.

1. Профессиональный контакт с ВИЧ

Профессиональный контакт – это контакт с кровью или другими биологическими жидкостями вследствие попадания их под кожу, на слизистые или поврежденную кожу, произошедший при выполнении служебных обязанностей. Профессиональный контакт возможен у медицинских работников и у людей некоторых других профессий (например, сотрудники МВД, ГСИН и др.).

Опасность заражения ВИЧ при выполнении служебных обязанностей представляют ранения загрязненными острыми инструментами (например, иглой), контакт через поврежденную кожу (трещины, ссадины) или слизистые.

Факторы, повышающие риск заражения:

- повреждение целостности кожи и слизистой оболочки органов;
- использование общих игл и шприцев ЛУИН.

2. Контакт с ВИЧ, не связанный с профессиональной деятельностью

Контакт непрофессионального характера – это любой прямой контакт с потенциально опасными биологическими жидкостями вследствие попадания их на слизистые, под кожу или непосредственно в вену, произошедший вне связи с профессиональной деятельностью и не в перинатальный период.

К контактам, не связанным с профессиональной деятельностью, относятся:

- Все случайные единичные контакты с кровью и другими биологическими жидкостями (спермой, влагалищными выделениями и др.);
- Незащищенные половые контакты;
- Использование общих шприцев с ЛУИН;
- Случайные уколы иглами.

Риск заражения

Риск заражения при однократном контакте с источником ВИЧ в целом оценивается как низкий, однако он различается в зависимости от формы контакта (см. КП «Мероприятия при выявлении ВИЧ-инфекции»).

3. Оценка произошедшего контакта, обследование потенциального источника заражения и контактировавшего с ним

Оценка контакта.

При оценке должны быть учтены следующие факторы:

– форма контакта (чрескожное повреждение, через слизистые, открытую рану);

– тип материала (кровь, сперма, вагинальная, спинномозговая, синовиальная, плевральная, перитонеальная, перикардиальная или амниотическая жидкости);

– давность контакта.

Обследование потенциального источника заражения.

По возможности человек, чья кровь или другая биологическая жидкость, может являться потенциальным источником заражения, должен быть обследован на ВИЧ. Если известно, с чьей кровью или другим материалом (биологической жидкостью, тканью) произошел

контакт, рекомендуется обследовать этого человека на ВИЧ. (см. КП «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции»).

При этом необходимо:

- Провести предтестовое и послетестовое консультирование;
- Получить письменное информированное согласие на выявление ВИЧ;
- Провести экспресс-тест на ВИЧ;
- Учесть результаты предыдущего тестирования на ВИЧ (при наличии).

Обследование контактировавшего лица

- Оценка степени риска заражения;
- Проведение предтестового и послетестового консультирований;
- Получение письменного информированного согласия на получение ПКП (Приложение 3.1);
- Проведение экспресс-теста на ВИЧ;
- При необходимости назначение короткого курса АРВП;
- Дальнейшее наблюдение и обследование через 1, 3 и 6 месяцев.

В ОЗ (в местах возможной аварии) должен быть журнал регистрации случаев аварий, в котором отмечается дата, время, место, характер аварии, ФИО пострадавшего лица и проведенные мероприятия, в соответствии приказа МЗ КР № 502 от 22.08.2013г. и заполняется акт о несчастном случае (Приложение 3.2).

О каждом аварийном случае необходимо немедленно сообщить заведующему отделением, руководителю данного учреждения.

Все медицинские работники обязаны знать алгоритм действий при аварийной ситуации (Приложение 3.3).

Оказание помощи после случайного контакта с ВИЧ или с биологическими жидкостями лица, с неизвестным ВИЧ-статусом, с предположительно высоким риском инфицирования

Первая помощь

Первая помощь после возможного контакта с ВИЧ – это действия, которые необходимо предпринять немедленно, с целью сокращения времени контакта с инфицированными биологическими жидкостями (в том числе с кровью) и тканями, правильно обработать место экспозиции, снизив тем самым риск инфицирования.

При ранении иглой или другим острым инструментарием необходимо:

- Сразу вымыть поврежденное место с мылом;
- Поддержать раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны;
- **Нельзя** использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение раневой поверхности и ухудшать состояние раны;
- **Нельзя** сдавливать или тереть поврежденное место;
- **Нельзя** отсасывать кровь из ранки, оставшейся от укола/ пореза.

При разбрызгивании крови или других биологических жидкостей:

а) На не поврежденную кожу:

- Немедленно вымыть загрязненный участок;
- **Нельзя** использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение пораженной поверхности;
- **Нельзя** тереть или скрести место контакта;
- **Нельзя** накладывать повязку.

б) В глаза:

- Сразу промыть глаза водой или физиологическим раствором;
- Сесть, запрокинуть голову и попросить коллегу осторожно лить на глаза воду или физиологический раствор; чтобы вода и раствор затекали и под веки, их время от времени осторожно оттягивают;
- Не снимать контактные линзы на время промывания, так как они создают защитный барьер;
- После того как глаза промыли, контактные линзы снять и обработать как обычно, после этого они совершенно безопасны для дальнейшего использования;
- **Нельзя** промывать глаза с мылом или дезинфицирующим раствором.

в) В рот:

- Немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость;
- Тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть. Повторить полоскание несколько раз.

Время начала и продолжительность проведения ПКП:
ПКП необходимо начинать в течение первых 2-х часов и не позднее 72 часов после вероятного контакта с ВИЧ, продолжительностью 28 дней.

Схемы и АРВ-препараты для проведения постконтактной профилактики (ПКП) ВИЧ-инфекции для взрослых и подростков:

Схемы из трех АРВ-препаратов
Расширенная схема состоит из трех АРВ-препаратов (два НИОТ и ННИОТ/ИП).
Схема выбора: Тенофовир+ламивудин/эмтрицитабин + лопинавир/ритонавир

Схема постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции двумя препаратами эффективна, однако лучше использовать три препарата (**Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).**

При невозможности проведения трехкомпонентной терапии лучше немедленно начать с двухкомпонентной схемы, чем задержать предоставление ПКП.

TDF + 3TC (или FTC) рекомендуется в качестве предпочтительной **базовой**

схемы ПКП ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (**Сильная рекомендация, низкое качество доказательств**).

Базовая схема подразумевает использование двух НИОТ в схеме АРТ (обычно включающей 3 АРВ-препарата).

LPV/r или ATV/r рекомендуются в качестве предпочтительного третьего препарата для ПКП ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков **(Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).**

Альтернативные схемы ПКП: TDF/ FTC/ EFV; AZT+3TC+ LPV/r

По возможности в качестве альтернативных вариантов можно рассмотреть использование **RAL, DRV/r**.

NVP не следует использовать для ПКП у взрослых людей, подростков и детей старшего возраста в связи с риском опасных для жизни серьезных нежелательных явлений, ассоциирующих с применением этого препарата у ВИЧ-отрицательных взрослых людей.

EFV широко используется в качестве третьего препарата, так как этот препарат применяется как компонент предпочтительной АРТ-схемы первой линии.

EFV хорошо переносится в процессе лечения, однако имеет ограниченную приемлемость при использовании в рамках ПКП, поскольку применение этого препарата вызывает опасения в связи с ранними нейропсихическими нежелательными явлениями у ВИЧ-отрицательных людей, у которых тревога может быть связана с экспозицией ВИЧ.

Схемы и АРВ-препараты для проведения ПКП ВИЧ-инфекции, детям до 10 лет и младше (≤10 лет):

AZT + 3TC рекомендуется в качестве **предпочтительной базовой** схемы для ПКП ВИЧ-инфекции у детей 10 лет и младше.

LPV/r рекомендуется в качестве предпочтительного третьего препарата для ПКП ВИЧ-инфекции у детей до 10 лет **(Условная рекомендация, очень низкое качество доказательств)**

Схема выбора: AZT + 3TC + LPV/r

ABC + 3TC или TDF + 3TC (или FTC) + LPV/r можно рассматривать в качестве альтернативных схем
(С**ильная рекомендация, низкое качество доказательств).**

Альтернативная схема с учетом возраста может включать **ATV/r, RAL, DRV, EFV или NVP.**
NVP следует использовать у недоношенных детей и младенцев до двухнедельного возраста, когда пероральная профилактика жидким LPV/r использоваться не может. Тем не менее в

связи с тем, что профиль токсичности NVP после периода младенчества остается неясным, **следует избегать** его применения у детей **старше 2 лет**.

При назначении ПКП ребенку, дозы препаратов рассчитываются в зависимости от веса и возраста (см. КП «Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у детей»).

Практика врачебных назначений

Для ПКП ВИЧ-инфекции после первичной оценки степени риска следует *выдать* антиретровирусные препараты на весь 28-дневный курс. **(Сильная рекомендация, низкое качество доказательств).**

Всех лиц, начинающих ПКП ВИЧ-инфекции, рекомендуется проконсультировать на предмет приверженности лечению. (**Условная рекомендация, среднее качество доказательств**)

Консультирование по повышению приверженности включает оценку исходных потребностей человека, рекомендации по повышению приверженности лечению.
Приверженность приему АРВП – это одна из важнейших факторов подавления вирусной нагрузки, риска передачи ВИЧ, прогрессирования ВИЧ-инфекции и летального исхода.

Если имеет место факт сексуального насилия, медицинская помощь осуществляется в соответствии с законодательством Кыргызской Республики и требований КП, утвержденного приказом МЗ КР № 6 от 10.01.14г. «Организация и предоставление медицинской помощи лицам, подвергшимся сексуальному насилию (ЛПСН)».
Медработник обязан известить территориальные правоохранительные органы о случаях изнасилования, одновременно объяснить ЛПСН о необходимости сообщения правоохранительным органам и ее/его прав отказаться от судебно-медицинской экспертизы.
На момент обращения ВИЧ тест не является абсолютно необходимой мерой, поэтому при отсутствии теста или при отказе потерпевшей от теста все равно нужно проводить ПКП с информированием о «периоде окна».

Наблюдение за контактировавшими

- Тестирование на ВИЧ проводят сразу после контакта, а затем через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после контакта, даже если решено ПКП не проводить.
- У лиц, получающих АРВ-препараты, необходимо следить за появлением возможных побочных эффектов и соблюдением режима профилактического лечения.
- Если по окончании ПКП у контактировавшего произошла сероконверсия, его берут на диспансерное наблюдение.
- Через 6 месяцев, при отрицательных результатах тестирования на ВИЧ, наблюдаемый снимается с учета.

Приложение 3.1

Информированное согласие: бланк для контактировавшего лица

ФИО_____Порядковый номер записи_____

Я понимаю, что в следствие рискованного контакта мне угрожает заражение ВИЧ.

Мне предоставлены следующие сведения о постконтактной профилактике (ПКП):

- *о риске развития ВИЧ-инфекции при проведении ПКП и без неё с учетом формы контакта;*
- *о пользе тестирование на ВИЧ (1, 3 и 6 месяцев);*
- *о пользе ПКП и связанном с ней риске;*
- *о проведение ПКП во время беременности;*
- *о том, что ПКП не гарантирует предотвращения ВИЧ-инфекции;*
- *о важности послетестого консультирования;*
- *о необходимости соблюдения мер предосторожности последующие 6 месяцев (использование презервативов);*
- *о запрете донорства крови;*
- *о длительности ПКП;*
- *о соблюдении режима ПКП;*
- *о побочных эффектах АРВ-препаратов.*

Мне понятна предоставленная информация. У меня была возможность задать интересующие меня вопросы, и я получил(а) удовлетворяющие меня ответы.

Я добровольно соглашаюсь на ПКП.

Я отказываюсь от ПКП.

(нужное подчеркнуть)

ФИО_____ Подпись_____ Дата_____

Подтверждаю, что предоставил(а) указанные выше сведения о ПКП.

ФИО медработника_____Подпись_____Должность_____Дата_____

Приложение 3.2

АКТ № _____
об аварийном случае на рабочем месте

1. _____
_____ _____

(указать ФИО пострадавшего, год рождения, должность, наименование ОЗ)

2. Место происшествия аварийного случая
_____
_____

(указать точное место, где произошел аварийный случай)

3. Время происшествия аварийного случая:
аварийный случай произошел в «____» часов «_____» числа «_____» месяца «_____» года.

4. Подробное описание аварийного случая:
_____
_____
_____
_____
_____

5. Причины аварийного случая:
_____
_____

6. Акт составлен в двух экземплярах в:
_____
_____

(указать место и время составления акта)

_____ _____

(должность, ФИО, подпись лица, составившего акт)

6. Подпись, ФИО заведующего отделением _____
7. Подпись, ФИО руководителя ОЗ _____

Приложение 3.3

Алгоритм проведения постконтактной профилактики (ПКП) медицинских работников

- У медицинского работника произошел контакт - перкутантный (укол иглой загрязненной кровью), попадание биологического материала на слизистую оболочку или на поврежденную кожу, контакт с кровью на неповрежденной коже, биологическими материалами длительное время или на обширной области)
- Медицинский работник фиксирует в журнале аварийных случаев и заполняет бланк «Акт об аварийном случае на рабочем месте»
- Сообщение заведующему отделения, далее директору ОЗ ПМСП или главному врачу стационара
- Направить в СПИД центры или на станцию скорой медицинской помощи для определения риска инфицирования и определения ВИЧ-статуса медицинского работника и больного, от которого произошел контакт (после письменного информированного согласия)
- Оказание помощи после случайного контакта с ВИЧ или с биологическими жидкостями лица, с неизвестным ВИЧ-статусом, с предположительно высоким риском инфицирования:
    - ✓ При ранении иглой или другим острым предметом: сразу вымыть поврежденное место с мылом. Подержать раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны. В отсутствии проточной воды обработать поврежденное место дезинфицирующим гелем или раствором для мытья рук.
    - ✓ При разбрызгивании крови или других биоматериалов на поврежденную и не поврежденную кожу: немедленно вымыть поврежденное место с мылом.
    - ✓ При разбрызгивании в глаза: немедленно промыть глаза водой или физиологическим раствором.
    - ✓ При разбрызгивании в рот: немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость и тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть. Повторить полоскание несколько раз.

- ВИЧ – статус возможного источника положительный или неизвестен, а у пострадавшего ВИЧ – статус отрицательный **проводится ПКП** антретровирусными препаратами: TDF (300мг) + FTC (200мг) 1 раз в сутки + LPV/r (400/100) 2 раза в сутки в течение 28 дней.

- ВИЧ-статус возможного источника отрицательный, а у пострадавшего ВИЧ - положительный **ПКП не проводится**

- **Наблюдение за контактировавшим**- Тестирование на ВИЧ проводят сразу после контакта, а затем через 1, 3, 6 месяцев после контакта, даже если ПКП не проведено.
    - У лиц, получающих АРВ-препараты, необходимо следить за появлением возможных побочных эффектов и соблюдением режима ПКП.
    - Если по окончании ПКП у контактировавшего произошло заражение, его берут на диспансерное наблюдение.

Минимальный перечень данных,
рекомендованных для сбора в организациях здравоохранения КР (ЦПБС, станции и отделения скорой помощи)

Форма ежемесячной отчетности по постконтактной профилактике (ПКП) ВИЧ-инфекции

- Число лиц, обратившихся в ОЗ за постконтакной профилактикой
- Число лиц, которым было рекомендовано пройти экспресс тестирование на ВИЧ
- Число лиц, прошедших экспресс тестирование на ВИЧ
- Число лиц, прошедших экспресс тестирование на ВИЧ и знающих свои результаты
- Число лиц, с положительным результатом теста на ВИЧ
- Число медицинских работников, подвергшихся заражению при выполнение служебных обязанностей ЛЖВ,
- Число лиц, которым было назначено ПКП и которые принимали ПКП 3-мя препаратами, 28 дней
- Число лиц, которые прервали ПКП
- Число лиц, которые отказались от ПКП
- Число лиц, которые были направлены в центры СПИД для дальнейшего обследования на ВИЧ через 1,3,6 месяцев после контакта

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г.

Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции

Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП) означает пероральный прием АРВ-препаратов лицами с отрицательным ВИЧ-статусом до возможного контакта с ВИЧ, с целью предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией.

В рамках комплексной профилактики ВИЧ-инфекции людям с повышенным риском заражения ВИЧ рекомендуется использовать пероральные АРВ-препараты, содержащие TDF, для доконтактной профилактики, обеспечивающей дополнительную защиту от ВИЧ-инфекции (**Сильная рекомендация, высокое качество доказательств**).

Для групп населения, подвергающихся повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией, ДКП является важным новым средством предотвращения ВИЧ-инфицирования.

Инициирование и назначение ДКП проводится врачами ЦПБС. Дальнейшее наблюдение за пациентами, получающими ДКП, может проводиться по месту проживания (ЦСМ/ЦОВП).

Определение понятия «повышенный риск» ВИЧ-инфицирования.
Этот термин означает, что уровень заражения ВИЧ-инфекцией при отсутствии ДКП превышает 3%, вследствие чего ДКП становится потенциально экономически эффективным методом профилактики.

ДКП рекомендуется более широким группам населения, а не только таким ограниченным контингентам, как МСМ и серодискордантные пары.

Имеются данные о том, что ДКП приемлема для различных групп населения, в том числе для женщин, серодискордантных пар, СР, молодых женщин, людей, употребляющих наркотики, трансгендеров, поставщиков медицинских услуг и МСМ.

ДКП хорошо совместима с услугами в следующих областях:

- тестирование на ВИЧ,
- лечение ВИЧ-инфекции,
- охрана сексуального здоровья,
- предоставление презервативов,
- консультирование по снижению поведенческого риска,
- снижение вреда,
- охрана репродуктивного здоровья и др.

Тестирование на ВИЧ при проведении ДКП
Должно проводится до того, как начата ДКП и осуществляться регулярно (каждые три месяца) на фоне ее проведения.
Большое значение имеет использование методов тестирования на ВИЧ, качество которых должно быть гарантировано.

АРВП для проведения ДКП ВИЧ-инфекции для взрослых и подростков

АРВП играют ключевую роль в профилактике ВИЧ.
Лица, получающие АРТ, у которых достигнута оптимальная вирусологическая супрессия, с крайне малой вероятностью способны передать ВИЧ сексуальному партнеру.

АРВП, принимаемые лицами без ВИЧ, в качестве ДКП, являются высокоэффективным средством предотвращения заражения ВИЧ.

TDF (300 мг**) + FTC (**200мг**)** 1 раз в сутки рекомендуется в качестве предпочтительной базовой схемы доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков
(Сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

ДКП является эффективной только при своевременном приеме АРВП. Лучшим способом поддержания соблюдения режима приема препаратов является предложение ДКП в качестве свободно выбираемого метода профилактики ВИЧ-инфекции.

Пользователям ДКП следует знать, что защитный эффект ДКП может быть достигнут лишь после приема 7 доз.
В фармакологических исследованиях показано, что для достижения уровня полной защиты может потребоваться 4 дозы при анальном сексе и 7 доз при вагинальном сексе.

У людей, которые начинают ДКП, могут наблюдаться побочные эффекты в первые несколько недель использования препаратов. Эти побочные эффекты включают тошноту, спазмы в животе и головную боль. Как правило, они являются незначительными, исчезают без принятия каких-либо мер и не требуют прекращения ДКП.
Степень приверженности ДКП у людей, которых проинформировали об этом начальном синдроме, может быть более высокой.

Приверженность к приему АРВП
– это одна из важнейших факторов подавления вирусной нагрузки, риска передачи ВИЧ, прогрессирования ВИЧ-инфекции и летального исхода. По мере расширения использования

ДКП, мероприятия по содействию приверженности ДКП приобретают все большую значимость.
Меры по повышению приверженности профилактической терапии, должны включать мероприятия по - информированию клиентов о приеме АРВП. Поддержка приверженности должна основываться на сообщении пациенту о высокой эффективности ДКП в случае ее использования. Может оказаться полезным краткое индивидуальное консультирование для согласования ежедневного приема препаратов с привычным образом жизни (время подъема, отхода ко сну и приема пищи).

Показания к ДКП (на основании анамнеза за предшествующие 6 месяцев):
- Отрицательный результат тестирования на ВИЧ
- Половой партнер с ВИЧ-инфекцией, не получавший эффективную АРТ в течение предыдущих 6 месяцев, ИЛИ
- Сексуально активный человек из группы населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

И любой из следующих факторов:
- Вагинальные или анальные половые контакты без применения презервативов более чем с одним партнером, или
- Половой партнер с одним или более факторами риска ВИЧ-инфицирования, или
- Лабораторно подтвержденные ИППП в анамнезе или сообщение об их наличии, или синдромное лечение ИППП, или
- Применение ПКП, или
- Запрос от клиента на получение ДКП.

Противопоказания к проведению ДКП:
- Наличие ВИЧ-инфекции
- Расчетный показатель клиренса креатинина <60 мл/мин (если известно).

Мониторинг функции почек:
Определение креатинина (из-за использования схемы ДКП на основе TDF), рекомендуется проводить перед началом ДКП, ежеквартально в течение первых 12 месяцев ДКП, а затем раз в год.

ДКП, как правило, **используют** только **в периоды риска**, а не всю жизнь.
ДКП может быть прекращена, когда человек, принимающий АРВП, более не подвергается риску инфицирования – при условии, что такая ситуация, по-видимому, сохранится и в будущем. Периоды риска могут начинаться и заканчиваться в связи с жизненными изменениями, в таких, например, сферах, как отношения с половым партнером, употребление алкоголя и наркотиков, получение травмы, миграция и т.д.
Лицам, которые продолжают контактировать с ВИЧ-инфекцией до достижения полной защиты, гарантируемой ДКП, рекомендуется рассмотреть целесообразность проведения ПКП.

Как и ПКП, ДКП может быть прекращена через 28 дней после последнего потенциального контакта с ВИЧ-инфекцией, если у человека прекращается ситуация, в которой он подвергается существенному риску заражения ВИЧ.

ДКП не должна заменять или вытеснять эффективные и широко используемые меры профилактики ВИЧ-инфекции, такие как комплексные программы по использованию презервативов среди СР и МСМ и программы снижения вреда для ЛУИН.
Этот факт следует учитывать при организации мероприятий по проведению ДКП.
Во всех случаях решение об использовании ДКП принимается самим человеком, нуждающимся в дополнительной защите от ВИЧ-инфекции.

Минимальный перечень данных, рекомендованных для ежемесячного сбора в ЦПБС:

- Число лиц, нуждающихся в ДКП
- Число лиц, которым было назначена ДКП и которые начали прием АРВП
- Число лиц, с положительным результатом теста на ВИЧ из числа получавших ДКП
- Число пациентов, которые прервали ДКП

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г.

Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков

1. **Определение**

Антиретровирусная терапия (АРТ) – метод лечения ВИЧ-инфекции, направленный на подавление репликации ВИЧ, которое приведет к улучшению качества жизни ВИЧ-позитивных лиц, снижению их заболеваемости и смертности.

ВИЧ-инфекция – хроническое медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, вызываемое ВИЧ, протекающее со специфическим поражением иммунной системы, приводящее к появлению вторичных инфекционных или опухолевых заболеваний и развитию синдрома приобретённого иммунного дефицита (СПИД).

2. **Код (коды) по МКБ-10** (подробно в Приложении 5.1)**:**

B20–B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней.

3. Пациенты в стабильном состоянии. Согласно ВОЗ, пациенты на фоне АРТ находятся в стабильном состоянии с учетом следующих критериев: АРТ в течение 1 года, отсутствие активных заболеваний или беременности, хорошее понимание необходимости пожизненного проведения терапии и доказательства успешного лечения (при двух определениях уровень вирусной нагрузки ниже 1000копий/мл).

4. **Клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ у взрослых и подростков:**

Клиническая стадия 1

• бессимптомное течение ВИЧ-инфекции;

• персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Клиническая стадия 2

• необъяснимая умеренная потеря веса (<10% от предполагаемой или измеренной массы тела);

• рецидивирующие инфекции дыхательных путей (синусит, ангина, средний отит, гнойный фарингит);

• опоясывающий лишай;
• ангулярный хейлит;
• рецидивирующие язвы полости рта;
• зудящая папулезная (или иная) сыпь;
• онихомикозы;
• себорейный дерматит.

Клиническая стадия 3
• необъяснимая сильная потеря веса (>10% от предполагаемой или измеренной массы тела);
• необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
• необъяснимая персистирующая лихорадка (перемежающаяся или постоянная, длительностью более месяца);
• персистирующий кандидозный стоматит;
• волосатая лейкоплакия полости рта;
• туберкулез легких;
• тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, эмпиема, гнойный
• миозит, инфекции костей и суставов, менингит, бактериемия);
• острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит;
• необъяснимые анемия (<80г/л), нейтропения (<$0.5x10^9$/л) и/или хроническая тромбоцитопения (<$50x10^9$/л).

Клиническая стадия 4
• синдром кахексии, обусловленный ВИЧ;
• пневмоцистная пневмония (Возбудитель Pneumocystisjirovecii);
• тяжелая рецидивирующая бактериальная пневмония;
• хронический герпес (оролабиальный, генитальный или аноректальный длительностью более месяца или висцеральный любой локализации);
• кандидозный эзофагит (или кандидоз трахеи, бронхов или легких);
• внелегочный туберкулез;
• саркома Капоши;
• цитомегаловирусная инфекция (ретинит или поражение других органов);
• токсоплазмоз центральной нервной системы;
• ВИЧ-энцефалопатия;
• внелегочный криптококкоз, включая менингит;
• диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями;
• прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия;
• хронический криптоспоридиоз;
• хронический изоспориаз;
• диссеминированные грибковые инфекции (внелегочный гистоплазмоз, кокцидиоидоз);
• лимфома головного мозга или В-клеточная неходжкинская лимфома;
• ВИЧ-ассоциированная нефропатия или ВИЧ-ассоциированная кардиомиопатия с клиническими проявлениями;
• рецидивирующий сепсис (включая сальмонеллезный);
• инвазивный рак шейки матки;
• атипичный диссеминированный лейшманиоз.

5. Оценка сопутствующих заболеваний и состояний до начала АРТ

Потеря веса	• потеря веса (<10%);

	• сильная потеря веса (>10%); • кахексия.
ИМТ	Расчет по формуле: ИМТ= m/h^2 где **m** – масса тела человека (в килограммах), а **h** – рост человека (в метрах). *Пример:* вес – 50 кг, рост – 1,65 м. Расчет: 50: (1,65х 1,65) =18,3*8* *Интерпретация:* 18,5 – 24,99 – норма 16 и менее – выраженный дефицит массы тела 16 – 18,5 – недостаточная масса тела (дефицит) 25 – 30 – избыточная масса тела (предожирение) 30 – 35 – ожирение первой степени 35 – 40 – ожирение второй степени 40 и более – ожирение третьей степени (морбидное)
Ротоглотка	• стоматит; • язвенно-некротические поражения; • разрастание слизистой полости рта, преимущественно боковой поверхности языка.
Генерализованная лимфаденопатия	• увеличение не менее 2-х групп лимфатических узлов на протяжении более трех месяцев (чаще всего увеличиваются шейные, надключичные и подмышечные группы лимфоузлов); • диаметр увеличенных узлов колеблется от 0,5 до двух сантиметров, порой могут достигать 4-5 см, в этом случае узлы легко определяются визуально.
Сердечно-сосудистые заболевания	• оценка риска ССЗ по Фремингемской шкале у всех мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет, не имеющих ССЗ (https://www.easycalculation.com/ru/medical/framingham.php) • ЭКГ; • выявление гипертензии; • определение липидов; • определение глюкозы
Заболевания легких	• если в анамнезе – заболевание легких, то следует сделать рентгенографию ОГК; • пикфлоуметрия – скрининг на ХОБЛ для пациентов с высоким риском
Заболевания печени	• оценка факторов риска хронического заболевания печени: вирусные гепатиты, ожирение, диабет, употребление алкоголя, резистентность к инсулину, гиперлипидемия, прием гепатотоксичных препаратов; • АЛТ/АСТ, билирубин; • УЗИ печени (по показаниям).
Заболевания почек	• оценка факторов риска хронической болезни почек: гипертензия, диабет, ССЗ, семейный анамнез, вирусные гепатиты, низкое количество клеток CD4, курение, возраст (старше среднего), сопутствующая терапия нефротоксичными препаратами; • определение СКФ при факторах риска ХБП (http://www.dr-denisov.ru/blog/2010-04-18-257);
Заболевания костей	• оценка факторов риска переломов у пациентов старше 40 лет: женский пол, гипогонадизм, переломы бедра в семейном анамнезе, низкий ИМТ (≤19 кг/$м^2$), дефицит вит. D, курение, недостаток физических нагрузок, низкотравматичный перелом в анамнезе,

	избыточное потребление алкоголя (>3 стандартных доз в день*), прием стероидов (минимум 5 мг в течение >3 мес.); • биохимия крови на выявление заболеваний костей: кальций, фосфаты (PO_4), щелочная фосфатаза
Нейрокогнитивные расстройства	• использовать опросник для скрининга (Приложение 5.2)
Депрессия	• использовать опросник для скрининга (Приложение 5.3)
Рак	• маммография для женщин старше 40 лет; • цервикальные ПАП-мазки для женщин, живущих половой жизнью; • анальные ПАП-мазки • УЗИ и тест на альфа-фетопротеин (по показаниям).
Клинический скрининг на ТБ	• снижение массы тела • ночная потливость • кашель • лихорадка
Симптомы ИППП	• синдром выделения из влагалища • синдром боли живота у женщин • синдром выделения из уретры • синдром язвы на половых органах • синдром паховой гранулемы • синдром отека мошонки • синдром аноректальных инфекций
Репродуктивное и сексуальное здоровье	• осмотр шейки матки • исследование per vaginum • Мазок на цитологию • опрос о методах контрацепции • качественный антенатальный и перинатальный уход

*Стандартная доза алкоголя [standard drink, one drink] – это количество алкоголя, которое утилизируется организмом человека в течение часа.

По данным ВОЗ стандартная доза алкоголя составляет 10 г чистого этанола. Одна стандартная доза алкоголя - это:

- 30 мл 40% водки (2/3 рюмки);
- 50 мл 25% ликера (1 рюмка);
- 70 мл 18% крепленого вина (1/2 бокала);
- 100 мл 12% сухого вина (2/3 бокала);
- 250 мл 5% пива (1/2 бутылки);
- 360 мл 3,5% пива.

6. Диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне до начала АРТ:

- ОАК (гемоглобин, подсчет тромбоцитов и эритроцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ);
- ОАМ;
- биохимические показатели функции печени (АлАТ, АсАТ, билирубин);
- холестерин, ЛПВП, ЛПНП;
- ИФА на гепатит С (anti-HCV) и гепатит В (HBsAg);
- ИФА на сифилис (по показаниям);
- тест на беременность (у женщин репродуктивного возраста);

- сывороточный креатинин и расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ);
- рентгенография органов грудной клетки (по показаниям);
- ЭКГ (по показаниям);
- УЗИ органов брюшной полости (по показаниям);
- Gen-Xpert (согласно алгоритма диагностики ТБ), микроскопия мазка мокроты.

Предварительный диагноз: _____
(клиническая стадия по ВОЗ с указанием всех оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний)

Обоснование диагноза _____

7. План ведения:

1. Проведение послетестового консультирования при ВИЧ-инфекции.
2. Полное обследование.
3. Консультирование о соблюдении конфиденциальности (УК КР, Статья № 145 «Разглашение врачебной тайны»).
4. Консультирование об ответственности за заражение ВИЧ (УК КР, Статья № 117).
5. Консультирование о раскрытии статуса перед своим половым партнером и приглашение на обследование на ВИЧ.
6. Консультирование по оценке готовности к АРТ.
7. Консультирование по формированию приверженности к АРТ.
8. Консультирование о побочных эффектах АРТ и эффективности лечения.
9. Выявление показаний для профилактической терапии ОИ (ПТИ, ПТК и др.).
10. Консультирование о профилактике ОИ (критерии назначения и отмены ПТИ и ПТК и мониторинг уровня приверженности).
11. Оценка потребности в услугах ухода и поддержки (социальная, правовая, психологическая поддержка и др.).
12. Дата следующего визита.

7.1. Подготовка ВИЧ-позитивных лиц к АРТ.

Перед началом АРТ необходимо:

- провести подробное обсуждение желания и готовности (Приложение 5.4) пациентов начать АРТ, получить информированное согласие на проведение АРТ (Приложение 5.5);
- при готовности начать АРТ обсудить режим лечения АРВ-препаратами, дозировок, графика приема, возможных преимуществ, возможных нежелательных эффектов и необходимого наблюдения и мониторинговых визитов;
- провести оценку статуса питания пациента (Приложение 5.6) и сопутствующих заболеваний;
- выяснить прием других лекарственных препаратов, для того чтобы оценить возможные взаимодействия, противопоказания и коррекции дозы;
- если имеются проблемы психического здоровья или злоупотребления наркотиками, или же другие потенциальные факторы, препятствующие началу АРТ или приверженности лечению, следует предоставить ему необходимую поддержку сообщества и членов социальной группы и через определенные интервалы повторно оценивать его готовность начать АРТ;
- обратить внимание пациента на то, что многие нежелательные эффекты носят временный

характер или могут контролироваться, и что АРВ-препараты, ассоциирующиеся с нежелательными эффектами, могут быть заменены на другие.

- лицам, начинающим АРТ, следует дать рекомендации относительно безопасного секса, в частности, использования презервативов, и относительно необходимости избегать других рискованных действий, например, использования общих инъекционных принадлежностей, для того чтобы предотвратить передачу ВИЧ другим людям.

Повторный визит

• КСТ: - кашель в настоящее время *да/нет;* - повышенная температура (в цифрах); - потеря веса (отметить текущую и предыдущую массу тела); - ночная потливость - *да/нет.* • ТБ в анамнезе - да*/нет* Если да, то указать год • РГ ОГК/ФГ. • АД • ЧД • ЧСС • ИМТ • Увеличение лимфоузлов - да*/нет* • Симптомы ИППП - *да/нет.*	• Жалобы и анамнез заболевания. • Опрос по приему АРТ и других ЛС • Физикальный осмотр (особое внимание уделить осмотру кожи и видимых слизистых оболочек, лимфатических узлов, печени, селезенки и др.). При необходимости описать Status localis. • Диагноз (при изменении клинической стадии ВИЧ-инфекции с обоснованием диагноза). • Консультирование: – о соблюдении конфиденциальности (УК КР, Статья № 145 «Разглашение врачебной тайны»); – об ответственности за заражение ВИЧ (УК КР, Статья № 117); – о раскрытии статуса перед своим половым партнером и приглашение на обследование на ВИЧ. • Перед началом АРТ – оценка готовности к лечению, указать дату начала АРТ. Получить письменное информированное согласие пациента. **План дальнейшего ведения пациента:** • Регулярная оценка приверженности к АРТ (ежемесячный подсчет уровня приверженности в %). • Консультирование по безопасному поведению. • Привлечение близкого окружения ЛЖВ в программы лечения, ухода и поддержки. • Перенаправление в программы снижения вреда по необходимости. • Дата следующего визита.

8. Показания для консультации специалистов:

- Специалист ОЦПБС или РЦ СПИД: признаки/подозрение на неэффективность АРТ , смена схемы АРТ;
- Инфекционист: признаки/подозрение на оппортунистические инфекции, вирусный гепатит;
- Фтизиатр: признаки/подозрение на туберкулез, МАК-комплекс;
- Невропатолог: признаки/подозрение на криптококковый менингит, ВИЧ-энцефалопатию, токсоплазмоз ЦНС, ПМЛ, лимфомы головного мозга, периферической полинейропатии;
- Психиатр: признаки/подозрение на психическое расстройство, депрессию, ВИЧ-энцефалопатию/деменцию;

- Психотерапевт (психолог): при психологических проблемах;
- Офтальмолог: признаки/подозрение на ретинит (исследование глазного дна, особенно при низком числе лимфоцитов CD4<100 клеток/мкл);
- Кардиолог: признаки/подозрение на кардиомиопатию;
- Онколог: признаки/подозрение на злокачественное новообразование;
- Гинеколог: признаки/подозрение на рак шейки матки;
- Другие специалисты – по показаниям.

9. Показания для госпитализации в стационар:

• тяжелое течение оппортунистических и других вторичных заболеваний;
• воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ);
• нежелательные явления на прием АРВП 3-й и 4-й степени тяжести:
3 степень (тяжелая) - повседневная жизнь существенно нарушена, часто требуется дополнительная помощь близких, медицинская помощь и лечение, возможно в стационаре;
4 степень (крайне тяжелая, жизнеугрожающая) - нормальная повседневная жизнь невозможна, требуется постоянная помощь посторонних, серьезное лечение, чаще всего в стационаре.

10. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

10.1. Цели АРТ.

- Клиническая:
  - улучшение качества и продление жизни пациента;
  - снижение риска развития тяжелых, угрожаемых жизни ОИ и других вторичных заболеваний.
- Вирусологическая:
  - снижение вирусной нагрузки.
- Иммунологическая:
  - восстановление функции иммунной системы.
- Эпидемиологическая:
  - снижение риска передачи ВИЧ другим лицам.

10.2. Когда начинать АРТ у подростков (15 – 19 лет) и взрослых (>19 лет).

АРТ следует начинать у всех подростков и взрослых людей, живущих с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и при любом количестве лимфоцитов CD4.

В приоритетном порядке:

- АРТ следует начинать у всех пациентов с продвинутой клинической стадией ВИЧ-инфекции (клиническая стадия 3-4 по классификации ВОЗ) или пациентам с количеством лимфоцитов CD4 ≤ 350 клеток/мкл.

10.3. Схемы АРТ первого линии.

Категории пациентов	Предпочтительная схема первой линии	Альтернативные схемы первой линии

Подростки и взрослые пациенты	TDF+3TC (или FTC) + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + EFV (или NVP[в]) • TDF + 3TC (или FTC) + NVP[в] • ABC + 3TC+ EFV (или NVP[в]) • TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + DTG[г,д] • TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + EFV_{400}[г] • TDF + FTC + RPV[г,е]
Беременные и кормящие грудью женщины	TDF + 3TC (или FTC) + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + EFV (или NVP[б]) • TDF + 3TC (или FTC) + NVP[б]
ВИЧ/ТБ	TDF + 3TC (или FTC) + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + ABC
ВИЧ/ВГВ	TDF + 3TC (или FTC) + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + EFV
ВИЧ/ВГС	TDF + 3TC (или FTC) + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + EFV
ЛУИН	TDF + 3TC (или FTC) + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + EFV (или NVP[в]) • TDF + 3TC (или FTC) + NVP[в] • ABC + 3TC+ EFV (или NVP[в]) • TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + DTG[г,д] • TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + EFV_{400}[г] • TDF + FTC + RPV[г,е]

[а] EFV не назначают лицам с тяжелым психическим заболеванием в анамнезе.
[б] вместо AZT при анемии или гранулоцитопении (уровень гемоглобина> 90 г/л или количество нейтрофилов> 1000 клеток/мкл) рекомендуется назначать TDF (или ABC).
[в] NVP использовать у лиц с низким числом лимфоцитов CD4 (у женщин менее 250/мкл, у мужчин менее 400/мкл).
[г] DTG, EFV_{400},RPV при доступности.
[д] DTG использовать у детей старше 12 лет.
[е] RPV использовать при количестве CD4>200 клеток/мкл и ВН ВИЧ <100000 копий/мл. Ингибиторы протонной помпы противопоказаны.

10.4. Режимы дозирования АРВП для взрослых и подростков.

Международное непатентованное наименование	**Доза**
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ):	
Ламивудин (3TC) (таблетки 150 мг)	150 мг 2 раза в сутки или 300 мг 1 раз в сутки
Абакавир (ABC) (таблетки 300 мг)	300 мг 2 раза в сутки или 600 мг 1 раз в сутки
Зидовудин (AZT) (таблетки 300 мг)	300 мг 2 раза в сутки
Эмтрицитабин (FTC) (таблетки 200мг)	200мг 1 раз в сутки
Нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ):	
Тенофовир (TDF) (таблетки 300 мг)	300 мг 1 раз в сутки
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ):	
Эфавиренц (EFV) (таблетки 600 мг)	600 мг 1 раз в сутки
Эфавиренц (EFV_{400}) (таблетки 400 мг)	400 мг 1 раз в сутки
Невирапин (NVP) (таблетки 200 мг)	200 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней; затем 200 мг 2

	раза в сутки
Рилпивирин (RPV) (таблетки 25 мг)	25 мг 1 раз в сутки
Ингибиторы протеазы (ИП)	
Лопинавир/ритонавир (LPV/r)	400 мг/100 мг 2 раза в сутки Если пациент получает рифампицин, то доза LPV/r составляет (LPV 800 мг+RTV 200 мг 2 раза в сутки или LPV 400 мг+RTV 400 мг 2 раза в сутки)
Дарунавир+ритонавир (DRV/r)	800мг+100мг 1 раз в сутки[а] или 600 мг+100мг 2 раза в сутки[б]
Атазанавир+ритонавир (ATV/r)	300мг+100мг 1 раз в сутки
Ингибиторы интегразы (ИИ)	
Долутегравир (DTG) (таблетка 50 мг)	50 мг 1 раз в сутки
Комбинированные препараты в фиксированных дозировках	
Абакавир/ламивудин (ABC/3TC)	600/300 мг 1 раз в сутки
Ламивудин/зидовудин (3TC/AZT)	150/300 мг 2 раза в сутки
Эмтрицитабин/тенофовир (FTC/TDF)	200/300 мг 1 раз в сутки
Эфавиренц/эмтрицитабин/тенофовир (EFV/FTC/TDF)	600/200/300 мг 1 раз в сутки

[а]Для лиц, ранее не принимавших ингибиторы протеазы.
[б]Для лиц, ранее принимавших ингибиторы протеазы.

10.5. Мониторинг ответа на АРТ и установление неэффективности лечения.

10.5.1. Лабораторный мониторинг АРТ.

- ВН - перед началом АРТ, через 6 и 12 месяцев после начала АРТ, затем каждые 12 месяцев при стабильном состоянии. При нестабильном состоянии кратность обследования на ВН составляет 1 раз в 3 месяца.
- При рутинном мониторинге ВН на фоне стабильного состояния мониторинг количества лимфоцитов CD4 можно прекратить.
- Если рутинное определение ВН невозможно, для диагностики неудачи АРТ используется количество лимфоцитов CD4 и клинический мониторинг.

Показатели	**Перед началом АРТ**	**После начала АРТ**			
Вирусная нагрузка	X	Через 3 мес[б].	Через 6 мес.	Через 12 мес.	Каждые 12 месяцев на фоне стабильного состояния[а]
Число лимфоцитов CD4	X	Через каждые 3 - 6 мес.			При неопределяемой ВН и стабильном состоянии на АРТ **CD4** можно не определять. Каждые 6 месяцев, если рутинное определение ВН невозможно

[а] Согласно ВОЗ, пациенты на фоне АРТ находятся в стабильном состоянии с учетом следующих критериев: АРТ в течение 1 года; отсутствие побочных эффектов, требующих регулярного мониторинга; отсутствие активных заболеваний или беременности; хорошее понимание необходимости пожизненного проведения терапии и доказательства успешного лечения (при двух определениях уровень вирусной нагрузки ниже 1000 копий/мл).

10.5.2. Клиническая, иммунологическая и вирусологическая неэффективность АРТ.

Неэффективность	Определение	Комментарии
Вирусологическая	ВН выше 1000 копий /мл по данным двух последовательных измерений с интервалом в 3 месяца с поддержкой приверженности к АРТ (консультирование, таблетницы, психологическая поддержка и др.) после первого определения вирусной нагрузки.	Пациент должен получать АРТ как минимум в течение 6 месяцев.
Иммунологическая	Количество лимфоцитов CD4 менее 250 клеток/мкл после появления клинических признаков неэффективности лечения ИЛИ персистирующий уровень CD4 <100 клеток/мкл.	При отсутствии признаков сопутствующей или недавно перенесенной инфекции, вызывающей транзиторное снижение уровня лимфоцитов CD4.
Клиническая	Впервые выявленные или рецидивирующие заболевания/клинические состояния, указывающие на тяжелый иммунодефицит (состояние 4-й клинической стадии по ВОЗ) после 6 месяцев эффективной терапии.	Это состояние необходимо дифференцировать от ВСВИ, наблюдающегося после начала АРТ. На неэффективность лечения могут указывать также некоторые заболевания, соответствующие клинической стадии 3 (легочный ТБ и некоторые тяжелые бактериальные инфекции).
Дискордантный ответ на АРТ	Это ситуация, при которой несмотря на неопределяемую ВН устойчивого повышения количества лимфоцитов CD4 не наблюдается.	Отсутствие иммунологической эффективности наблюдается тем чаще, чем старше пациент. Другими причинами могут быть: прием некоторых лекарственных препаратов (интерферон, кортикостероиды, миелосупрессивная химиотерапия и др.); аутоиммунные заболевания (болезнь Крона, системная красная волчанка), цирроз печени и другие сопутствующие заболевания. При необходимости рекомендуется повторное обследование после тщательной подготовки пациента.

10.6. Мониторинг и замена препаратов в связи с побочным действием АРВ-препаратов.

10.6.1. Виды побочных эффектов (Приложение 5.7**).**

10.6.2. Замена препаратов в связи с побочным действием АРВ-препаратов.

- При развитии побочных эффектов или во избежание нежелательных лекарственных взаимодействий может потребоваться замена схемы лечения или одного из компонентов.

- В большинстве случаев замена схемы лечения или одного из компонентов требуется при 3-й (тяжелой) или 4-й (угрожающей жизни) степени тяжести клинических и лабораторных проявлений токсичности (Приложение 5.8).
- Слишком поздняя замена препаратов или переход на другую схему лечения может привести к неблагоприятным последствиям и повлиять на приверженность лечению, вызвав преждевременную отмену препарата, развитие резистентности и неэффективность лечения.
- Если требуется прервать прием препарата, например, в случае возникновения тяжелых или угрожающих жизни побочных реакций, важно рассмотреть данные о периоде полувыведения различных АРВ-препаратов. Если пациент получал схему АРТ с TDF/FTC + EFV или NVP, то можно прерывать АРТ сразу. Если в состав схемы АРТ входят другие НИОТ (AZT, 3TC, ABC), то отмену препаратов призводят ступенчато, т.е. сначала останавливают прием ННИОТ, а НИОТ продолжают принимать в течение 7 суток и после этого останавливают прием.

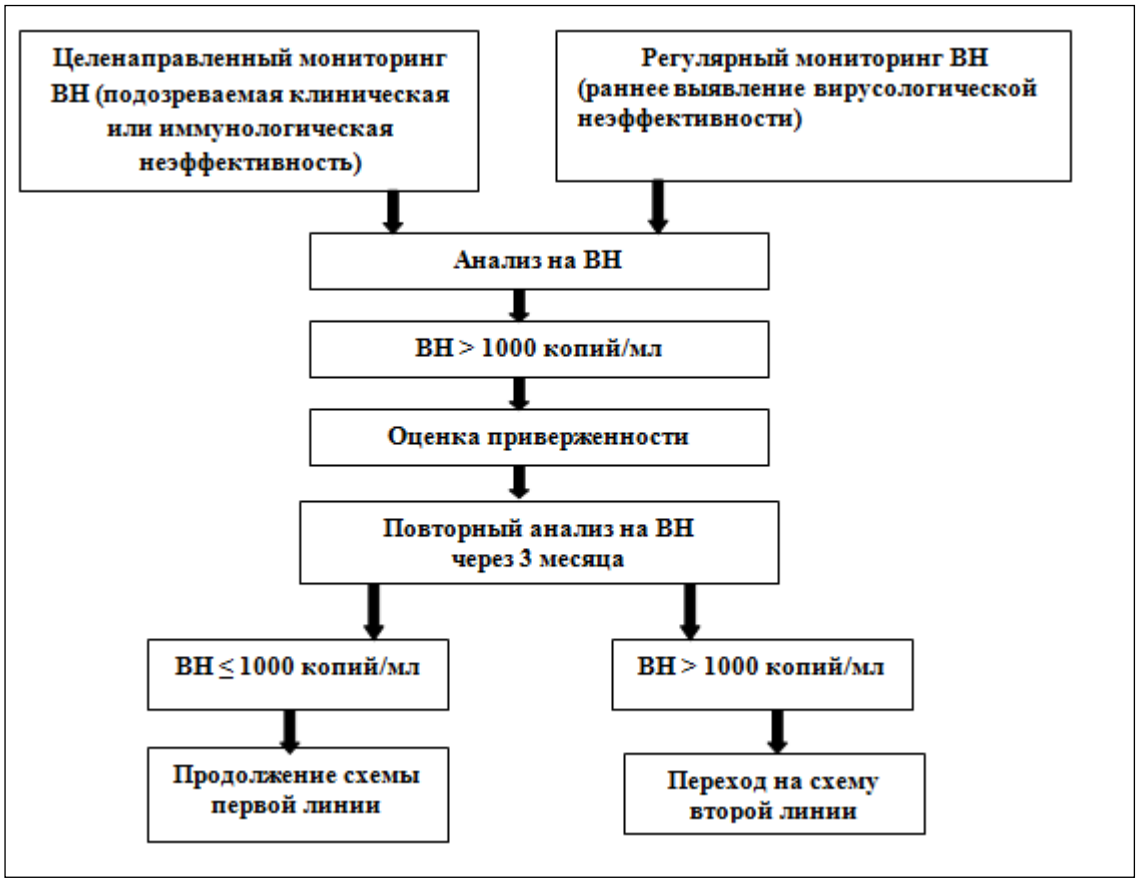
10.6.3. Важнейшие взаимодействия АРВ-препаратов.

АРВ-препарат	Ключевые взаимодействия	Проявление токсичности	Предлагаемые меры
ATV/r, DRV/r, LPV/r	Рифампицин	Снижение концентрации ИП на 72%	Рифампицин не используется. Заменить рифампицин на рифабутин
	Ловастатин и симвастатин	Повышение риска серьезных нежела-тельных явлений, таких как миопатия, включая рабдомиолиз	Использовать альтернативный препарат из группы статинов
	Гормональные контрацептивы	Снижение эффектив-ности как гормональных контрацептивов, так и АРВ-препаратов	Использовать альтернативные или дополнительные методы контрацепции
	Метадон	Снижение дозы метадона	Коррекция доз метадона по мере необходимости
	Астемизол и терфенадин	Тяжелые и угрожающие жизни реакции в виде нарушения ритма сердца	Использовать альтернативный антигистаминный препарат (лоратадин или цетиризин)
DTG	Поливалентные катионы, включая Mg, Al, Fe, Ca и Zn	Риск образования хелатных связей	Принимать DTG не менее чем за 2 часа до и не менее чем через 6 часов после приема добавок, содержащих поливалентные катионы, в том числе (но не ограничиваясь перечисленным): поливитаминно-минеральные добавки с содержанием Fe, Ca, Mg или Zn, минеральные добавки, катион содержащие слабительные и антациды, содержащие Mg, Al, Fe, Ca и Zn. Мониторинг вирусологической эффективности
EFV	Метадон	Снижение концентрации метадона	Коррекция дозы метадона по необходимости

	Гормональные контрацептивы	Существует возможность ослабления эффекта длительно действующих чисто прогестероновых имплантируемых систем	Использовать альтернативные или дополнительные методы контрацепции для предотвращения передачи ВИЧ и нежелательных беременностей
	Астемизол и терфенадин	Тяжелые и угрожающие жизни реакции в виде нарушения ритма сердца	Использовать альтернативный антигистаминный препарат (лоратадин или цетиризин)
NVP	Рифампицин	Снижается сывороточная концентрация NVP на 58%	Заменить NVP на EFV
	Метадон	Снижение концентрации метадона	Коррекция дозы метадона по необходимости
	Астемизол и терфенадин	Тяжелые и угрожающие жизни реакции в виде нарушения ритма сердца	Использовать альтернативный антигистаминный препарат (лоратадин или цетиризин)
	Итраконазол и кетоконазол	Снижение концентрации противогрибковых препаратов до субтерапевтического уровня	Использовать альтернативный противогрибковый препарат (флуцитозин или флуконазол)
(https://arvt.ru)			

10.7.Схемы АРТ второй и третьей линий.

10.7.1 Стратегия перехода на схему второй линии.



10.7.2. Схемы АРТ второй линии.

Обзор схем АРТ второй линии для взрослых пациентов и подростков.

Группа пациентов	Неудачная схема первой линии	Предпочтительная схема второй линии	Альтернативная схема второй линии
Взрослые и подростки	два НИОТ + EFV (или NVP)	2 НИОТ[a] + ATV/r или LPV/r	2 НИОТ + DRV/r
	2 НИОТ + DTG		
	Если в составе АРТ первого ряда использовались AZT + 3TC	TDF + 3TC (или FTC) ABC + 3TC	
	Если в составе АРТ первого ряда использовались TDF + 3TC (или FTC) ABC + 3TC	AZT + 3TC	
Беременные или кормящие грудью женщины	Рекомендации такие же как для взрослых пациентов и подростков		

Ко-инфекция ВИЧ и ТБ	Если рифабутин недоступен	Те же базовые НИОТ, которые рекомендованы для взрослых и подростков, плюс двойная доза LPV/r (800/200 мг два раза в день)	LPV 400 мг + RTV 400 мг 2 раза в сутки
Ко-инфекция ВИЧ и ВГВ	AZT + TDF + 3TC (или FTC) + (ATV/r или LPV/r)		AZT + TDF + 3TC (или FTC) + DRV/r

10.7.3. Схемы АРТ третьей линии.

- Схемы АРТ третьей линии должны включать новые препараты с минимальным риском перекрестной устойчивости к ранее использовавшимся препаратам, такие как ИИ, ННИОТ второго поколения и ИП (условная рекомендация, низкое качество доказательств).
- Пациенты с неудачей терапии второй линии, для которых нет новых АРВ-препаратов, должны продолжить лечение по переносимой схеме (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).

Обзор вариантов последовательности АРТ первой, второй и третьей линии у взрослых, подростков.

Группа пациентов	Схемы первой линии	Схемы второй линии	Схемы третьей линии
Взрослые и подростки	2 НИОТ + EFV (или NVP)	2 НИОТ + ATV/r или LPV/r	DRV/r[a] + DTG[b] ± 1–2 НИОТ
		2 НИОТ + DRV/r[a]	
	2 НИОТ + DTG	2 НИОТ + ATV/r или LPV/r	DRV/r[a] + 2 НИОТ ± ННИОТ
		2 НИОТ + DRV/r	Оптимизация схемы с использованием генотипического профиля
Беременные или кормящие грудью женщины	2 НИОТ + EFV (или NVP)	2 НИОТ + ATV/r или LPV/r	DRV/r[a] + DTG[b] ± 1–2 НИОТ
		2 НИОТ + DRV/r[a]	

[a] У пациентов, ранее получавших ИП, рекомендуемая доза DRV/r должна составлять 600 мг/100 мг два раза в день.
[b]DTG данные по безопасности и эффективности у беременных женщин и подростков до 12 лет пока не получены.

11. Профилактика оппортунистических инфекций.

- Профилактическая терапия изониазидом (ПТИ) не менее 6 месяцев – изониазид (5 мг/кг), но не более 0,3 г один раз в сутки + пиридоксин (при наличии) в дозе 10-25 мг в сутки.
- Профилактическая терапия котримоксазолом (ПТК) (при количестве лимфоцитов CD4<200 клеток/мкл или при наличии активного ТБ) – котримоксазол (960 мг 1 раз в сутки).
- Профилактика инфекции, вызванной МАС (при количестве лимфоцитов CD4<50 клеток/мкл) – азитромицин по 1200 мг 1 раз в неделю.

- Более подробная информация по профилактике ОИ изложена в КП «Профилактика, диагностика и лечение ОИ», «Туберкулез и ВИЧ -инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией».

12. Диспансерное наблюдение пациентов (ДН) (Приложение 5.8)

• определяет систему комплексных лечебно-профилактических, социально-психологических и санитарно-гигиенических мероприятий, которые направлены на продление и улучшение качества жизни, сохранение трудоспособности ЛЖВ.
• предусматривает проведение консультирования, медицинский осмотр, лабораторное и инструментальное обследование ЛЖВ в соответствии с КП

Наблюдение пациентов начинающих получать АРТ осуществляется не менее 1 раза в 3 месяца. Если пациенты на фоне АРТ находятся в стабильном состоянии, наблюдение осуществляется 1 раз в 6 месяцев.
• Во время посещения пациентов необходимы:

– оценка клинической стадии ВИЧ-инфекции в зависимости от результатов медицинского осмотра (опрос, осмотр и пальпация) и выявления ОИ (клинический скрининг на туберкулез, симптомы ИППП и др.) и других заболеваний;

– оценка динамики течения ранее выявленных ОИ и других заболеваний и эффективности их лечения;

– выявление сопутствующих заболеваний и состояний, определение их тяжести и необходимости их лечения;

• В случае отсутствия снижения ВН через 6 месяцев от начала лечения на 1 $\log_{10}$ или последовательного двукратного повышения ВН после исходной супрессии, следует провести тест на определение резистентности ВИЧ к АРВ препаратам.
• Мониторинг приверженности АРТ (см.Приложение 4.5), приема других ЛС (профилактическая терапия изониазидом (ПТИ), профилактическое лечение ОИ путем опроса и расчета уровня приверженности по формуле.
• Консультирование по приверженности АРТ.
• Выдача АРВ препаратов.
• Лабораторный мониторинг эффективности АРТ (ВН и число лимфоцитов CD4) (см. пункт 10.6.1) и показателей функции печени и почек для своевременного выявления побочных эффектов лекарственных средств.

Сроки проведения лабораторных исследований после начала АРТ, в зависимости от назначенных АРВ-препаратов

Показатели	**Время после начала АРТ (или назначения нового препарата)**							
	Перед началом АРТ	**2 недели**	**4 недели**	**12 недель**	**24 недель**	**1 год**	**Каждые 3–6 мес**	**Каждые полгода**
Общий анализ крови	X		X	X		X	(X)	X
АЛТ	X	X (NVP)	X	X (NVP)	X (NVP)	X	(X)	X
Холестерин	X					(X)		(X)

и триглице-риды								
Креатинин	X	X (TDF)	X	X		X	(X)	X

X – означает, что исследование показано независимо от используемых АРВ-препаратов;
X (препарат) - означает, что, исследование показано пациентам, которые получают указанный в скобках АРВ-препарат;
(X) – означает необязательность исследования

Все проведенные мероприятия должны сопровождаться записью в амбулаторной карте больного и переноситься в соответствующую графу карты здоровья (обоснование изменения стадии ВИЧ-инфекции, интерпретация результатов лабораторно-инструментальных исследований, дата показания АРТ, письменное информированное согласие на прием АРТ, дата готовности приема, дата назначения и начала АРТ, схема АРТ, режим приема, даты показаний, назначений и начала ПТИ, ПЛК и др., дата последующего приема).

13. Воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ)

ВСВИ представляет собой спектр клинических признаков и симптомов, которые предположительно ассоциируются с восстановлением иммунитета за счет ответа на проведение АРТ. Воспалительный синдром восстановления иммунитета сам по себе означает, что АРТ действует, поэтому её нужно продолжать и в то же время лечить ОИ. Это общепризнанное явление, которое наблюдается у 10%–30% лиц, приступающих к АРТ, обычно в течение первых 4–8 недель от начала лечения. Низкие дозы глюкокортикоидов (20—60 мг/сут в пересчете на преднизолон) позволяют смягчить клинические проявления синдрома восстановления иммунитета.

Приложение 5.1

Международная статистическая классификация болезней (МКБ-10)

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) B20 – B24

B20	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней**
	Исключен:острый инфекционный синдром, вызванныйВИЧ(B23.0)
B20.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микробактериальной инфекции Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением туберкулеза
B20.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций
B20.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания
B20.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций
B20.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза
B20.5	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов
B20.6	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystiscarinii*
B20.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций
B20.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней
B20.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточнённых инфекционных и паразитарных болезней. Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями инфекции БДУ
B21	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований**
B21.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши
B21.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта
B21.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом
B21.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей
B21.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований
B21.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований
B21.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточнённых злокачественных новообразований
B22	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней**
B22.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии. Вызванное ВИЧ слабоумие
B22.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита
B22.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями угасания жизни Истощающая болезнь (синдром резкого похудания)
B22.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках
B23	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других состояний**
B23.0	Острый ВИЧ- инфекционный синдром
B23.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями персистентной генерализованной лимфаденопатии.

B23.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках
B23.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточнённых состояний
B24	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), неуточненная.** Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) БДУ СПИД-ассоциированный комплекс (САК) БДУ
R75	**Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)** Неокончательный тест на ВИЧ, выявленный у детей
Z21	**Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)** ВИЧ-позитивные БДУ

Приложение 5.2.

Методика диагностики и лечения ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений у пациентов без явных отягощающих факторов

[1]**К явным отягощающим факторам относятся:**
1. Тяжелые психиатрические заболевания.
2. Злоупотребление психотропными препаратами.
3. Злоупотребление алкоголем.
4. Последствия ОИ ЦНС или других неврологических заболеваний.
5. Текущие ОИ ЦНС или другие неврологические заболевания.

[2]**Можно использовать следующие три вопроса для направления процедуры оценки:**
1. Часто ли у вас бывают случаи потери памяти (например, вы забываете значительные события, даже недавние, назначенные встречи и т.д.)?
2. Чувствуете ли вы, что стали медленнее соображать, строить планы, решать проблемы?
3. Бывает ли вам трудно сосредоточить внимание (например, на разговоре, на книге, фильме)?
На каждый из этих вопросов пациент может дать один из трех следующих ответов: a) никогда, b) редко, c) определенно да. Считается, что у ВИЧ-позитивного лица имеется "Патология", если он ответил "определенно да" хотя бы на один вопрос.

[3]Приложение 2

[4]**Нейропсихологическое обследование** должно включать в себя тесты для изучения следующих когнитивных характеристик: речевая беглость, исполнительские функции, скорость восприятия информации, внимание/рабочая память, вербальное и визуальное научение, вербальная и визуальная память, двигательные навыки и оценка повседневной деятельности.

[5]**Неврологический осмотр, МРТ головного мозга и исследование СМЖ.** Эти исследования нужны для того, чтобы в дальнейшем исключить другие патологии и затем охарактеризовать ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения, используя определение концентрации РНК ВИЧ в СМЖ.

[6]**Нейрокогнитивное нарушение включает:**
1) приобретенное нарушение когнитивной деятельности, включающее не менее двух когнитивных характеристик и проявляющееся как понижение не менее чем на 1 стандартное отклонение от средней величины, установленной для нейропсихологического тестирования лиц данного возраста и уровня образования;
2) выраженные затруднения в повседневной деятельности;
3) отсутствие фактов, свидетельствующих о других ранее существовавших причинах деменции.

[7]**Антиретровирусные препараты с хорошим**

	проникновением в СМЖ: —НИОТ: ZDV, ABC* —ННИОТ: EFV**, NVP —ИП/р: LPV/r, DRV/r* —ИИ: DTG • Препараты с доказанной клинической эффективностью: —НИОТ: ZDV, ABC —ИП/р: LPV/r * Когда принимается дважды в день. Прием этих препаратов один раз в день, обычный в клинической практике, не изучался достаточно широко с точки зрения воздействия на ЦНС и проникновения в СМЖ, поэтому неизвестно, как он может повлиять на деятельность ЦНС. ** Следует использовать EFV с осторожностью у пациентов с ВИЧ-инфекцией с НП нарушением из-за вредного воздействия препарата на нейрокогнитивную функцию, выявленного входе рандомизированных контролируемых испытаний, а также из-за возможного негативного воздействия на ЦНС.

Приложение 5.3.

Депрессия: выявление и диагностика

• Распространенность депрессии среди ВИЧ-позитивных лиц (20-40%, согласно имеющимся данным) гораздо выше, чем среди общего населения (7%).
• Депрессия существенно снижает дееспособность пациента и ослабляет действенность лечения.

Кого обследовать?

Рекомендовано обследование всех пациентов с ВИЧ-инфекцией ввиду высокой распространённости депрессии

Признаки особо высокого риска

• депрессия в семейном анамнезе;
• депрессивный эпизод в собственном анамнезе;
• пожилой возраст;
• подростковый возраст;
• наличие в анамнезе наркотической зависимости, психиатрических, неврологических или тяжелых соматических заболеваний;
• использование EFV и других нейротропных препаратов (в том числе наркотиков).
• употребление нейротропных средств и рекреационных наркотиков
• В рамках исследования нарушения Нейрокогнитивной функции

Как обследовать?

• Скрининг каждые 1-2 года
• Два основных вопроса:
1. Часто ли в последние месяцы вы испытывали чувства подавленности, грусти и безнадежности?
2. Потеряли ли вы интерес к видам деятельности, которые раньше вам нравились?
• Особые симптомы у мужчин:
– стресс, синдром выгорания, вспышки гнева, погружение в работу или алкоголь.
• Исключить органическую причину (гипотиреоз, гипогонадизм, болезнь Аддисона, не-АРВ препараты, недостаток витамина B12)

Как ставить диагноз?

Симптомы (оценивать регулярно):

A. Как минимум 2 недели подавленного настроения
ИЛИ
B. Потеря интереса
ИЛИ
C. Сниженное чувство удовольствия
И **4 из 7 следующих факторов:**
1. изменение массы тела на ≥ 5% за месяц или длительное изменение аппетита;
2. бессонница или частая сонливость;
3. изменения скорости мышления и движения;
4. усталость;
5. чувство вины и собственной бесполезности;
6. снижение концентрации внимания и способности принимать решения;
7. суицидальные настроения или попытка суицида[3]

[3]EFV связан с более высоким риском возникновения склонности к самоубийству

Приложение 5.4

Оценка готовности ВИЧ-позитивных пациентов начать и продолжать АРТ

Цель: помочь пациентам начать и/или продолжать АРТ	
Для того, чтобы АРТ была успешной, необходима готовность пациента ее начать и его приверженность выбранной схеме лечения в течение продолжительного периода времени. От осознания проблемы до применения АРТ пациент проходит путь, состоящий из 5 стадий. Понимание стадии готовности пациента, врач, используя специальные методы, помогает ему начать и продолжать АРТ.	Определите стадию готовности пациента, используя технику WEMS[1], и проведите с ним беседу, стимулируя его к разговору и задавая вопросы, допускающие несколько ответов. «Я бы хотел поговорить с вами о лечении ВИЧ» «что вы об этом думаете?» На основании ответов пациента, определите стадию его готовности и дальше действуйте соответственно[2]
Стадии готовности начать АРТ	
Неосознанность: «Мне это не нужно, я хорошо себя чувствую». «Я не хочу об этом думать».	**Поддержка**: покажите, что вы уважаете позицию пациента / постарайтесь понять убеждения пациента в отношении здоровья и лечения / установите доверие / предоставьте пациенту краткую информацию, в соответствии с его индивидуальными потребностями / назначьте дату следующего посещения.
Неосознанность: «Мне это не нужно, я хорошо себя чувствую». «Я не хочу об этом думать».	**Поддержка**: покажите, что вы уважаете позицию пациента / постарайтесь понять убеждения пациента в отношении здоровья и лечения / установите доверие / предоставьте пациенту краткую информацию, в соответствии с его индивидуальными потребностями / назначьте дату следующего посещения.
Подготовка: «Я хочу начать; я думаю, что лекарства позволят мне жить нормальной жизнью». **Начать АРТ**	**Поддержка:** поддержите решение пациента / вместе с пациентом выберите наиболее подходящую схему лечения / расскажите ему о приверженности к лечению, о резистентности, о побочных эффектах и т.д. / обсудите включение лечения в обычный распорядок дня / оцените веру пациента в собственные силы / Оцените самоэффективность. **Задайте вопрос:** Уверены ли вы, что, начав лечение, сможете и в дальнейшем принимать лекарства так, как мы с вами договорились (указать, как именно)? Используйте шкалу VAS 0-10[3] **Обдумайте наработку навыков:** • Обучение приему препаратов, возможно с применением MEMS; • Лечение под непосредственным наблюдением, с обучением и поддержкой; • Использование подручных средств (коробочки для таблеток, напоминания на мобильном телефоне и т.д.); • Привлечение, по мере надобности, вспомогательных средств и помощи других людей.
Стадия лечение **Поступок: «Я сейчас начну»**	**Последняя проверка: После того как план лечения разработан, способен ли пациент**

	начать АРТ?
Лечение: «Я буду продолжать» или «У меня есть затруднения, которые продолжаются в течение длительного времени» Предостережение: Пациент может вернуться на одну из предыдущих стадий, даже со стадии «лечение» на стадию «неосознанность»	**Оцените:** Приверженность - каждые 3-6 месяцев[4] **Оцените приверженность:** Пациентам с хорошей приверженностью: покажите, что вы цените их успехи. **Оцените:** Мнение самого пациента о том, может ли он продолжать лечение и соблюдать схему лечения. Задайте вопрос: Вы уверены, что в следующие 3-6 месяцев вы будете принимать эти лекарства? Используйте шкалу VAS 0-10[3] . Для пациентов с удовлетворительной приверженностью: используйте метод "отражения"[5] при обсуждении проблем; для выявления опасений в отношении неспособности пациента соблюдать схему лечения задавайте вопросы, допускающие несколько ответов **Оцените:** Стадию готовности и соответствующим образом поддержите пациента **Оцените:** Препятствия и облегчающие факторы[6] Назначьте дату следующего посещения и еще раз поддержите пациента

[1] WEMS: Ожидание (> 3 сек.), отклик, отражение, резюме

[2]Пациенты, приходящие к врачу, могут находиться на разных стадиях готовности: неосознанность, осознание или подготовка. Прежде всего, нужно определить ту стадию, на которой находится пациент, а затем – поддержать его и далее действовать соответственно. В случае позднего обращения за медицинской помощью (CD4 < 350 кл/мкл), следует начать АРТ незамедлительно. Пациент нуждается в пристальном наблюдении и оптимальной поддержке. Назначьте дату следующего посещения в ближайшее время, т.е. через 1-2 недели.

[3] VAS – это визуальная аналоговая шкала с диапазоном от 0 до 10 (0 = я не справлюсь, 10 = я уверен, что справлюсь).

[4]Рекомендуемые вопросы по приверженности: «Как часто в последние 4 недели вы пропускали прием препаратов для лечения ВИЧ: каждый день, более 1 раза в неделю, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц, никогда?» / «Случалось ли вам пропускать два или более приемов подряд?».

[5]Отражение: ответное повторение того, что пациент сказал или выразил невербальным образом (например, гнев или разочарование) БЕЗ введения новых элементов путем новых вопросов или сообщений.

[6]Приверженность долгосрочному лечению

Приложение 5.5.

БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ
на проведение АРТ

Ф.И.О. пациента _____

Я осведомлен (а) о том, что АРВ-препараты: _____ предназначенные для лечения ВИЧ-инфекции, основаны на рекомендациях клинического протокола по лечению ВИЧ-инфекции, утвержденного приказом МЗ КР.

Я осведомлен (а) о том, что АРТ назначена с целью клинического, иммунологического, вирусологического и эпидемиологического эффектов.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею и др.

Я осведомлен (а) о том, что для достижения оптимальных результатов лечения необходимо строгое соблюдение режима АРТ, поскольку при недостаточном уровне приверженности к лечению возникает опасность развития лекарственной устойчивости ВИЧ, отсутствия эффекта от лечения, прогрессирования заболевания и возрастает риск передачи заболевания другим лицам.

Подпись _____ **Дата** _____

Приложение 5.6.

Оценка состояния питания
(пищевого статуса, антропометрических данных и состава тела)

***Основные принципы нутриционной поддержки ВИЧ-положительных больных*:**

1. Оценка нутриционного статуса должна осуществляться у всех ВИЧ-положительных пациентов в бессимптомной стадии.
2. У больных СПИДом с необъяснимой потерей массы тела необходимо подсчитать энергетическую ценность и химический состав рациона, чтобы оказать соответствующую нутриционную поддержку.
3. Основные причины белково-энергетической недостаточности должны быть диагностированы и, по возможности, устранены.
4. Лечебное питание должно входить в общий план лечения. Диетические рекомендации и пищевые добавки могут изменяться в зависимости от стадии заболевания: оральная диета, зондовое питание, парентеральное питание.
5. Риск развития инфекционных осложнений при проведении энтерального и парентерального питания должен быть минимальным.

Методики оценки нутриционного статуса

- Пищевой анамнез и анализ диеты
- Физикальный осмотр

Эксперты ВОЗ описывают следующие клинические признаки белково-энергетической недостаточности:

- выступание костей скелета;
- потеря эластичности кожи;
- тонкие, редкие, легко выдергиваемые волосы;
- депигментация кожи и волос;
- отеки;
- мышечная слабость;
- снижение умственной и физической работоспособности.

Особое значение в физикальном осмотре занимают антропометрические измерения. Антропометрические измерения являются простым и доступным методом, позволяющим с помощью расчетных формул оценить состав тела больного и динамику его изменения. Правильным является сравнение выявленных показателей с данными этого же больного в его благоприятный период.

Масса тела сравнивается обычно с идеальной (рекомендуемой) массой тела. За рекомендуемую массу может быть принята масса тела, рассчитанная по одной из многочисленных формул и нормограмм либо масса тела, наиболее "комфортная" в прошлом для данного больного.

На достоверность оценки массы тела может влиять отечный синдром. При отсутствии отеков масса тела, рассчитанная как процент от идеальной, служит полезным индикатором жировой ткани плюс тощей массы тела.

Идеальная масса тела может быть вычислена по стандартной таблице рост/масса тела.

Снижение отношения измеренная масса тела/идеальная масса тела до 80 % или менее того обычно сигнализирует о недостаточном белково-энергетическом питании.

Биохимические методы

В настоящее время разработан ряд лабораторных методов, позволяющих оценить содержание в организме практически любого нутриента.

Если антропометрические измерения позволяют судить в первую очередь о периферических запасах белков, то биохимические показатели отражают состояние висцерального пула.

- Общий белок
- Альбумин
- Трансферрин
- Транспортные белки
- Баланс азота
- Экскреция креатинина
- Креатинино/ростовой индекс

Комплексные методы оценки нутриционного статуса

По рекомендациям Европейского общества парентерального и энтерального питания (ESPEN) диагноз состояния недостаточного питания можно поставить на основании следующих показателей:

- Снижение массы тела более чем на 10%.
- Снижение общего белка крови ниже 65 г/л.
- Снижение альбумина крови ниже 35 г/л.
- Снижение абсолютного числа лимфоцитов менее 1800 в мкл.

Субъективная глобальная оценка по A. S. Detskyи соавт. (1987) включает клиническую оценку 5 параметров:

- Потерю массы тела за последние 6 мес.
- Изменения в питании (оценка диеты).
- Гастроинтестинальные симптомы (анорексия, тошнота, рвота, диарея), длящиеся более 2 недель.
- Функциональные возможности (постельный режим или нормальная физическая активность).
- Активность заболевания (степень метаболического стресса).

Параллельно с перечисленными исследованиями проводится субъективное и физикальное обследование: потеря подкожно-жировой клетчатки, мышечное истощение, наличие отеков.

По вышеперечисленным показателям больные делятся на три категории:

- С нормальным состоянием питания.
- С умеренным истощением.
- С тяжелым истощением.

Оценка состояния питания производится по показателям, совокупность которых характеризует питательный статус больного и его потребность в нутриентах:

- Антропометрические данные: рост; масса тела; индекс массы тела (ИМТ); окружность плеча; измерение кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ).
- Биохимические показатели: общий белок; альбумин; трансферрин.
- Иммунологические показатели: общее количество лимфоцитов.

Пищевой анамнез и анализ диеты

У людей, живущих с ВИЧ, часто возникают вопросы относительно того, какие продукты употреблять, особенно если принять во внимание тот факт, что симптомы заболевания и принимаемые препараты АРТ зачастую влияют на аппетит и возможность употреблять ту или иную пищу. Универсального и однозначного ответа на эти вопросы не существует, но есть общие рекомендации (таблица 1).

Рекомендации по рациону питания для людей, живущих с ВИЧ **Таблица 1**

Пищевая группа	**Предлагаемая норма в день**	**Продукты, составляющие одну порцию**
Жидкости	Не менее 8-10 стаканов – 1 стакан на каждые 7 кг веса тела	1 стакан нежирного молока, молочный коктейль, нектар, фруктовый сок, овощной сок, электролитный напиток, вода, бульон, травяной чай, напиток из блендера. Примечание. Питательные жидкости помогут решить проблему калорий и белков. Вода и чай могут быть не самым лучшим выбором в решении проблемы веса. Избегайте принятия алкоголя. Начинайте и заканчивайте день со стакана воды.
Хлебопродукты, крупы и макаронные изделия	Не менее 8 порций	Выбирайте цельнозерновые продукты: 1 кусок хлеба; половина булочки для гамбургера, рогалик, печенье, булочка, кусок зернового хлеба; полчашки приготовленных хлопьев, риса, макарон; 1 небольшая картофелина или половина 1 большой картофелины; три четверти чашки готового завтрака из злаков; 6 простых крекеров; 3 пшеничных крекера.
Мясо, птица, рыба, соя, яйца, сухие бобы и горох, орехи, семечки	Не менее 3-х порций	Выбирайте постное мясо и ограничивайте потребление жареной пищи: 85 г приготовленного мяса, рыбы, птицы; 2 яйца; 4 ст. ложки арахисового масла; 1 чашка приготовленных бобов; полчашки орехов. Примечание. Половина грудки цыпленка - это около 85 г или 1 порция, 85 г мяса – это кусок размером и толщиной с колоду карт.
Молоко, сыр, йогурт, Не молочные источники кальция	Не менее 3-х порций; 4 порции для беременных женщин, кормящих матерей и подростков; 5 порций для беременных и подростков и для кормящих матерей и подростков	Выбирайте нежирные или обезжиренные продукты: 1 чашка молока, обогащенное соевое молоко или молоко с пониженным содержанием лактозы; 1 чашка йогурта; 50 г сыра; полчашки творога. Примечание. Другие богатые кальцием продукты – 100 г сардин или лосося с костями, 2 чашки листового салата.
Фрукты	Не менее 3-х порций	Целый фрукт, такой как яблоко среднего размера, банан или апельсин; половина грейпфрута; долька дыни; три четверти чашки сока; полчашки ягод; полчашки консервированных фруктов; четверть

Пищевая группа	Предлагаемая норма в день	Продукты, составляющие одну порцию
		чашки сухофруктов. Примечание. Выбирайте фрукты, богатые витамином А и С, каждый день. Тщательно мойте все фрукты перед едой.
Овощи	Не менее 3-х порций	Полчашки приготовленных овощей; 1 чашка нарезанных сырых овощей; 1 чашка листовых сырых овощей, таких как шпинат или салат; три четверти чашки овощного сока. Примечание. Выбирайте овощи, богатые витамином А и С, каждый день. Тщательно мойте все сырые овощи перед едой.
Жиры, сладости и масла	Продукты этой группы можно употреблять умеренно, если нет проблем с массой тела. Если существует проблема веса, то небольшое количество жиров, сладостей и масел может быть включено в диету в дополнение к рекомендованному количеству продуктов из других групп.	Примерами жиров и масел могут быть: сливочное масло, сало, майонез, крем, соусы, масло авокадо, оливковое масло и оливки. Сладости: сахар, мед, джем, желе, сироп, конфеты, желатин, большинство десертов.

Пирамида здорового питания

Приложение 5.7

Степени тяжести клинических и лабораторных проявлений токсичности

Легкая степень 1	**Умеренная степень 2**	**Тяжелая степень 3**	**Угрожающая жизни степень 4**
Клиническое нежелательное явление, НЕ приведенное в таблице			
Симптомы, вызывающие минимальные изменения социаль-ной и повседневной активности или не оказывающие на нее никакого влияния	Симптомы, вызыва-ющие более значи-тельные изменения социальной и повсе-дневной активности	Симптомы, препятст-вующие социальной и повседневной актив-ности	Симптомы, приводя-щие к неспособности ухаживать за собой, ЛИБО терапевтичес-кое или оперативное вмешательсто, показа-нное для предотвра-щения постоянных нарушений, стойкой нетрудоспособности или смерти
Гемоглобин			
8,0– 9,4 г/дл ИЛИ 80 – 94 г/л ИЛИ 4,93– 5,83 ммоль/л	7,0 –7,9 г/дл ИЛИ 70 – 79 г/л ИЛИ 4,31 – 4,92 ммоль/л	6,5– 6,9 г/дл ИЛИ 65– 69 г/л ИЛИ 4,03– 4,30 ммоль/л	< 6,5 г/дл ИЛИ < 65 г/л ИЛИ < 4,03 ммоль/л
Абсолютное число нейтрофилов			
1000–1500/мкл ИЛИ 1,0–1,5 х 10^9/л	750–999/мкл ИЛИ 0,75–0,99 х 10^9/л	500–749/мкл ИЛИ 0,5–0,749 х 10^9/л	< 500/мкл ИЛИ < 0,5 х 10^9/л
Тромбоциты			
75 000–99 000/мкл ИЛИ 75–99 х 10^9/л	50 000–74 999/мкл ИЛИ 50–74,9 х 10^9/л	20 000–49 999/мкл ИЛИ 20–49,9 х 10^9/л	< 20 000/мкл ИЛИ < 20 х 10^9/л
Биохимические показатели			
Легкая степень 1	**Умеренная степень 2**	**Тяжелая степень 3**	**Угрожающая жизни степень 4**
Гипербилирубинемия			
> 1,0–1,5хВГН	> 1,5–2,5хВГН	> 2,5–5хВГН	> 5хВГН
Глюкоза (натощак)			
110–125 мг/дл	126–250 мг/дл	251–500 мг/дл	> 500 мг/дл
Гипогликемия			
55–64 мг/дл ИЛИ 3,01–3,55 ммоль/л	40–54 мг/дл ИЛИ 2,19–3,00 ммоль/л	30–39 мг/дл ИЛИ 1,67–2,18 ммоль/л	< 30 мг/дл ИЛИ < 1,67 ммоль/л

Гипергликемия (не натощак и в отсутствие сахарного диабета)			
116–160 мг/дл ИЛИ 6,44–8,90 ммоль/л	161–250 мг/дл ИЛИ 8,91–13,88 ммоль/л	251–500 мг/дл ИЛИ 13,89– 27,76 ммоль/л	> 500 мг/дл ИЛИ > 27,76 ммоль/л
Триглицериды			
—	400–750 мг/дл ИЛИ 4,52–8,47 ммоль/л	51–1200 мг/дл ИЛИ 8,48–13,55 ммоль/л	> 1200 мг/дл ИЛИ > 13,55 ммоль/л
Креатинин			
> 1,0–1,5 х ВГН	> 1,5–3,0 х ВГН	> 3,0–6,0 х ВГН	> 6,0 х ВГН
АсАТ			
1,25–2,5 х ВГН	> 2,5–5,0 х ВГН	> 5,0–10,0 х ВГН	> 10,0 х ВГН
АлАТ			
1,25–2,5 х ВГН	> 2,5–5,0 х ВГН	> 5,0–10,0 х ВГН	> 10,0 х ВГН
ГГТ			
1,25–2,5 х ВГН	> 2,5–5,0 х ВГН	> 5,0–10,0 х ВГН	> 10,0 х ВГН
Щелочная фосфатаза			
1,25—2,5 х ВГН	> 2,5—5,0 х ВГН	> 5,0—10,0 х ВГН	> 10,0 х ВГН
Билирубин			
1,1–1,5 х ВГН	1,6–2,5 х ВГН	2,6–5,0 х ВГН	> 5 х ВГН
Амилаза			
> 1,0–1,5 х ВГН	> 1,5–2,0 х ВГН	> 2,0–5,0 х ВГН	> 5,0 х ВГН
Панкреатическая амилаза			
> 1,0–1,5 х ВГН	> 1,5–2,0 х ВГН	> 2,0–5,0 х ВГН	> 5,0 х ВГН
Липаза			
> 1,0–1,5 х ВГН	> 1,5–2,0 х ВГН	> 2,0–5,0 х ВГН	> 5,0 х ВГН
Лактат			
< 2,0 х ВГН без ацидоза	> 2,0 х ВГН без ацидоза	Повышенный лактат с pH < 7,3 без угрожающих жизни последствий	Повышенный лактат с pH < 7,3 с угрожающими жизни последст-виями
ЖКТ			
Легкая степень 1	**Умеренная степень 2**	**Тяжелая степень 3**	**Угрожающая жизни степень 4**
Тошнота			
Легкая ИЛИ преходящая; удовлетвори-тельный прием пищи	Умеренный дискомфорт ИЛИ нарушенный прием пищи в течение < 3 дней	Сильный дискомфорт ИЛИ минимальный прием пищи в течение ≥ 3 дней	Требуется госпитализация

Рвота			
Легкая ИЛИ преходящая; 2–3 эпизода в день ИЛИ легкая рвота в течение < 1 недели	Среднетяжелая ИЛИ упорная; 4–5 эпизодов в день ИЛИ рвота в течение ≥ 1 недели	Тяжелая рвота после приема любой пищи/ жидкости в течение 24 часов ИЛИ ортостатическая гипотония ИЛИ требуется в/в введение лекарственных средств	Гиповолемическй шок ИЛИ потребность в госпитализации для в/в введения лекарственных средств
Понос			
Легкий ИЛИ преходящий; жидкий стул 3–4 раза в день ИЛИ легкий понос в течение < 1 недели	Среднетяжелый ИЛИ упорный; жидкий стул 5–7 раз в день ИЛИ понос в течение ≥ 1 недели	Кровавый понос ИЛИ ортостатическая гипо-тония ИЛИ жидкий стул >7 раз в день ИЛИ требуется в/в введение лекарственных средств	Гиповолемическй шок ИЛИ потребность в госпитализации
Дыхание			
Одышка при физической нагрузке	Одышка при нор-мальной активности	Одышка в покое	Одышка, требующая кислородотерапии
Анализ мочи			
Легкая степень 1	**Умеренная степень 2**	**Тяжелая степень 3**	**Угрожающая жизни степень 4**
Протеинурия			
Разовая проба			
1+	2+ или 3+	4+	Нефротический синдром
Суточная моча			
От 200 мг до 1 г потерь в день ИЛИ < 0,3% ИЛИ < 3 г/л	От 1 до 2 г потерь в день ИЛИ от 0,3% до 1,0% ИЛИ от 3 до 10 г/л	От 2 до 3,5 г потерь в день ИЛИ >1,0% ИЛИ > 10 г/л	Нефротический синдром ИЛИ > 3,5 г потерь в день
Гематурия			
Только микрогемат-урия	Макрогематурия без сгустков	Макрогематурия со сгустками	Обструкция
Разное			
Легкая степень 1	**Умеренная степень 2**	**Тяжелая степень 3**	**Угрожающая жизни степень 4**
Лихорадка (температура в полости рта, > 12 часов)			
37,7–38,5°C ИЛИ	38,6–39,5°C	39,6–40,5°C ИЛИ	40,5°C ИЛИ >105°F

100,0–101,5°F	ИЛИ 101,6–102,9°F	103–105 °F	в течение ≥ 12 часов подряд
Головная боль			
Легкая; не требующая медикаментозного лечения	Среднетяжелая ИЛИ требующая назначения ненаркотических анальгетиков	Сильная ИЛИ купируемая только наркотическими анальгетиками	Некупируемая
Аллергическая реакция			
Зуд без сыпи	Локализованная крапивница	Генерализованная крапивница, ангионевротический отек	Анафилаксия
Сыпь, реакция гиперчувствительности			
Эритема, зуд	Диффузная пятнисто-папулезная сыпь ИЛИ сухая десквамация	Везикулярная сыпь ИЛИ влажная десквамация ИЛИ изъязвление	ЛЮБОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩЕГО: поражение слизистых, подозрение на синдром Стивенса—Джонсона (токсический эпидермальный некролиз), полиморфная экссудативная эритема, эксфолиативный дерматит
Утомляемость			
Нормальная активность снижена на < 25% невозможность работать	Нормальная активность снижена на 25—50%	Нормальная активность снижена на > 50%;	Невозможность ухаживать за собой

Приложение 5.8

ДН за ЛЖВ

Оценка приверженности АРТ

Под строгим соблюдением (высоким уровнем приверженности) подразумевается ежедневный прием всех препаратов в указанное время, в дозах, назначенных врачом, на протяжении всего времени лечения, соблюдая предписания по приему жидкости и пищи. Несоблюдение режима лечения (низкий, или недостаточный уровень приверженности) имеет отрицательные последствия для пациентов. Несоблюдение режима лечения повышает риск прогрессирования болезни.

Текущий контроль соблюдения режима АРТ (проводится медицинскими и социальными работниками**)**

Оценить соблюдения режима терапии можно по формуле:
(Nв-No) /Nд x100%
Nв – количество выданных таблеток;
No – количество оставшихся таблеток;
Nд – количество таблеток, которые пациент должен принять.

В идеале этот показатель должен быть равен 100%. Если пациент принял более 95% необходимого числа таблеток, считается, что он соблюдает режим терапии хорошо.

Способы поддержки приверженности*:*

- постоянное разъяснение необходимости АРТ и соблюдения режима лечения;
- своевременное преодоление заблуждений пациента;
- регулярная оценка соблюдения режима АРТ;
- помощь «равных» консультантов, близких;
- оценка психического здоровья;
- оценка поведенческих навыков, необходимых для соблюдения режима лечения;
- инновационные методы повышения приверженности (таблетницы, «помощники», sms-уведомления и др.)
- обращение за помощью в специализированные социальные службы и другие учреждения.
- привязка режима лечения к образу жизни пациента (режиму питания, сна, работы);
- демонстрация пациенту таблеток перед выбором схемы лечения;
- информирование по вопросам, связанным с побочными эффектами;
- оказание поддержки и лечение побочных эффектов;
- информирование об исключении перерывов в лечении и неправильного применения препаратов;
- регулярное общение с пациентом

Журнал мониторинга АРТ

№	Ф.и.о.	Домашний адрес	Схема АРТ	Январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь

Приложение 5.9

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ВИЧ-инфекция – что это означает?

ВИЧ-инфекция – это заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Основная особенность ВИЧ-инфекции – преимущественное поражение иммунной системы, из-за чего организм человека с течением времени становится беззащитным даже перед сравнительно безобидными микроорганизмами, а также злокачественными опухолями. Последнюю стадию ВИЧ-инфекции называют СПИДом – синдромом приобретенного иммунодефицита.

Лечение ВИЧ-инфекции

Зачем нужна антиретровирусная терапия (АРТ)?
Ответ прост: АРТ повышает продолжительность жизни ВИЧ-позитивных людей, улучшает качество жизни – принимая АРТ, можно работать, иметь семью и жить полноценной жизнью.
Когда нужно начинать терапию?
Оптимальное время, когда необходимо начать АРТ, определяет врач. Для этого осуществляется наблюдение за состоянием здоровья, проводятся общие обследования крови, мочи и при необходимости - специальные обследования (определение вирусной нагрузки и иммунного статуса). Особенности поведения или употребление наркотиков формально не являются противопоказанием к началу лечения.
Начиная лечение, ВИЧ-позитивный человек принимает на себя ряд обязанностей:

- проходить медицинское обследование по установленному графику;
- принимать лекарственные препараты строго в соответствии с предписаниями врача;
- незамедлительно сообщать врачу обо всех нарушениях в приеме препаратов;
- незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья, поскольку они могут быть связаны с приемом препаратов;
- не принимать никакие другие препараты, не посоветовавшись со своим врачом.

От чего зависит эффективность терапии? Что такое приверженность?

Эффективность терапии зависит, в первую очередь, от того, насколько Вы точно соблюдаете предписания врача. Приверженность лечению – это соблюдение режима приема назначенных препаратов именно так, как они были назначены – то есть вовремя и с соблюдением необходимых условий (по приему пищи и других).

Высокая приверженность терапии обычно наблюдается в том случае, если Вы сами положительно настроены на лечение, ожидаете хорошего результата терапии, доверяете Вашему врачу, ощущаете эмоциональную и практическую поддержку от близких людей.

Что такое побочный эффект препаратов?

С самого начала лечения нужно принимать одновременно не менее трех препаратов, чтобы лечение было эффективным и не появились формы вируса, устойчивые к антиретровирусным препаратам. Одновременно три препарата принимают для снижения количества вируса в крови и повышения количества клеток CD4.

Лекарства против ВИЧ достаточно эффективны, но в то же время оказывают на организм и его органы дополнительное влияние – не всегда отрицательное, но отличающееся от цели лечения. Это влияние и есть побочный эффект. Словосочетание «побочный эффект» иногда

можно заменить на «побочное явление», «нежелательное явление» или «токсичность препарата».

Побочные эффекты появляются потому, что препараты, действуя на причину развития болезни, могут вместе с тем вмешиваться в нормальные процессы, происходящие в организме человека. Каждый, кто начинает лечение ВИЧ-инфекции, переживает, что у него могут возникнуть побочные эффекты. В связи с этим будет полезно знать, какую комбинацию препаратов вам собирается назначить врач.

При приеме антиретровирусных препаратов иногда могут возникнуть побочные эффекты. Первым делом при этом нужно связаться с врачом или любым другим медицинским работником и получить консультацию. Многие побочные эффекты проходят сами собой через некоторое время, многие можно преодолеть, используя несложные приемы.

Взаимодействие препаратов

АРВ-препараты могут взаимодействовать с некоторыми другими лекарствами.

- Когда вы впервые соглашаетесь принимать АРТ, вы должны сказать своему врачу, какие другие лекарства принимаете.
- Если после начала АРВ-терапии вам необходимо принимать какие-либо другие препараты, убедитесь, что врач, который их вам назначает, знает о том, что вы принимаете АРТ, а также в случае необходимости свяжитесь со своим лечащим врачом.
- Лекарства на травах, гомеопатические препараты и традиционные лекарства также могут влиять на действие АРТ. Поэтому, если вы принимаете что-либо из вышеперечисленного, пожалуйста, сообщите об этом своему врачу. Не начинайте принимать какие-либо из указанных выше препаратов, когда вы уже получаете АРТ, без совета с вашим врачом.

Минимальный перечень данных,
рекомендованных для сбора в организациях здравоохранения КР

Каждая ОЗ должна на регулярной основе (1 раз в месяц, квартал или полугодие) собирать следующие данные:

- число ВИЧ-позитивных лиц, наблюдающихся в ОЗ (обратившихся хотя бы 1 раз за прошедшие 12 месяцев);
- число ЛЖВ, получающих АРТ;
- число ЛЖВ с продвинутой (3-4) стадией ВИЧ-инфекции, получающих АРТ;
- число ЛЖВ, получающих АРТ спустя 12 месяцев и более (24, 48, 60,72 и т.д.) после ее начала;
- число ВИЧ-позитивных лиц, получающих схемы АРТ первой линии;
- число пациентов, получающих схемы АРТ второй линии;
- число пациентов, получающих схемы АРТ третьей линии;
- число пациентов, прервавших АРТ, с указанием причины (например, смерть, токсичность/побочные эффекты, потерянные для дальнейшего наблюдения, недоступность АРВ-препаратов и т. д.)
- число умерших пациентов из числа получавших АРТ, с указанием причины смерти (смерть, обусловленная ВИЧ/СПИДом; смерть, не связанная с ВИЧ/СПИДом, например, несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство)
- число умерших из числа всех ВИЧ-позитивных лиц, с указанием причины (смерть, обусловленная ВИЧ/СПИДом; смерть, не связанная с ВИЧ/СПИДом, например, несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство)
- число пациентов, которым показано и получающих котримоксазол в соответствии с клиническим протоколом
- число вновь выявленных пациентов, прошедших скрининг на ТБ
- число пациентов, которым показано и получающих изониазид в соответствии с клиническим протоколом
- число пациентов на АРТ с оценкой приверженности при последнем визите (подсчет уровня приверженности в %)
- среднее время между назначением АРТ и ее началом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г.

Туберкулез и ВИЧ -инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией

Шифр: B20 – B20.0

Введение

КП отражает развитие эпидемии туберкулеза (ТБ) и ВИЧ, инфраструктуру организаций здравоохранения, а также перечень медицинских услуг при ТБ/ВИЧ, которые должны предоставлятся в организациях здравоохранения. КП адресован всем медицинским работникам, вовлеченным в профилактику, постановку диагноза, лечение и уход за ЛЖВ с ТБ. Данный КП способствует прочному и эффективному сотрудничеству национальных программ по ТБ и ВИЧ на страновом и региональном уровнях в целях укрепления и улучшения услуг для лиц с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ.

Уровень заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза остается на высоком уровне в Кыргызстане, включая случаи заболевания МЛУ-ТБ. Растущий уровень заболеваемости и смертности наблюдается в результате сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции, включая МЛУ-ТБ, что показывает неотложную необходимость реализации ответной меры на проблемы здравоохранения и социальные вопросы.

Система обеспечения мер реагирования в здравоохранении на вызовы ТБ/ВИЧ

Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики определило программу борьбы с ВИЧ как исполнителя ответных мер в сфере здравоохранения на вызовы ВИЧ - инфекции, а программу борьбы с туберкулезом как исполнителя ответных мер на эпидемию ТБ. Обе программы имеют мандат для осуществления соответствующих мероприятий в системе предоставления медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи. Принимая данную стратегию, Кыргызстан подготовил условия для децентрализованной, комплексной системы предоставления медицинских услуг, которая располагает потенциалом для очень высокого охвата людей с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, которые на данный момент имеют очень ограниченный доступ к комплексному уходу.

1. Диагностика ТБ и ВИЧ среди взрослых и подростков

Всем пациентам с ТБ надо предлагать тестирование и консультирование на ВИЧ. Все ЛЖВ должны обследоваться на наличие ТБ и/или МЛУ-ТБ с учетом характерных проявлений и факторов риска подверженности ТБ.

1.1. Диагностика ВИЧ среди пациентов с туберкулезом или лиц с подозрением на ТБ

Рутинное тестирование на ВИЧ необходимо предлагать всем людям с предположительным или установленным ТБ. Национальная программа по ТБ должна обеспечить активное выявление ВИЧ, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ или лиц с подозрением на ТБ в тесном сотрудничестве с национальной программой по борьбе с ВИЧ.

Поставщики медицинских услуг во всех организациях здравоохранения, при работе с пациентами с установленным диагнозом ТБ или лицами с подозрением на ТБ, отвечают

за диагностику и консультирование при ВИЧ. Тестирование на ВИЧ предполагает письменное информированное согласие пациента, у которого есть право отказаться, а также надлежащее пред - и послетестовое консультирование, сохранение конфиденциальности и эффективный доступ к услугам по лечению и уходу (см. КП «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции»).

Если подтверждающий тест на ВИЧ положительный, и у пациента наблюдается активная форма туберкулеза, то консультация, дальнейшее диагностическое обследование и лечение лица с ВИЧ и ТБ предоставляются в любой ОЗ, которая обеспечивает наблюдение и уход данному пациенту (противотуберкулезная больница, ЦСМ или ЦОВП и др.) в тесной согласованности со специалистами центров СПИД.

Если подтверждающий тест на ВИЧ положительный, и у пациента **НЕ** подтвердилась активная форма туберкулеза, консультирование ЛЖВ по ПТИ (профилактическая терапия изониазидом) предоставляется при каждом посещении им ОЗ, которая обеспечивает лечение и уход при ВИЧ-инфекции.

Предложение провести тест на ВИЧ и результаты теста (если проведен) записываются в регистрационный журнал по ТБ, а результаты лечения ТБ и другие данные обобщаются в ежеквартальных отчетах по учету и регистрации случаев заболевания туберкулезом и в ежеквартальных отчетах о результатах лечения ТБ (Форма 05У - 09У).

1.2. Диагностика заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ

Взрослым и подросткам, живущим с ВИЧ, следует проводить клинический скрининг на наличие симптомов ТБ при каждом посещении ОЗ.

Обследование на активный туберкулез проводится при наличии следующих четырех симптомов:

- кашель в настоящее время;
- повышенная температура тела;
- потеря веса;
- ночная потливость.

Наличие даже одного или нескольких из этих симптомов говорят о том, что у человека есть предположительный туберкулез в соответствии с Памяткой (см. Приложение 6.1). Клинический скрининг проводится при первом обращении в связи с ВИЧ и при каждом последующем визите (Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ, 2012).

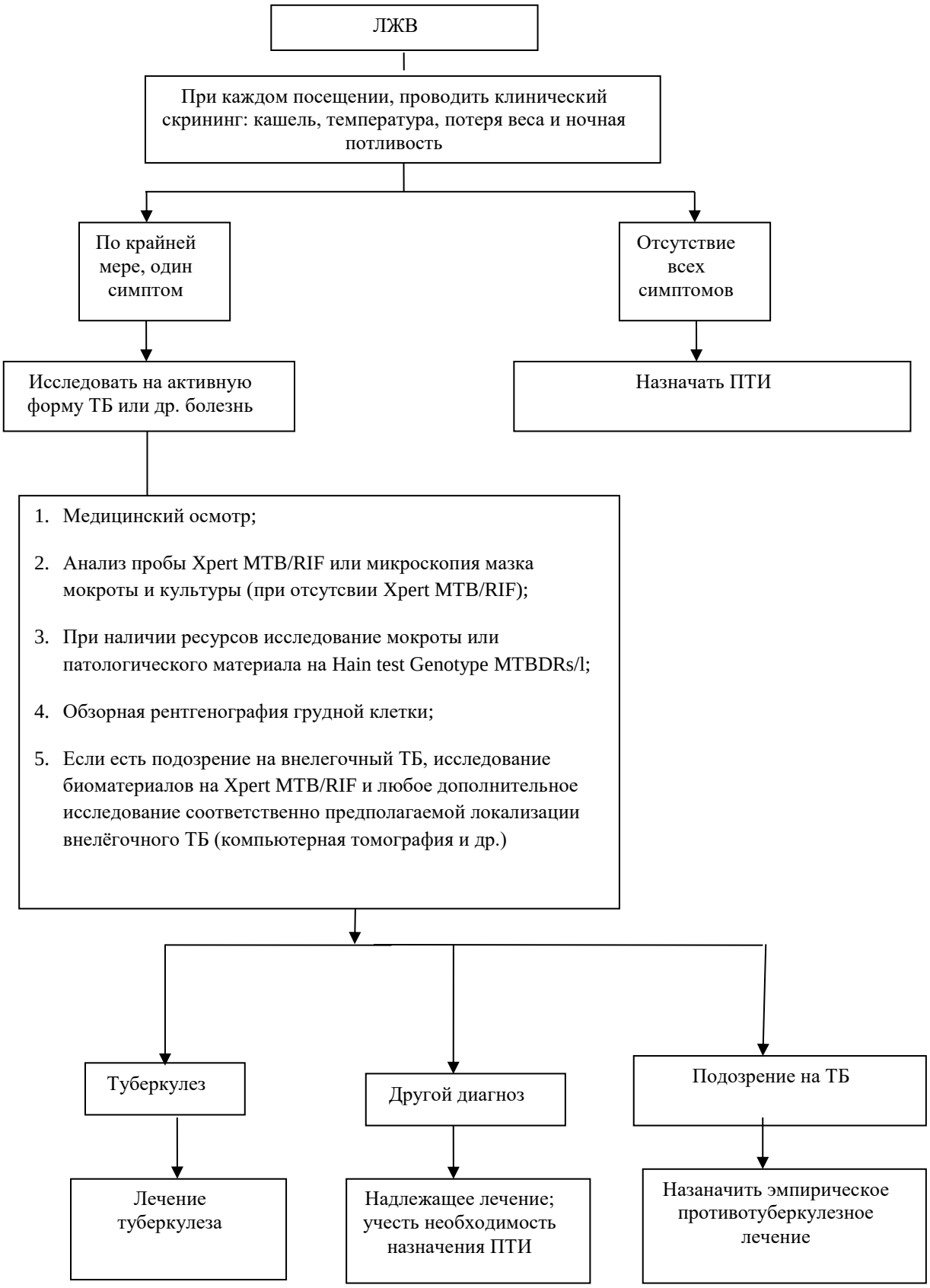
Все ЛЖВ, при подозрении на туберкулез, должны обследоваться в соответствии с диагностическим алгоритмом, с целью подтверждения или исключения туберкулеза.

Рекомендованные этапы диагностики ТБ включают (рис. 1):

• медицинский осмотр: очень важно оценить состояние больного, чтобы определить дальнейший алгоритм оказания помощи (амбулаторное лечение, госпитализация, интенсивное оказание помощи - интенсивность дыхания >30/мин, температура >39°С, частота сердечных сокращений >120/мин, способность идти самостоятельно без посторонней помощи);
• тестирование одного образца мокроты или другого биологического образца на Xpert MTB/RIF; при положительном результате MTB/RIF устойчивом ТБ – провести тест Hain test Genotype MTBDRs/l;
• взятие 2 образцов для бактериоскопии мокроты;

• другие бактериологические исследования (исследование мокроты методом посева для выделения культуры) двух проб мокроты, взятых даже в один и тот же день, проводится, если нет возможности использовать тест-систему Xpert MTB/RIF;
• рентгенография органов грудной клетки;
• у людей с признаками внелегочного ТБ должны быть проведены микробиологические исследования (Xpert MTB/RIF или выделение культуры возбудителя) материалов, полученных с помощью аспирации или биопсии тканей. У пациентов с признаками диссеминированной инфекции или прогрессирующего иммунодефицита полезным может быть посев крови на микобактерии, и, если предполагается внелегочный ТБ, рекомендованы любые дополнительные исследования, включая компьютерную томографию и другие методы (при доступности).

Рисунок 1. Алгоритм оценки ТБ среди ЛЖВ



Службы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ разделяют ответственность за проведение диагностики ТБ для ЛЖВ, а результаты заносятся в национальную статистическую отчетность. Если диагноз ТБ остается неподтвержденным, полезным для исключения неспецифической бактериальной инфекции может быть полный курс лечения антибиотиками широкого спектра действия.

В ряде случаев может потребоваться повторное проведение диагностических тестов и дополнительное клиническое обследование. В такой ситуации не следует использовать эмпирическое антибактериальное лечение противотуберкулезными препаратами первого ряда, фторхинолонами и аминогликозидами.

По завершению диагностики ТБ, при выявлении заболевания, туберкулез лечат соответственно лекарственной чувствительности возбудителя. При исключении ТБ, выставляется диагноз «ТБ исключен/без симптомов ТБ» и пациент направляется обратно в ОЗ.

ЛЖВ, у которых нет ни одного из симптомов, используемых для клинического скрининга активного ТБ (кашель, повышение температуры, потеря массы тела, потливость в ночное время) врач должен назначить ПТИ.

1.3. Диагностика ТБ с устойчивой лекарственной формой среди ЛЖВ

Своевременная диагностика ЛУ-ТБ у ЛЖВ имеет решающее значение для снижения смертности, но при традиционных методах определения устойчивости возбудителя к лекарствам для получения результатов необходимо несколько недель или месяцев, что не позволяет приступить к незамедлительным действиям. Поэтому крайне желательно использовать диагностические экспресс-тесты, в частности, методы молекулярно-генетического тестирования, особенно среди ЛЖВ.

C сильная	В качестве первоначального диагностического теста у взрослых и детей с подозрением на ВИЧ-ассоциированный ТБ или ТБ с МЛУ, следует использовать метод Xpert MTB/RIF вместо стандартной микроскопии, культурального исследования и теста на лекарственную чувствительность.
C сильная	Методу Xpert MTB/RIF следует отдать предпочтение перед стандартной микроскопией или культуральным исследованием как первоначальному диагностическому тесту для образцов спинномозговой жидкости у пациентов с подозрением на туберкулёзный менингит.
D условная	Метод Xpert MTB/RIF можно использовать вместо обычных методов (включая стандартную микроскопию, культуральное или гистологическое исследование) при тестировании отдельных образцов (лимфатических узлов и других тканей) у пациентов с внелёгочным ТБ.

При обследовании ЛЖВ с подозрением на ТБ необходимо следовать диагностическим алгоритмам с использованием в качестве первой диагностической процедуры тестирование мокроты или другого биологического материала на Xpert MTB/RIF (как в амбулаторных условиях, так и для тяжелых больных) (рис. 2 и 3). Если выявлена устойчивость к рифампицину с помощью Xpert MTB/RIF, то следует провести тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда. ТЛЧ необходимо проводить для всех вновь выявленных больных с ТБ, всех ранее леченных больных с ТБ и всех с подозрением на лекарственную чувствительность. При положительном результате Xpert MTB/RIF и устойчивости к рифампицину, следует, по возможности провести молекулярный Hain test Genotype

MTBDRs/l. Это позволит быстро определить пациентов с устойчивостью к препаратам второго ряда и своевременно начать адекватную терапию.

C сильная	Метод LF-LAM не следует использовать для диагностики ТБ, за исключением случаев, касающихся ВИЧ-положительных людей с низким количеством лимфоцитов CD4 или пациентов в тяжёлом состоянии
D условная	Метод LF-LAM можно использовать как вспомогательный метод для диагностики ТБ у госпитализированных ЛЖВ с признаками и симптомами ТБ (лёгочного или внелёгочного) при количестве лимфоцитов CD4 менее 100 клеток/мкл или пациентов в тяжёлом состоянии с низким или неизвестным числом клеток.
C сильная	Метод LF-LAM не следует использовать для скрининга активного туберкулёза.

У тяжёлых больных для диагностики туберкулёза, как дополнительный метод, можно использовать иммунохроматографический тест с липоарабиноманамом (LAM), основанный на обнаружении антигена МБТ - LAM в моче. LAM - антиген представляет собой липополисахарид, содержащийся в клеточных стенках микобактерий, который выделяется из метаболически активных или дегенерирующих бактериальных клеток и, по-видимому, присутствует только у людей с активной формой туберкулеза. У тяжёлых больных с ВИЧ не всегда можно получить мокроту или другой патологический материал для диагностики. Поэтому, использование теста создаёт дополнительные возможности для диагностики, так как мочу для исследования можно получить всегда.

Тест проводится в амбулаторных и стационарных условиях, используется для диагностики у взрослых и детей с ко-инфекцией.

1.4. Предоставление услуг ЛЖВ по диагностике ТБ

C сильная	Национальная программа по ВИЧ в тесном сотрудничестве с Национальной программой по ТБ должны обеспечить выявление активных форм ТБ у ЛЖВ

Деятельность ОЗ должна соответствовать потребностям пациентов, чтобы работники противотуберкулезной службы помогали осуществлять диагностику ТБ у ЛЖВ. Диагностические процедуры (включая методы экспресс-тестирования) должны быть максимально доступны для больных ТБ и/или ЛЖВ, при этом должное внимание следует уделять инфекционному контролю ТБ. Доступность диагностики ТБ и ЛТБИ в профильных службах для ЛЖВ включает раннюю диагностику ТБ у ЛЖВ, улучшенный доступ к лечению ТБ, предупреждение распространения ТБ во время транспортировки больных из одной ОЗ в другую и предупреждение контактов ЛЖВ с источниками туберкулезной инфекции.

Интеграция противотуберкулезной службы и службы ВИЧ для предоставления помощи пациентам в одной и той же ОЗ позволит осуществлять своевременную диагностику ТБ и МЛУ-ТБ у ЛЖВ, особенно если такие интегрированные службы будут использовать диагностические экспресс-тесты (например, Xpert MTB/RIF). Интеграция служб ТБ и ВИЧ также позволит начать АРТ как можно раньше и с охватом большего числа нуждающихся ЛЖВ.

Меры инфекционного контроля для профилактики передачи ТБ должны быть разработаны на местах во всех ОЗ, предоставляющих услуги ЛЖВ с предполагаемым ТБ. ЛЖВ, а также медицинские работники подвергаются высокому риску заражения ТБ (включая МЛУ-ТБ) при нахождении в ОЗ и местах массового скопления людей. Национальные программы борьбы с ТБ и национальные программы по борьбе с ВИЧ должны обеспечивать общее руководство над осуществлением противотуберкулезного инфекционного контроля. В каждой ОЗ должен быть план мероприятий по противодействию распространению ТБ-инфекции, который включает административные меры, мероприятия по контролю над состоянием окружающей среды, меры индивидуальной защиты, а также меры в отношении медицинских работников и лиц, обеспечивающих уход, в целях снижения риска передачи ТБ в пределах ОЗ. Периодическая оценка деятельности инфекционного контроля имеет большое значение для обеспечения того, чтобы соответствующие меры осуществлялись на должном уровне.

C сильная	Административные меры ИК включают в себя: быструю сортировку больных для выявления больных с ТБ, отделение больных с установленным ТБ, соблюдение этикета кашля, минимализация сроков пребывания в медицинских учреждениях.
C сильная	Информировать и побуждать медицинских работников* пройти диагностическое обследование на ТБ и тестирование на ВИЧ. Предоставить ВИЧ-положительным работникам комплексное лечение (ВИЧ и ПТИ). Перевести ВИЧ-положительных работников здравоохранения на работу с меньшим риском.
C сильная	Медицинских работников, осуществляющих уход за ТБ больными, необходимо обеспечивать защитным оборудованием (маски респираторы, соответствующие стандартам N95, установленным стандартом FFP2, сертифицированным CE, либо превосходящие эти стандарты).
C сильная	Для снижения риска трансмиссии в ОЗ, использование естественной или механической вентиляции
D условная	Использование гермецидного облучения верхней части помещений.

**См. КП «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции»*

ОЗ, оказывающие медицинскую помощь ЛЖВ, должны иметь возможность предоставления услуг для ЛЖВ с предположительным туберкулезом, т.е. консультацию фтизиатра на местах или действовать в соответствиии с алгоритмом (см. рисунки 2 и 3).

Рисунок 2. Алгоритм ведения ЛЖВ с предположительным диагнозом ТБ.

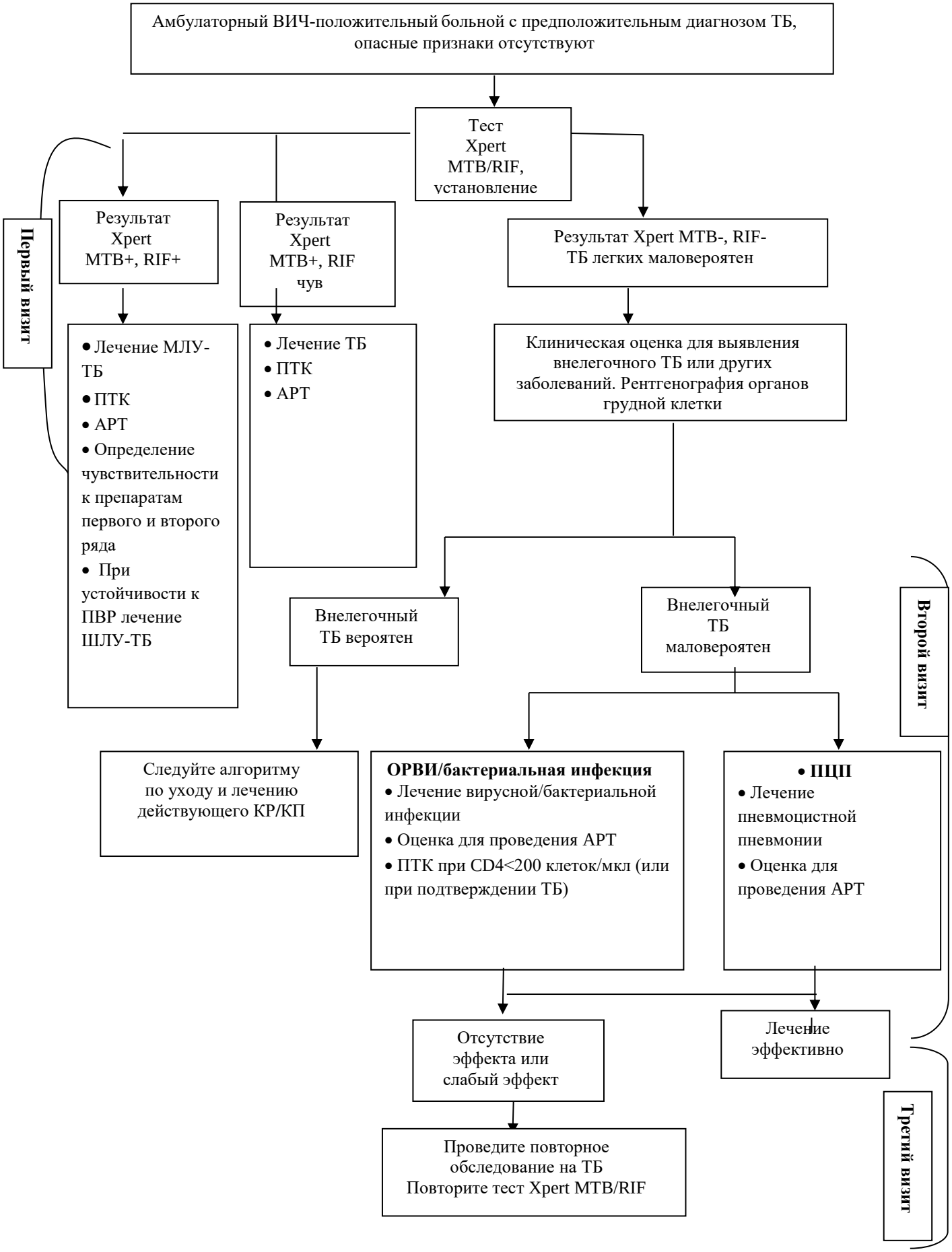
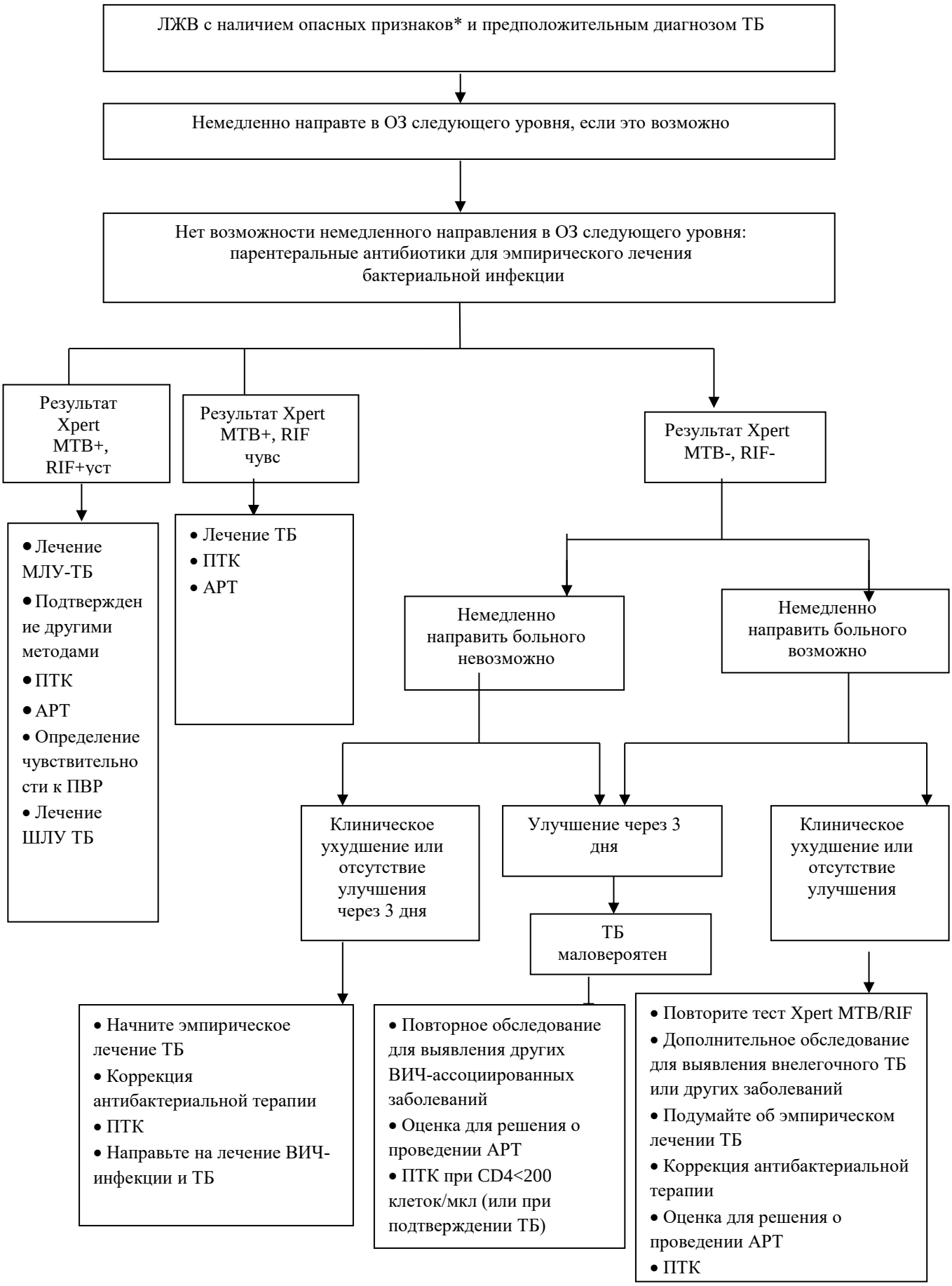


Рисунок 3. Алгоритм ведения ЛЖВ с наличием опасных признаков* и предположительным диагнозом ТБ



***интенсивность дыхания >30/мин, температура >39°С, частота сердечных сокращений >120/мин, способность идти самостоятельно без посторонней помощи.**

Медицинские службы должны определить надлежащие процедуры для вовлечения не медицинских работников, включая аутрич /социальных работников НПО, работающих с ключевым населением, в процесс оказания медицинской помощи. Такие партнеры будут играть важную роль в оказании содействия на разных этапах проведения диагностики и в поддержке пациентов во время лечения.

2. Лечение ТБ и ВИЧ

Все ЛЖВ с диагностированным туберкулезом нуждаются в лечении ТБ и ВИЧ-инфекции, независимо от числа лимфоцитов CD4. Как правило, лечение ТБ у ЛЖВ следует считать приоритетной мерой и начинать его как можно раньше после постановки диагноза ТБ, не дожидаясь результатов определения лекарственной устойчивости возбудителей. Лечение туберкулеза быстро снижает смертность, связанную с туберкулезом, и останавливает передачу ТБ.

В рамках программ лечения ВИЧ-инфекции используются стандартные схемы АРТ. Схема АРТ первого ряда должна включать два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) и один ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ).

Лечение активного ТБ у ЛЖВ следует планировать очень тщательно, с учетом чувствительности возбудителей к противотуберкулезным препаратам, возможного лекарственного взаимодействия антиретровирусных и противотуберкулезных препаратов, а также конкретных особенностей каждого больного, например, наличие беременности, потребление наркотиков инъекционным путем, наличие сопутствующих заболеваний почек или печени и др.

А сильная	АРТ следует начинать у всех живущих с ВИЧ пациентов с ТБ, независимо от количества лимфоцитов CD4.
А сильная	ВИЧ-положительные пациенты, имеющие глубокую иммуносупрессию (количество клеток CD4 менее 50 клеток/мкл), должны получать АРТ в течение первых двух недель от начала лечения ТБ.
А сильная	АРТ следует начинать у любого ребёнка с активным заболеванием ТБ как можно раньше и в пределах 8 недель от начала противотуберкулёзного лечения, независимо от числа лимфоцитов CD4 и клинической стадии заболевания.

2.1. Лечение ТБ

2.1.1. Лечение чувствительных к лекарствам форм ТБ и ВИЧ-инфекции

Новые случаи (впервые выявленные) больных чувствительным ТБ с ко-инфекцией ВИЧ, можно лечить препаратами первого ряда с обязательным назначением рифампицина. Схема лечения предусматривает ежедневный прием изониазида, рифампицина, пиразинамида и этамбутола в течение первых двух месяцев (фаза интенсивного лечения), а затем изониазид и рифампицин ежедневно в течение четырех месяцев (поддерживающая фаза лечения).

А сильная	Продолжительность лечения ТБ у ЛЖВ должна быть не короче, чем у больных ТБ без ВИЧ-инфекции

A сильная	Больные ТБ с ВИЧ-инфекцией должны получать противотуберкулезные препараты ежедневно во время обеих фаз лечения – интенсивной и поддерживающей фазах лечения
C умеренная	В группах населения с известными или предполагаемыми высокими уровнями устойчивости к изониазиду, в ожидании результатов лекарственной устойчивости, больные с впервые выявленным ТБ могут получать во время поддерживающей фазы лечения комбинированную терапию, включающую изониазид, рифампицин и этамбутол в качестве приемлемой альтернативы лечению изониазидом и рифампицином

Если туберкулез развивается у ЛЖВ на фоне получения АРТ, ее следует продолжать (если нет признаков неудачи лечения). Схему лечения ТБ подобрать с учётом чувствительности МБТ. Схему АРТ подобрать с учётом взаимодействия с принимаемыми пртовотуберкулёзными препаратами.

Таблица 1. Рекомендованные стандартные схемы лечения туберкулеза у ЛЖВ

Схема лечения	**Комментарии**
2 H + R + Z + E 4 H + R	Стандартное лечение новых (впервые выявленных) больных чувствительным ТБ
2 H + R + Z + E 4 H + R + E	Альтернативное стандартное лечение новых (впервые выявленных) больных ТБ при высоких уровнях устойчивости к изониазиду и ожидании результатов определения чувствительности.
2 H + R + Z + E + S 1 H + R + Z + E 5 H + R + E	Предпочтительное стандартное лечение ранее леченных больных (потерянных из-под наблюдения или с рецидивом после предыдущего лечения ТБ), при сохранённой чувствительности к препаратам первого ряда.

В настоящее время не используется интермиттирующий режим лечения в поддерживающей фазе. Схемы лечения с рифабутином не включены в протокол, так как не планируется использовать рифабутин в стране.

2.1.2. Лечение ТБ с лекарственной устойчивой формой и ВИЧ-инфекции

Пациенты с лекарственно устойчивым туберкулёзом должны получать лечение согласно чувствительности и устойчивости, выделенной МБТ к противотуберкулёзным препаратам. Режим лечения для них определяется группой специалистов, врачебным консилиумом. При назначении схемы химиотерапии учитывается также распространённость процесса, история предыдущего лечения, сопутствующая патология.

Полирезистентный туберкулёз (ПЛУ ТБ) характеризуется устойчивостью МБТ к 2 и более препаратам, за исключением одновременной устойчивости к изониазиду и рифампицину. В таблице 2 представлены режимы лечения ПЛУ ТБ. Пациенты с ВИЧ инфекцией и полирезистентным ТБ должны получать те же режимы лечения, что и больные без ко-инфекции ВИЧ.

Таблица 2. Схемы лечения для ПЛУ ТБ

Устойчивость МБТ	Тип пациента	Схема препаратов
H, HS (1)	Новый случай, ограниченный процесс	9REZ*
H, HS (2)	Распространенный процесс или ранее получал ППР	3REZKm (Cm) Lfx /6 R E Z Lfx
HE (1)	Новый случай, ограниченный процесс	9-12RZLfx
HE,HES (2)	Распространенный процесс или ранее получал лечение	3-6 R Z Km(Cm) Lfx Pto /6 R Z Lfx Pto
HEZ(S)	Ограниченный процесс Распространенный процесс	3-6 R Km(Cm) LfxPto/ 6 R LfxPto Pto может быть заменён другими бактериостатическими пероральными ПВР (Cs или PAS)

*Примечание: * При наличии комбинированных препаратов можно их использовать в лечении, несмотря на устойчивость*

Множественно лекарственный туберкулёз (МЛУ ТБ) характеризуется устойчивостью МБТ, как минимум, к 2 основным противотуберкулёзным препаратам - изониазиду и рифампицину. Устойчивость, как минимум, к изониазиду, рифампицину, любому фторхинолону и любому инъекционному препарату характеризует туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ). Пациентам с М/ШЛУ-ТБ требуются противотуберкулезные препараты второй линии в соответствии с международными и национальными руководствами. ЛЖВ с МЛУ-ТБ и ШЛУ ТБ, должны следовать тем же режимам лечения, которые рекомендуются для лиц без ВИЧ-инфекции. Больные с положительными результатами тестов Xpert MTB и RIF устойчивый, должны получать терапию, как при лечении МЛУ ТБ.

A сильная	Всем ЛЖВ, больным МЛУ-ТБ, необходимо начинать АРТ как можно раньше (в течение первых 2-8 недель), независимо от числа лимфоцитов CD4. При CD4 <50 клеток лечение АРТ предпочтительно начинать через 2 недели от начала ТБ лечения.
C сильная	Для лечения больных с МЛУ-ТБ необходимо использовать фторхинолоны.
C сильная	Для лечения больных с МЛУ-ТБ предпочтение следует отдавать фторхинолонам последнего поколения (левофлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин), а не препаратам этой группы предшествующих поколений
C умеренная	Для лечения больных с МЛУ-ТБ необходимо использовать этионамид (или протионамид).
C умеренная	Лечение четырьмя противотуберкулезными препаратами второй линии (включая парентеральные препараты), а также пиразинамидом, является эффективным у больных с МЛУ-ТБ во время интенсивной фазы терапии
C умеренная	При лечении больных с МЛУ-ТБ схемы лечения должны включать, по крайней мере, пиразинамид, фторхинолоновый препарат, парентеральный препарат, этионамид (или протионамид) и циклосерин, либо парааминосалициловую кислоту (PAS), если нельзя использовать циклосерин.

Таблица 3. Классификация противотуберкулёзных препаратов.

Препараты *Группа и варианты*	*Сокращения*
A Левофлоксацин *Моксифлоксацин* *Гатифлоксацин*	*Lfx* *Mfx* *Gfx*
B Амикацин *Капреомицин* *Канамицин* *(Стрептомицин)*	*Am* *Cm* *Km* *(S)*
C Этионамид / Протионамид *Циклосерин / Теризидон* *Линезолид* *Клофазимин*	*Eto / Pto* *Cs / Trd* *Lzd* *Cfz*
D1 Пиразинамид *Этамбутол* *Изониазид в высокой дозе*	*Z* *E* *H^h*
D2 Бедаквилин *Деламанид*	*Bdq* *Dlm*
D3 Пара-аминосалициловая кислота *Имипенем-циластатин* *Меропенем* *Амоксациллин-клавуланат* *(Тиоацетазон)**	*PAS* *Ipm/Cln* *Mpm* *Amx/Clv* *(T)*

**Не применяется у ВИЧ позитивных пациентов*

При составлении режима химиотерапии М/ШЛУ ТБ используется пошаговая система:

1. Добавляется один препарат из группы А.
2. Добавляется один препарата из группы В.
3. Добавляется два или более препаратов из группы С.
4. Добавляется пиразинамид и другие препараты первого ряда из группы D1, если они могут усилить режим и имеется чувствительность к ним.
5. Добавляется препарат из группы D2,бедаквилин или деламанид.
6. Добавляется любой из препаратов из группы D3, если иначе невозможно составить режим.

Различают следующие режимы лечения:

- эмпирический,
- стандартный
- индивидуальный

Эмпирический режим.

Эмпирическая антимикробная терапия (АТ) — это применение антимикробных препаратов до получения сведений о возбудителе инфекционного процесса и его чувствительности к препаратам. Эмпирический режим проводится с учётом предполагаемой чувствительности возбудителя к доступным препаратам. Необходимость назначения эмпирического режима диктуется:

- ✓ тяжелым состоянием больного вследствие прогрессирования процесса;
- ✓ при отсутствии ТЛЧ и отрицательной клинико-рентгенологической динамикой.

Эмпирический режим следует использовать до тех пор, пока не будут получены результаты исследования лекарственной чувствительности, после чего можно будет окончательно определить схему лечения.

Назначение эмпирического режима в ожидании результатов ТЛЧ, необходимо для того, чтобы избежать ухудшения клинической картины у таких больных. Кроме того, назначение эмпирического режима химиотерапии способствует снижению вероятности амплификации, распространения инфекции на окружающих.

Эмпирический режим при подозрении на МЛУ-ТБ обычно включает в себя: H R E Z Km (Cm) Lfx Pto. При улучшении состояния или при получении результатов ТЛЧ, режим меняется на режим МЛУ или соответственно тестам лекарственной устойчивости.

Стандартные режимы. 1. Традиционный режим лечения.

Назначается при невозможности определения полного спектра лекарственной чувствительности, выделенных у больного МБТ, но по данным быстрых молекулярных тестов или методом посева мокроты доказан РУ ТБ/МЛУ ТБ. В Кыргызстане используется схема:

8 Cm(Km) Lfx Pto Cs Z Pas /12-16 Lfx Pto Cs Z Pas.

Лечение нужно стремиться начинать как можно раньше, до развития обширного поражения легочной ткани.

2. Краткосрочный режим (КР) лечения МЛУ-ТБ.

В соответствии с последними рекомендациями ВОЗ (2016 г.), при ограниченных процессах и сохраненной лекарственной чувствительности к препаратам второго ряда применяется краткосрочный режим лечения МЛУ-ТБ:

Критерии для включения пациентов: (необходимо соблюдение всех пунктов)

1. Пациенты с РУ-ТБ (по методу G-Xpert), и с сохраненной чувствительностью к препаратам 2 ряда инъекционным и фторхинолонам (метод LPAMTB DRsl).
2. Ограниченный лёгочный процесс.
3. Отсутствие контакта с больными, имеющими устойчивость к препаратам 2 ряда.
4. Отсутствие внелегочных форм туберкулеза (за исключением ТБ плеврита и ТБ внутригрудных лимфатических узлов).
5. Отсутствие беременности.
6. Отсутствие в анамнезе аллергической реакции на препараты данной схемы.
7. Режим рекомендован для взрослых, детей, в том числе ВИЧ-положительных пациентов с клинически подтвержденным ТБ, которые раннее не проходили лечебный курс ПВР более 1 месяца и с сохраненной чувствительностью к препаратам 2 ряда (метод MTB DRsl).

В Кыргызстане используется следующая схема КР:

4-6 CmMfxPtoCfzZEHhd/5 MfxPtoCfzZE

Режим лечения включает инъекционную фазу и продолжающую. Инъекционная фаза длится 4 месяца. Если у пациента нет абациллирования методом посева через 4 месяца лечения, инъекционный препарат продолжается до 6 месяцев. Если к концу 6 месяца не наступает абациллирования, пациент переводится на другую схему химиотерапии с учётом чувствительности МБТ. Если требуется отменить какой-либо препарат вследствии непереносимости, пациент переводится на традиционный режим с учётом переносимости.

Индивидуальный режим (ИР) лечения

Индивидуальный режим лечения представляет собой «золотой» стандарт, к которому следует стремиться. Имеет место индивидуальный подход к каждому пациенту, так как **определяется лекарственная чувствительность выделенных у конкретного пациента МБТ**. При назначении индивидуального режима риск нарастания лекарственной устойчивости в процессе лечения наименьший.

Используются самые эффективные препараты, к которым сохранена чувствительность. Учитывается история предыдущего лечения до назначения индивидуального режима, нельзя полностью полагаться на препараты, которые применялись ранее (несмотря на чувствительность к ним).

При составлении режима с устойчивостью к инъекционным препаратам, или фторхинолонам (преШЛУ), и или к обоим сразу (ШЛУ-ТБ), используется пошаговый принцип составления схемы химиотерапии. Подбираются препараты с наибольшей эффективностью. При наличии ресурсов, обязательно включаются новые и перепрофилированные препараты.

Показания для применения индивидуального режима лечения с бедаквилином/деламанидом.

1. Пациенты с преШЛУ и ШЛУ-ТБ.
2. При непереносимости каких-либо препаратов второго ряда у больных с МЛУ-ТБ.
3. При «неэффективном лечении» курса МЛУ-ТБ.
4. При достаточных ресурсах, бедаквилин применяется для пациентов, которым невозможно назначить краткосрочный режим лечения.
5. При наличии ВИЧ-инфекции у пациента в лечение предпочтительно включить деламанид.

Лечение пациентов с лекарственно устойчивым туберкулёзом проводится на основе нескольких важных принципов одинаковых для пациентов с разным ВИЧ-статусом. Все пациенты с лекарственно устойчивым туберкулёзом докладываются на врачебном консилиуме для определения схемы химиотерапии и места дальнейшего лечения, коррекции препаратов в процессе лечения, определения исхода случая.

1. Лечение МЛУ ТБ назначается всем пациентам с рифампициноустойчивостью (РУ ТБ) независимо от чувствительности к изониазиду.
2. Интенсивная фаза при традиционной схеме лечения М/ШЛУ ТБ должна включать не менее четырёх основных противотуберкулёзных препаратов второго ряда и пиразинамид, продолжается не менее 8 месяцев. Общий курс лечения М/ШЛУ ТБ составляет не менее 20 месяцев, при необходимости продлевается.
3. В случае неопределённых доказательств эффективности некоторых препаратов, схема лечения М/ШЛУ ТБ может включать более 5 препаратов.
4. При пересмотре схемы химиотерапии никогда не добавлять один препарат к неэффективному режиму лечению.
5. Лечение проводится 6-7 раз в неделю. Больной принимает каждую дозу лекарств под контролем (НКЛ).
6. В процессе лечения возможно нарастание лекарственной устойчивости, поэтому необходимо принять во внимание неэффективность некоторых препаратов со временем.

Госпитализация пациентов

При выявлении ВИЧ-инфекции у пациента с ТБ, АРТ следует начинать в противотуберкулезном учреждении, с последующим направлением в программу лечения ВИЧ-инфекции. При выявлении ТБ у ЛЖВ, пациенты направляются в противотуберкулезные учреждения для назначения адекватного лечения (ВОЗ 2013).

При необходимости пациенты могут госпитализироваться в противотуберкулёзные стационары обязательно в зависимости от вида выявленной МБТ и бактериовыделения. При лечении пациентов с ТБ/ВИЧ следует отдать предпочтение амбулаторному ведению пациентов для предупреждения трансмиссии инфекции внутри лечебного учреждения. Однако, существуют обстоятельства, требующие госпитализации для сохранения жизни больного.

Показания для госпитализации:

1. Пациенты с активным тяжёлым туберкулёзом органов дыхания и положительными результатами микроскопии мазка мокроты.
2. Пациенты с отрицательным мазком мокроты, но с тяжёлым клиническим состоянием:

а. выраженными симптомами интоксикации (лихорадкой, быстрой потерей веса, истощением);
б. дыхательной недостаточностью;
в. с нарушениями сердечной деятельности;

3. Пациенты с тяжёлыми осложнениями туберкулёзного процесса.
4. Пациенты с сопутствующими заболеваниями для корректировки схемы химиотерапии.
5. Пациенты с серьёзной и средней тяжести побочными реакциями на проводимую химиотерапию.
6. Пациенты, нуждающиеся в хирургических вмешательствах.
7. Пациенты с любым анализом мокроты, при невозможности организовать амбулаторное лечение.
8. Больные пожилого и старческого возраста, имеющие пониженные адаптационные возможности организма, что требует индивидуального подбора химиотерапии.

Показания для выписки из стационара.

1. Положительная клинико-рентгенологическая динамика туберкулёзного процесса.
2. Конверсия мазка мокроты, т.е. два последовательных отрицательных результата с интервалом в 30 дней.
3. Хорошая переносимость лекарств, отсутствие побочных реакций на ПВР.
4. Организовано амбулаторное лечение по месту жительства.

ЛЖВ, получающие противотуберкулезные препараты второй линии, имеют более низкий риск смерти и более высокую вероятность излечения ТБ, если они получают АРТ. На основе этого доказательства, рекомендуется, чтобы у людей с лекарственно устойчивым туберкулёзом начинали АРТ как можно раньше (в течение первых 2-8 недель) после начала лечения ТБ, независимо от количества лимфоцитов CD4.

2.1.3. Лечение ВИЧ-инфекции

А сильная	АРТ необходимо назначать всем ЛЖВ, больным активным ТБ, независимо от числа лимфоцитов CD4
А сильная	Первым начинают противотуберкулезное лечение, а затем как можно быстрее (в первые 2 - 8 недель лечения) назначают АРТ.
А сильная	ВИЧ-положительные пациенты, имеющие глубокую иммуносупрессию (количество клеток CD4 менее 50 клеток/мкл), должны получать АРТ в течение первых двух недель от начала лечения ТБ.
А сильная	При наличии туберкулезного менингита следует отложить начало АРТ до завершения фазы интенсивной терапии ТБ
А сильная	У больных, получающих противотуберкулезное лечение, при назначении АРТ вместе с двумя НИОТ предпочтительным ННИОТ является эфавиренц

При одновременном приеме противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов наблюдается лекарственное взаимодействие, которое влияет на клиническое ведение ЛЖВ, больных туберкулезом. В наибольшей степени это касается рифампицина, который снижает уровень как ННИОТ, так и ИП. В приложении 6.2 суммированы данные об основных лекарственных взаимодействиях рифампицина и рифабутина с АРВП, и даны рекомендации по их клиническому применению.

Рекомендованные схемы АРТ первого ряда у больных ТБ включают препараты группы НИОТ - ламивудин (3TC) или эмтрицитабин (FTC) и тенофовир (TDF) в сочетании с эфавиренцем (EFV) из группы ННИОТ, поскольку в этом случае взаимодействие с противотуберкулезными препаратами минимально. Рифабутин менее взаимодействует с другими ЛС в сравнении с рифампицином.

Если рифабутин недоступен, больным туберкулезом ЛЖВ, которые не могут принимать эфавиренц, рекомендована схема лечения тремя НИОТ – AZT + 3TC + ABC (или TDF). Однако такое лечение тремя НИОТ значительно менее эффективно по сравнению с другими схемами АРТ. В таблице 4 представлены рекомендованные схемы АРТ первой линии для больных ТБ, получающих рифампицин или рифабутин.

Для пациентов с рифампициноустойчивостью в схему противотуберкулёзного лечения включаются инъекционные препараты, обладающие нефротоксичным эффектом (канамицин, амикацин, капреомицин). Из-за потенциальной нефротоксичности инъекционных противотуберкулезных лекарств и антиретровирусного препарата тенофовир применять эти лекарства совместно необходимо с осторожностью, при этом следует контролировать функцию почек ежемесячно. Обязательно также исследование уровня сывороточного калия. Кроме того, приём эфавиренца совместно с циклосерином может вызвать и усилить психические отклонения у пациентов.

Некоторые взаимодействия между лекарственными препаратами, используемыми для лечения ВИЧ и ТБ, представлены в приложении 6.2 и 6.3.

Таблица 4. Рекомендуемые стандартные схемы АРТ у больных с ко-инфекцией ТБ и ВИЧ

Схема лечения/ АРВ-препарат	**Комментарии**
Рекомендованные схемы АРТ у ЛЖВ с туберкулезом, получающих рифампицин	
TDF + 3TC (FTC) + EFV	Предпочтительная схема
AZT[б] + 3TC + EFV	Альтернативная схема

ABC + 3TC+ EFV	
LPV/r	Двойная доза LPV/r (800/200 мг два раза в день) или LPV 400 мг + RTV 400 мг 2 раза в сутки
DTG	Двойная доза (100 мг)
3TC + AZT + ABC 3TC + AZT + TDF	Три НИОТ являются альтернативной схемой стандартной АРТ первой линии у людей, получающих противотуберкулезное лечение с использованием рифампицина, которые не могут принимать EFV. Эта схема менее эффективна по сравнению с предпочтительной схемой АРТ первой линии.
Рекомендованные схемы АРТ у ЛЖВ с М/ШЛУ ТБ	
EFV, LPV/r, NVP	Могут назначаться одновременно с бедаквилином с осторожностью.

2.1.4. ВСВИ

Нередко бывает трудно разобраться в причинах, по которым у пациента, недавно начавшего АРТ, наступило клиническое ухудшение. Круг для диагностики причин ухудшения клинического состояния широк и включает восстановительный синдром восстановления иммунитета, побочные эффекты АРВ-препаратов, неэффективность как самой АРТ, так и препаратов, используемых для лечения сопутствующей инфекции. Для выяснения причины ухудшения состояния нужно знать спектр побочных эффектов всех лекарственных средств и провести необходимые лабораторные исследования (показатели функции печени и почек, определение чувствительности возбудителей к антимикробным средствам). Воспалительный синдром восстановления иммунитета сам по себе означает, что АРТ действует, поэтому терапию нужно продолжать и в то же время лечить ОИ. Однако, он может маскировать прогрессирование лекарственно устойчивого туберкулёза. В связи с этим, могут потребоваться дополнительные исследования для выявления лекарственной устойчивости МБТ. ВСВИ может проявляться ухудшением имеющегося ТБ процесса, или появлением новых локализаций ТБ включая генерализованных с поражением ЦНС. Может возобновиться или нарастать лихорадка. Возможно ухудшение респираторных симптомов, появление новых рентгенологических изменений в лёгких. При ВСВИ продолжают лечение ТБ и АРТ. АРВ терапию прекращают только в тяжёлых, угрожающих жизни, состояниях особенно при неврологических проявлениях. Низкие дозы глюкокортикоидов (20–60 мг/сут в пересчете на преднизолон) позволяют смягчить клинические проявления синдрома восстановления иммунитета.

2.1.5. Предоставление комплексных услуг для лечения ТБ и ВИЧ

При сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ наилучшим методом лечения и ухода является междисциплинарный подход, цель, которой - обеспечить предоставление качественных комплексныех услуг в одно и то же время, быстрее и ближе к месту, где живут люди с ТБ и ВИЧ и их семьи. ЦСМ предлагает идеальную структуру, где имеется междисциплинарная команда, состоящая из специалиста по инфекционным болезням, специалиста в области пульмонологии и ТБ, по возможности психолога или нарколога, медицинской сестры и социального работника или провайдера немедицинских услуг. Каждому члену команды отводится особая роль в предоставлении лечения и ухода, и их

услуги дополняют друг друга. Члены команды регулярно участвуют в планировании, реализации и мониторинге всех мероприятий, касающихся лечения случаев сочетанных инфекций ТБ и ВИЧ, включая предоставление заместительной терапии для людей, которые потребляют инъекционные наркотики.

Непрерывный уход и предоставление АРТ и заместительной терапии для ЛЖВ должно обеспечиваться по месту госпитализации (например, противотуберкулезные больницы). Врач фтизиатр проводит назначение АРТ и мониторинг ее эффективности в координации со специалистом по ВИЧ.

Стратегии инфекционного контроля, основанные на административных мероприятиях, контроле объектов окружающей среды и предупреждении респираторных инфекций, должны рассматриваться как приоритетные направления работы в условиях высокой распространенности как МЛУ-ТБ, в том числе наличии ВИЧ-инфекции. Решение о том, каким образом будет осуществляться лечение ТБ и ВИЧ-инфекции после выписки из больницы и во время фазы продолжения терапии ТБ, должно приниматься с учетом того, какой вариант будет наиболее удобен для пациента, чтобы обеспечить его высокую приверженность лечению. Социальные работники, а также представители НПО и сообществ должны оказывать эффективную поддержку больным и контролировать прием противотуберкулезных препаратов (стратегия НКЛ), что способствует завершению курса лечения, и имеет огромное значение в достижении благоприятного клинического результата и в предупреждении развития лекарственной устойчивости у пациента с *M. tuberculosis*.

2.1.6. Приверженность лечению туберкулеза и антиретровирусной терапии

Приверженность имеет решающее значение для достижения успеха при проведении как противотуберкулезной, так и антиретровирусной терапии. У людей с низкой приверженностью лечению имеется очень высокий риск формирования устойчивых к лекарствам штаммов возбудителей ТБ и ВИЧ. Для повышения приверженности лечению ТБ настоятельно рекомендуется использовать тактику непосредственного контроля лечения (НКЛ), в сочетании с конкретной и целенаправленной поддержкой больного.

В отличие от лечения ТБ, АРТ должна продолжаться в течение всей жизни, поэтому здесь тактика НКЛ не рассматривается. Получающие лечение люди должны очень хорошо понимать важность приверженности к лечению и негативные последствия низкой приверженности, этот вопрос должен быть четко изложен при проведении консультирования. Необходимо осуществлять тщательный мониторинг приверженности к лечению ТБ и ВИЧ-инфекции и контролировать ее при каждой встрече с пациентом. Очень важно внимательно следить за возникновением побочных эффектов на прием лекарств, это – одно из важных условий для повышения приверженности к лечению.

Социальная поддержка позволит улучшать результаты программы НКЛ при лечении больных ТБ. Информацию о приверженности лечению можно найти в разделе по приверженности АРТ и мониторингу приверженности (см. КП «АРТ у взрослых и подростков»).

2.1.7. Лечение побочных эффектов

Первичное обследование позволяет оценить клиническое состояние пациента и своевременно выявить все случаи, требующие дополнительных назначений и специального наблюдения во время лечения. Наблюдение за эффективностью лечения

проводится на протяжении всего курса терапии, позволяя своевременно выявить и корригировать возникшие побочные эффекты.

При лечении лекарственно чувствительного туберкулёза рекомендуется ежемесячное исследование анализов крови, мочи, показателёй печени. При использовании стрептомицина необходим контроль почечных показателей (креатинин, мочевина), а также состояние органа слуха и равновесия.

Гепатотоксичность проявляется у 13% людей с ТБ и ВИЧ. Поэтому рекомендуется исследование на вирусные гепатиты до начала химиотерапии. Три противотуберкулезных препарата, используемых в интенсивной фазе, являются гепатотоксичными (рифампицин, изониазид и пиразинамид), и некоторые лекарства для лечения ВИЧ также оказывают токсичное действие на печень (ННИОТ). Если есть признаки лекарственного повреждения печени (уровни АЛТ в 3 раз выше, чем верхнее значение нормы), то следует приостановить принятие всех препаратов и рассмотреть взаимодействие между ними. Если у пациента имеется тяжелая форма ТБ, и прекращение противотуберкулезного лечения может оказаться небезопасным, следует перейти на нетоксичную для печени схему лечения (возможно *включение* инъекционного препарата с сохранённой чувствительностью, этамбутола, циклосерина и фторхинолонового препарата). Если лечение ТБ было прекращено, то возобновление приема противотуберкулезных препаратов возможно после нормализации результатов печеночных тестов и исчезновение клинических симптомов (тошнота, боли в животе и др.). После разрешения лекарственного гепатита, прием лекарств возобновляют по одному, каждые 3-4 дня, с обязательным исследованием печёночных проб. Если после продолжения лечения ТБ, симптомы гепатотоксичности возобновятся, следует прекратить прием того препарата, который был добавлен последним. Рифампицин приводит к развитию гепатотоксичности гораздо в меньшей степени, чем изониазид или пиразинамид, и является самым эффективным препаратом, поэтому следует начинать применять этот препарат как можно позже.

Нередким побочным эффектом комбинированной противотуберкулезной и антиретровирусной терапии является также сыпь на коже. Рекомендуется, приступив к симптоматическому лечению антигистаминными препаратами и используя местно увлажняющие кремы, продолжить лечение ТБ, тщательно наблюдая за больным. Однако если будет замечено ухудшение со стороны кожных покровов, необходимо прекратить прием всех противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов. После исчезновения кожной сыпи можно будет возобновить прием противотуберкулезных лекарств, добавляя их по одному, а затем и антиретровирусных препаратов.

При лечении противотуберкулезными лекарствами второго ряда наблюдается гораздо больше побочных эффектов, чем при приеме препаратов первого ряда. Возможно поражение всех органов и систем. Однако, с этими побочными эффектами можно успешно бороться (см. Клиническое руководство по менеджменту лекарственно устойчивого ТБ).

Своевременный и интенсивный мониторинг на протяжении всего курса лечения имеет существенное значение при лечении ЛУ-ТБ. Мониторинг включает в себя полный клинический осмотр, как минимум 1 раз в месяц. В процессе лечения исследование показателей крови, мочи, мокроты. Рекомендуется ежемесячное исследование печёночных, почечных показателей, электролитов крови, уровень тиреотропного гормона. При диспепсичеких явлениях рекомендовано дополнительное исследование уровней амилазы, липазы, молочной кислоты. Необходимо следить за состоянием органа слуха и равновесия, а также состоянием органа зрения. Аудиометрия желательна ежемесячно в инъекционной фазе лечения, так как позволяет выявить снижение слуха у пациента и вовремя провести коррекцию лечения. При применении новых препаратов (бедаквилин, деламинад) обязательно проводится ежемесячно ЭКГ. Более подробно мониторинг обследования и тактика лечения побочных явлений описана в клиническом руководстве

по менеджменту лекарственно устойчивого туберкулёза. Взаимодействие между АРВ лекарствами и препаратами для лечения ЛУ ТБ указаны в приложении 6.3.

Очень важно, чтобы получающие лечение пациенты были информированы о возможных побочных эффектах, знали их природу и имели доступ к клиническим и лабораторным службам, с целью выявления побочных эффектов и получения соответствующего лечения в случае их возникновения.

3. Профилактика туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ

3.1. Обоснование для профилактической терапии латентной формы туберкулеза

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТБИ) определяется как состояние стойкого иммунного ответа на попавшие ранее в организм антигены микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) при отсутствии клинических проявлений активной формы туберкулеза. По результатам исследований, треть населения планеты инфицирована микобактериями туберкулеза. Риск реактивации туберкулеза в течение жизни для лиц с ЛТБИ составляет 5-10%, риск развития туберкулеза после инфицирования зависит от многих факторов.

ЛЖВ, у которых присутствует латентная форма ТБ, находятся в более высоком риске развития активной формы туберкулеза (см. Памятку – Приложение 6.1). Латентная инфекция ТБ поддается лечению и инфекцию можно устранить. Такое лечение не окажет воздействия на вероятность повторной инфекции после завершения лечения. Продолжительность защиты, обеспечиваемой профилактическим лечением, снижается, так как ежегодный риск инфицирования латентной формы M.tuberculosis возрастает.

Лечение латентной формы туберкулеза необходимо начинать всем ЛЖВ, для которых активная форма туберкулеза исключена с помощью алгоритма (Рисунок 1). Хотя не имеются данные, которые позволяют измерить коэффициент распространенности латентной формы туберкулеза в общем населении Кыргызстана, этот коэффициент, далек от пороговой величины в 30%. **При таких эпидемиологических условиях, не рекомендуется применять тесты для диагноза латентной формы туберкулеза** (туберкулиновая проба на коже).

Есть доказательство, что Памятка, будучи чрезвычайно простой и быстрой, эффективна в исключении ТБ. При регулярном клиническом скрининге во время каждого посещения врача, ЛЖВ с ТБ будут выявлены сразу, как только появятся симптомы.

Ранее перенесенный ТБ, текущая беременность и получаемая АРТ не служат противопоказанием начинать профилактическое лечение ТБ. При наличии гепатита (острого или хронического), регулярного потребления алкоголя или наличия симптомов периферической нейропатии, требуется строгий контроль, так как риск возникновения побочных эффектов выше.

3.2. Профилактическая терапия изониазидом

1. Профилактическое лечение ТБ проводится изониазидом. В настоящее время нет приемлемого заменителя изониазида для профилактического лечения ТБ.
2. Рекомендуемая доза изониазида для профилактического лечения ТБ составляет 5 мг/кг (300 мг максимальная доза) один раз в день ежедневно под строгим контролем. Изониазид не имеет существенных взаимодействий с АРВП.
3. Профилактическая терапия изониазидом должна продолжаться 6 месяцев каждые 2 года.

4. При профилактическом лечении изониазидом риск возникновения побочных явлений невелик. Изониазид может вызывать лекарственный гепатит, который протекает преимущественно в легкой или среднетяжелой форме, а также периферическую нейропатию. Обычно нет необходимости осуществлять повседневный мониторинг функции печени, за исключением ЛЖВ, у которых имеются сопутствующие факторы повреждения печени (сопутствующий вирусный гепатит, алкогольная или наркотическая зависимость и т. д.). Однако всех пациентов, принимающих изониазид, необходимо информировать о том, каким образом распознать клинические симптомы поражения печени (тошнота, рвота, желтуха и т. д.) и как немедленно сообщить об этом.
5. Периферические нейропатии наблюдаются чаще всего у ЛЖВ, имеющие сопутствующие заболевания или состояния – например, беременность, алкогольную зависимость, нарушения питания, диабет, хронические заболевания печени и почечную недостаточность. Для предупреждения периферической нейропатии и их лечения следует использовать пиридоксин в дозах соответственно 10-25 мг/сутки и 50–70 мг/сутки. Отсутствие пиридоксина не должно препятствовать проведению ПТИ.
6. Иногда изониазид может провоцировать сонливость. В таких случаях препарат можно принимать перед сном.
7. Приверженность при профилактической терапии изониазидом имеет большое значение для обеспечения его эффективности. Повышению приверженности способствует интеграция усилий различных служб - центров СПИД, наркологии, фтизиатрии и т.д., которые осуществляют консультирование больных ТБ и проводят им ПТИ, обеспечивают согласованное клиническое ведение случаев побочных эффектов и т. д. Специалисты, предоставляющие медицинские услуги ЛЖВ также должны вовлекать для повышения приверженности социальных работников и представителей НПО. Хотя применение стратегии НКЛ при проведении ПТИ не требуется, в особых условиях прием лекарства может осуществляться под наблюдением – например, в тюрьмах и при осуществлении аутрич-работы. Как правило, опасения возможной недостаточной высокой приверженности не должны служить препятствием для проведения профилактической терапии изониазидом.

3.3. Вакцинация ВЦЖ (иммунопрофилактика).

Если мать ребёнка ВИЧ инфицирована и ВИЧ-инфекция не исключена у ребёнка, вакцинацию БЦЖ следует отложить до исключения ВИЧ-инфицирования у ребёнка. ВИЧ инфицирование у детей является противопоказанием для БЦЖ вакцинации. Дети, родившиеся от ВИЧ-положительных матерей, у которых к возрасту 15-18 месяцев в ходе тестированияВИЧ инфекция исключена, прививаются стандартной дозой вакцины БЦЖ при отрицательном результате пробы Манту.

Вакцинация возможна в более ранние сроки при условии: а) ВИЧ-позитивная мать во время беременности принимала АРТ, б) у ребёнка нет симптомов ВИЧ-инфекции, в) отрицательный результат ПЦР на ДНК ВИЧ, г) мать ребёнка не больна туберкулёзом.

4. Профилактическая терапия котримаксозолом

А сильная	Профилактическая терапия котримоксазолом следует назначать всем ЛЖВ с активными формами ТБ, независимо от числа лимфоцитов CD4

Люди с ТБ и ВИЧ-инфекцией могут умереть вскоре после начала лечения, особенно если АРТ была начата поздно – на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции (III - IV).

Смертельный исход может быть связан с прогрессированием самого заболевания ТБ, но во многих случаях смерть бывает обусловлена прогрессированием других оппортунистических инфекций - например, пневмонии, обусловленной Pneumocystis jirovecii, или энцефалита, вызванного Toxoplasma gondii. Котримоксазол (триметоприм-сульфаметоксазол) назначают для предупреждения пневмонии, вызванной P.jirovecii, и энцефалита, вызванного Toxoplasma gondii, а также, ряда других бактериальных инфекций у людей, живущих с ВИЧ и ТБ. При проведении профилактики не отмечено существенного увеличения частоты побочных эффектов у ЛЖВ, страдающих активными формами ТБ – независимо от числа лимфоцитов CD4.

Рекомендованная доза при проведении ПТК у взрослых и подростков составляет **960 мг в сутки**. Огромное значение при терапии котримоксазолом имеет приверженность лечению, поэтому, полезно осуществлять непосредственный контроль приема этого препарата и противотуберкулезных лекарств, особенно у очень тяжелых больных.

Программы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и ТБ должны обеспечить проведение ПТК для всех ЛЖВ. По окончании лечения ТБ у всех людей с ТБ и ВИЧ-инфекцией необходимо отменить профилактический прием котримоксазола: при уровне CD4 более или равным 200 клеток/мкл в течение 3 месяцев (см. КП «Профилактика, диагностика и лечение ОИ»).

ПТК является активным элементом комплексного пакета медицинских услуг для пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ. Противотуберкулезные больницы, ЦСМ и другие ОЗ, обеспечивающие уход для таких пациентов, должны определить мероприятия и ответственность для предоставления ПТК для всех больных с ТБ/ВИЧ.

5. Минимальный перечень данных, необходимый для сбора в организациях здравоохранения Кыргызской Республики

Следующие индикаторы необходимо регулярно собирать для улучшения лечения и ухода людей с ТБ и ВИЧ и мониторинга выполнения совместных мероприятия по борьбе с ТБ и ВИЧ:

1. Доля всех зарегистрированных больных туберкулезом, протестированных на ВИЧ-инфекцию в отчетном периоде.
2. Доля зарегистрированных всех случаев ТБ с известным/задокументированным положительным ВИЧ-статусом.
3. Доля ЛЖВ с активной формой заболевания ТБ, впервые привлечённых и состоящих на диспансерном учете.
4. Смертность от всех случаев ТБ среди ЛЖВ.
5. Доля ЛЖВ с ТБ (все случаи), получающих АРТ во время лечения туберкулеза.
6. Доля ЛЖВ с ТБ ШЛУ/МЛУ (все случаи), получающих лечение от туберкулеза.
7. Доля ЛЖВ, впервые взятых на диспансерный учет, начавших получать профилактическую терапию ТБ изониазидом.
8. Индикаторы для измерения каскада эффективности выявления случаев ТБ.
9. Риск ТБ среди медицинских работников по отношению к общему населению, с поправкой на возраст и пол.
10. Процент людей, живущих с ВИЧ/ТБ, которые получили ПТК.

Все данные индикаторов собираются ежеквартально.

Приложение 6.1

ПАМЯТКА

1. Всем ЛЖВ проводить клинический скрининг на наличие симптомов ТБ при каждом посещении ОЗ.
2. После проведения опроса необходимо внести соответствующую запись в амбулаторную карту с указанием проведения клинического скрининга и описанием его результата.
3. Отметка о проведении клинического скрининга на ТБ должна быть сделана и в системе ЭС.
4. При наличии симптомов ТБ необходимо определить дальнейший план действий в отношении ведения пациента с описанием необходимых процедур диагностики в амбулаторной карте.

Клинический скрининг проводится на наличие следующих симптомов туберкулеза:

- Кашель в настоящее время
- Повышенная температура (в цифрах)
- Потеря веса (предыдущий вес/настоящий вес)
- Ночная потливость

Наличие даже одного (или нескольких) из этих симптомов говорит о том, что у человека может быть туберкулез. Пациент должен быть осмотрен фтизиатром (при необходимости перенаправлен в ОЗ).

Приложение 6.2

Взаимодействие противотуберкулезных и АРВ препаратов

Лечение ВИЧ-инфекции	**Лечение ТБ**	**Взаимодействия**	**Рекомендации**
Ингибиторы протеазы, усиленные (с ритонавиром)			
Лопинавир	Рифампицин	Рифампицин снижает Cmax, AUC и Cmin >75%	Не применять рифампицин вместе с ИП Применение LPV/r 400 + 100 мг 2 раза в день плюс RTV 300 мг 2 раза в сутки приводит к интоксикации, но может не решить проблему взаимодействия
	Рифабутин	Значительное увеличение активности рифабутина и его метаболитов, что может привести к интоксикации	Рифабутин 150 мг один раз в сутки или 300 мг три раза в неделю. Дозы ИП остаются без изменений
Лопинавир/рионавир	Бедаквилин	Увеличивают концентрацию бедаквилина	Рассмотреть возможность приёма деламанида
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы			
Эфавиренц	Рифампицин	Активность эфавиренца снижается на ~26%	Применять оба лекарства в обычных дозах; некоторые рекомендуют увеличить дозу эфавиренца до 800 мг, если масса тела >60 кг
	Рифабутин	Активность рифабутина снижается на ~38%	Рифабутин 450–600 мг один раз в сутки или 600 мг три раза в неделю
	Бедаквилин	Снижается активность бедаквилина на 18%	Рассмотреть возможность приёма деламанида
Невирапин	Рифампицин	AUC невирапина снижается на 20–58%	Одновременно применять не рекомендуется
	Рифабутин	Минимальные взаимодействия	Может применяться без опасений в обычных дозах
	Бедаквилин	Не изменял концентрацию	Рекомендован для совместного приёма

		бедаквилина	
Аналоги нуклеозидов			
Зидовудин	Рифампицин	Рифампицин снижает AUC зидовудина на 47%, но влияние на внутриклеточную концентрацию неизвестно	Клиническое значение неизвестно

AUC: площадь под кривой;
Cmax: максимальная концентрация препарата в плазме;
Cmin: минимальная концентрация препарата

Приложение 6.3.

Взаимодействие препаратов для лечения ВИЧ и ЛУ ТБ

Antibacterials	ATV	LPV	RTV	EFV	NVP	ABC	FTC	3TC	TDF	AZT
Амикацин	◇	◇	◇	◇	◇	◇	■	■	■	◇
Бедаквилин	■	■	■	■*	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Капреомицин	◇	◇	◇	◇	◇	◇	■	■	■	◇
Клавулановая кслота	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Клофазимин	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Циклосерин	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Этамбутол	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Имипенем/циластатин	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Изониазид	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Канамицин	◇	◇	◇	◇	◇	◇	■	■	■	◇
Моксифлоксацин	■	■	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Парааминосалициловая кислота/PAS	◇	◇	◇	◇	◇	◇	■	■	■	◇
Пиразинамид	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
Деламанид	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇

Условные обозначения:

- ●/○ Эти препараты не должны назначаться
- ■/□ Потенциальное взаимодействие, может потребоваться тщательный мониторинг, изменение дозировки препарата или времени введения.
- ◇/◇ не ожидается клинически значимого взаимодействия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ВГ

1. Ведение пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС

Характеристика взаимодействия и течения ко-инфекции ВИЧ/ВГС[4]

В некоторых регионах вирусный гепатит С все чаще становится основной причиной заболеваемости и смертности среди ЛЖВ, в том числе среди людей, получающих АРТ.
У лиц с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС отмечается:

- более быстрое прогрессирование фиброза печени, особенно если уровень лимфоцитов CD4 меньше 200 клеток/мкл (1-3);
- повышенный риск декомпенсации заболеваний печени даже у пациентов на фоне успешной АРТ (т. е. снижение ВН в крови до неопределяемого уровня) (4).

По этой причине следует рассматривать всех лиц с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС как кандидатов на лечение ВГС. При принятии решения о начале АРТ у людей с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС следует руководствоваться теми же принципами, как и при моноинфекции ВИЧ[5].

Стандартные определения случая ко-инфекции ВИЧ/ВГС[6]

Большинство пациентов с ХВГС не предьявляют жалоб, не имеют клинических признаков болезни и выявляются при обследовании по поводу хронического заболевания печени или скринингового исследования.

Хронический вирусный гепатит С у ЛЖВ, неактивная форма

Клинические критерии:
отсутствие клинических проявлений как острого[7], так и хронического гепатита.
Лабораторные критерии:

- обнаруживаются антитела к вирусу гепатита С (HCV) - серологические признаки инфекции в прошлом или настоящем;
- не обнаруживается РНК HCV;
- обнаруживаются антигены и/или антитела к ВИЧ.

---

[4] Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения». 2-е издание. ВОЗ, 2016. Женева, 2016.
[5] Руководство по скринингу, оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С, обновленная версия, ВОЗ, Женева, 2016.
[6] Технические вопросы и определения случая для повышения эффективности надзора за вирусным гепатитом, Технический отчет, ВОЗ. Женева, 2016.
[7] «Стандартное определение случая острого гепатита: клинические критерии - внезапное начало острого заболевания с признаками/ симптомами (1) острого вирусного заболевания (такими как лихорадка, недомогание, утомляемость) и (2) поражения печени, которые могут быть клиническими (такими как анорексия, тошнота, желтуха, потемнение мочи, болезненность в правом верхнем квадранте живота), и/или биохимическими (повышение уровня аланинаминотрансферазы [АЛТ] более чем в десять раз выше верхней границы нормы). Технические вопросы и определения случая для повышения эффективности надзора за вирусным гепатитом, Технический отчет, ВОЗ. Женева, 2016.

Хронический вирусный гепатит С у ЛЖВ, активная форма

Клинические критерии:

- отсутствие клинических проявлений острого гепатита.
- наличие у некоторых больных симптомов и признаков хронического гепатита С[8]:

- утомляемость (от лёгкой до изнуряющей), депрессия, эмоциональная лабильность;
- снижение аппетита, тошнота, боли в животе, расстройство пищеварения;
- головные боли, боли в мышцах или суставах;
- внепеченочные проявления.

Лабораторные критерии: обнаружение:

- антител к вирусу гепатита С (HCV) - серологические признаки инфекции в прошлом или настоящем;
- РНК HCV;
- анигена и/или антител к ВИЧ.

Показания к тестированию ЛЖВ на вирусный гепатит С

1. Скрининг на ВГС должен проводиться при установлении диагноза ВИЧ-инфекции. В случае принадлежности пациента к группе риска заражения ВГС (например, ЛУИН, МСМ, реципиенты крови и др.) скрининг должен повторяться ежегодно.
2. В программу скринига на ВГС должен входить тест на антитела к вирусу гепатита С (anti-HCV), методом иммуноферментного анализа (ИФА). Если результат этого теста положителен, нужно определить наличие РНК ВГС и генотип ВГС, методом полимеразноцепной реакции (ПЦР).
3. Пациентам с факторами риска (активное употребление наркотиков внутривенно, травмирующий слизистые оболочки секс, незащищенный анальный секс, недавно перенесенные ИППП), с необъясненным увеличением трансаминаз (АЛТ, АСТ) и отрицательным результатом теста на антитела к ВГС (ИФА), следует провести тест на наличие РНК ВГС (ПЦР) с целью раннего обнаружения недавней инфекции.
4. Тест на наличие РНК ВГС также рекомендован ежегодно для людей с высоким риском повторного инфицирования после успешного лечения или спонтанного самоизлечения.

Тактика ведения пациентов с ко инфекцией ВИЧ/ВГС[9]

Решение о начале лечения гепатита С у ЛЖВ является более сложным, чем у пациентов с моноинфекцией ВГС, поскольку частота ответа на лечение ниже, риск возможных токсических эффектов выше, лечение осложняется высокой лекарственной нагрузкой, перекрестной токсичностью и взаимодействием препаратов, применяемых для лечения гепатита С и ВИЧ.

1. Всех лиц с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС рассматривать как кандидатов на лечение ВГС. Лечение ВГС (таблица 1, 2) и ВИЧ-инфекции (см. схемы АРТ для пациентов с ВИЧ/ВГ в КП «АРТ у взрослых и подростков») проводится одновременно.
2. У пациентов с ВГС без фиброза печени и ВИЧ с выраженной иммуносупрессией (уровень лимфоцитов CD4 ниже 200 клеток/мкл) рекомендуется сначала инициировать лечение ВИЧ-инфекции и добиться клинической стабилизации ВИЧ-инфекции с помощью АРТ, а потом перейти к лечению ВГС.
3. Гепатит С у ЛЖВ необходимо лечить теми же схемами, следуя тем же правилам, что и для пациентов с моноинфекцией ХВГС.

---

[8] Клинический протокол «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D», утвержденный приказом МЗ КР № 42 от 18.01.2017.

[9] Рекомендации Европейской ассоциации по изучению болезней печени (EASL) по лечению гепатита С, 2015.

Новейшие схемы лечения ХВГС с помощью пероральных препаратов прямого противовирусного действия (ППРД) обеспечивают схожие показатели стойкого вирусологического ответа независимо от ВИЧ-статуса (таблица 1).

Таблица 1. Схемы противовирусной терапии ХВГС у ЛЖВ

(лица без цирроза, ранее не получавших ППРД и/или не ответившие на PegIFN и рибавирин)

	Даклатасвир 60 мг/ Софосбувир 400 мг	Ледипасвир 90 мг/ Софосбувир 400 мг	Софосбувир 400 мг/ Рибавирин*
Генотип 1	12 недель	12 недель	
Генотип 2	12 недель		12 недель
Генотип 3	12 недель		24 недель
Генотип 4	12 недель	12 недель	
Генотип 5		12 недель	
Генотип 6		12 недель	

* Рибавирин – ежесуточно в дозе, зависящей от массы тела: <75 кг — 1000 мг, ≥75 кг — 1200 мг.

Для большинства пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС, в том числе имеющих цирроз печени, польза АРТ перевешивает опасения, связанные с риском развития лекарственного поражения печени (таблица 2).

Таблица 2. Схемы противовирусной терапии при наличии компенсированного и декомпенсированного цирроза печени в исходе ХВГС у ЛЖВ

(лица, ранее не получавшие ППРД и/или не ответившие на PegIFN и рибавирин)

	Даклатасвир 60 мг/ Софосбувир 400 мг	Даклатасвир 60 мг/ Софосбувир 400 мг/ Рибавирин*	Ледипасвир 90 мг/ Софосбувир 400 мг	Ледипасвир 90 мг/ Софосбувир 400 мг/ Рибовирин*	Софосбувир 400 мг/ Рибавирин *
Генотип 1	24 недель	12 недель	24 недель	12 недель	
Генотип 2	12 недель	12 недель			16 недель
Генотип 3		24 недель			
Генотип 4	24 недель	12 недель	24 недель	12 недель	
Генотип 5			24 недель	12 недель	
Генотип 6			24 недель	12 недель	

* Рибавирин - ежесуточно в дозе, зависящей от массы тела: <75 кг — 1000 мг, ≥75 кг — 1200 мг.

Отслеживание взаимодействий лекарственных средств (ВЛС) между препаратами для лечения ВИЧ-инфекции и ВГС[9]

Важно тщательное изучение лекарственных взаимодействий, чтобы избежать токсичности и обеспечить эффективность схем, используемых для лечения как ВИЧ-инфекции, так и гепатита С.

Между ППРД и антиретровирусными препаратами происходит меньше ВЛС, а частота достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) при применении схем терапии на основе ППРД лиц с ко-инфекцией ВИЧ превышает 95% даже у пациентов с выраженным фиброзом печени или неэффективностью терапии ВГС в анамнезе. (таблица 3).

Таблица 3. Лекарственные взаимодействия при совместном применении препаратов для лечения ВГС и ВИЧ-инфекции[10]

	Антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции	Даклатасвир	Ледипасвир/ софосбувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир/ дасабувир	Симепревир	Софосбувир	Рибавирин
	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)							
1	Абакавир (ABC)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	□
2	Эмтрицитабин (FTC)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	□
3	Ламивудин (3TC)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	□
4	Тенофовир (TDF)	♦	□[1]	♦	♦	♦	♦	□
5	Зидовудин (AZT)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	О
	Ингибитор интегразы ВИЧ							
1	Долутегравир (DTG)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)							
1	Эфавиренц (EFV)	□[2]	□	О	О	О	♦	♦
2	Невирапин (NVP)	□	♦	О	О	О	♦	♦
3	Рилпивирин	♦	♦	н/д	н/д	♦	♦	♦
	Ингибиторы протеазы							
1	Лопинавир	♦	♦	О	О	О	♦	♦
2	Ритонавир	□	♦	О	О	О	♦	♦
3	Атазанавир	□	♦	н/д	н/д	О	♦	□
4	Дарунавир	♦	♦	н/д	н/д	О	♦	♦

О - совместное назначение этих препаратов противопоказано

□ - потенциальное взаимодействие

□[1] – увеличить дозу TDF

□[2] – увеличить дозу Даклатасвира с 60 мг до 90 мг

♦ - не ожидается никаких клинически значимых взаимодействий

н/д – нет данных

Риск развития побочных эффектов терапии ВГС у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ значительно выше, поэтому они нуждаются в пристальном наблюдении. Необходимо внимательно оценить ВЛС в этой группе пациентов еще до назначения терапии по поводу ВГС (таблица 4).

Таблица 4. Противопоказания/предостережения при лечении ПППД

Лекарственное средство	**Противопоказания/предостережения**
Ледипасвир/	Одновременный прием амиодарона

[10] Регулярно обновляемая веб-страница Ливерпульского университета, посвященной взаимодействию препаратов для лечения гепатита - **http://www.hep-druginteractions.org/**

софосбувир	Индукторы Р–гликопротеина (Р–gp) Почечная недостаточность (рСКФ <30 мл/мин/1,73 м2)
Даклатасвир	Индукторы или ингибиторы CYP3A
Софосбувир	Одновременный прием амиодарона (следует также соблюдать осторожность при совместном применении с бета-блокаторами) Почечная недостаточность (рСКФ <30 мл/мин/1,73 м2)

Необходимо заменить антиретровирусный препарат до начала лечения ВГС, если вероятность возникновения ВЛС высока.

В связи с риском развития тяжелой анемии, крайне нежелательно совмещать прием зидовудина и рибавирина.

Тактика ведения детей и подростков с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС[11]

- Лечение ВГС у детей <3 лет обычно не рекомендуется.
- Лечение должно быть рекомендовано для всех детей с ВИЧ/ВГС ≥ 3 лет, у которых нет противопоказаний к лечению.
- Единственной одобренной схемой терапии ВГС у детей является пегилированный интерферон/рибавирин, который рекомендуется в течение 48 недель**Ошибка! Закладка не определена.** независимо от генотипа HCV:
    - Peg-IFN α2a:180 мкг/1,73 м², подкожно, 1 раз в неделю (макс. доза 180мкг)

Или

    - Peg-IFN α2b: 60 мкг/м^2, подкожно, 1 раз в неделю.

Плюс

    - Рибавирин (пероральный) 7,5 мг / кг массы тела два раза в день. Рекомендуется следующая фиксированная доза рибавирина по весу:
        - 25-35 кг: по 200 мг утром и вечером;
        - 36 - 48 кг: 200 мг утром и 400 мг вечером;
        - 49 - 60 кг: по 400 мг утром и вечером;
        - 61 - 74 кг: 400 мг утром и 600 мг вечером;
        - ≥ 75 кг: по 600 мг утром и вечером.
- ИФН - противопоказан детям с декомпенсированной болезнью печени, выраженной цитопенией, почечной недостаточностью, тяжелыми сердечными расстройствами и аутоиммунными заболеваниями, не связанными с ВГС.
- Рибавирин противопоказан детям с нестабильной сердечно-легочной болезнью, тяжелой ранее существующей анемией или гемоглобинопатией (рибавирин и зидовудин усиливают развитие анемии, комбинированное их использование противопоказано).
- ВСВИ у пациентов с ВИЧ/ВГС, получающих АРТ, может проявляться в резком увеличении трансаминаз, поскольку количество лимфоцитов CD4 возрастает в течение первых 6-12 недель лечения. Необходимо провести дифференциальную дагностику между ВСВИ и лекарственной гепатотоксичностью или другими причинами гепатита.

Тактика ведения пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС/ВГВ

[11] Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections In HIV-Exposed and HIV-Infected Children, 2017

Ко-инфекция ВГВ и ВГС у ЛЖВ может привести к ускоренному течению заболевания печени, при этом ВГС считается основным фактором прогрессирования фиброза. Лечение ВГС и ВИЧ-инфекци проводится одновременно. После завершения лечения ВГС, терапия проводится согласно «Тактике ведения пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГВ» настоящего протокола.

Тактика ведения пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС/ТБ

При данном сочетании стартовая терапия направлена на ТБ. Лечение ВГС и ВИЧ-инфекции проводится одновременно. При выборе противотуберкулёзной терапии, необходимо руководствоваться КП «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией».

Мониторинг лечения у лиц с ко-инфекцией ВИЧ/ВГС

Мониторинг эффективности АРТ проводится согласно КП «АРТ взрослых и подростков».

Мониторинг эффективности лечения ВГС
Для мониторинга уровней РНК ВГС во время и после лечения следует использовать ПЦР в режиме реального времени с нижним порогом чувствительности <15 МЕ/мл

- На фоне ПВТ: РНК ВГС следует измерять вначале терапии, на 2-й неделе (оценка приверженности к лечению), 4-й неделе, 12-й, 24-й неделе у пациентов с циррозом печени, которые получают ПВТ в течение недель.
- После окончания курса ПВТ: через 12 и 24 недель.

2. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ВГВ

Характеристика взаимодействия и течения ко-инфекции ВИЧ/ВГВ[12]
В мире из 36 миллионов людей, живущих с ВИЧ, 5-20% страдают от хронического вирусного гепатита В (ВГВ). Заболеваемость сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГВ является наибольшей в странах с низким и средним уровнями доходов, особенно в Юго-Восточной Азии и в странах Африки, расположенных к югу от Сахары (5).
В странах Африки и Азии с высокой распространенностью ВГВ-инфекции (>5%) заражение обычно происходит перинатально или в раннем детстве, и в большинстве случаев предшествует инфицированию ВИЧ. В этих условиях распространенность ВГВ-инфекции у ВИЧ-положительных лиц близка к наблюдаемой в общей популяции.
При ко-инфекции ВИЧ/ВГВ наблюдаются:

- быстрое прогрессирование ВГВ-инфекции в стадию цирроза и ГЦК, приводя к повышению уровня смертности от болезни печени;
- снижение ответа на противовирусную терапию (ПВТ) ВГВ;
- развитие перекрестной устойчивости к препаратам для лечения ВИЧ- и ВГВ-инфекции;
- более тяжелое повреждение печени либо за счет прямой гепатотоксичности АРВП, либо из-за воспалительного синдрома восстановления иммунитета (ВСВИ) связанного с АРТ, влияющего на повышение активности АЛТ и даже развитие фульминантного гепатита, если АРТ не включает препараты, влияющие на обе инфекции;

[12] Руководство по хроническому гепатиту В, профилактика, помощь и лечение, Март, 2015. Женева: ВОЗ; 2015

- высокая частота хронизации после острой ВГВ-инфекции;
- более высокий уровень репликации ВГВ и частота реактивации;
- уменьшение доли случаев спонтанного излечения;
- высокая частота латентной инфекции (когда определяется ДНК ВГВ, но отсутствует сывороточный HBsAg).

Стандартные определения случая ко-инфекции ВИЧ/ВГВ[13]

Хронический вирусный гепатит В у ЛЖВ, неактивная форма

У большинства пациентов с хронической ВГВ-инфекцией симптомы болезни не наблюдаются долгие годы.
Клинические критерии:
- отсутствие клинических проявлений острого гепатита;
- наличие симптомов и признаков хронического гепатита В (от легкой степени до выраженной):
    - быстрая утомляемость, слабость;
    - снижение аппетита, тошнота, боль в животе, расстройство пищеварения;
    - желтуха;
    - увеличение печени и селезёнки;
    - эмоциональная лабильность.

Лабораторные критерии:
- обнаружение антигенов и/или антител к ВИЧ и HBsAg;
- ДНК ВГВ <2000 МЕ/мл;
- нормальная активность АЛТ.

Хронический вирусный гепатит В у ЛЖВ, активная форма

Клинические критерии:
- отсутствие клинических проявлений острого гепатита
- наличие симптомов и признаков хронического гепатита В (см. выше).

Лабораторные критерии:
- обнаружение антигенов и/или антител к ВИЧ и HBsAg;
- ДНК ВГВ ≥ 2000 МЕ/мл;
- повышенная активность АЛТ;
- ДНК ВГВ <2000 МЕ/мл и повышенная активность АЛТ.

Показания к тестированию ЛЖВ на вирусный гепатит В
- Скрининг на ВГВ должен проводиться при установлении диагноза ВИЧ-инфекции.
- В случае принадлежности пациента к группе риска заражения ВГВ (например, ЛУИН, МСМ, реципиенты крови и др.) скрининг должен повторяться ежегодно при отсутствии вакцинации.
- Скрининг на ВГВ проводится путем исследования на HBsAg методом ИФА.
    - При положительном результате этого теста необходимо определить наличие антител к вирусному гепатиту D (по возможности).

[13] Технические вопросы и определения случая для повышения эффективности надзора за вирусным гепатитом, Технический отчет, ВОЗ, Женева, 2016.

- При отрицательном результате этого теста необходимо провести исследование на анти-HBs для выявления показаний к вакцинации против гепатита В.

Тактика ведения пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГВ

Всем пациентам с ко-инфекцией ВИЧ/ВГВ, включая пациентов с циррозом печени в исходе ВГВ, следует начинать АРТ независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции и при любом количестве лимфоцитов CD4 (см. КП «АРТ взрослых и подростков»).

- Всем пациентам с ко-инфекцией ВГВ/ВИЧ следует назначить АРТ с двойной активностью против ВИЧ и ВГВ, включающее:
  - TDF 300 мг (тенофовир дизопроксил фумарат) или TAF 25 мг (тенофовир алафенамид) [14]

в сочетании с:

  - 3TC 150 мг (ламивудин) или FTC 200 мг (эмтрицитабин) + EFV 600 мг (эфавиренц).

Если применение TDF (или TAF) строго противопоказано, пациентам, ранее не получавшим 3TC, можно назначать энтекавир (таблица 5), но не в виде монотерапии из-за его слабой противовирусной активности в отношении ВИЧ.

Таблица 5. Краткое описание противовирусных препаратов, рекомендованных для лечения ВГВ у ЛЖВ

Препарат	Доза	Активность против ВИЧ
Интерферон (ИФН)-α2b	5 млн Ед/сутки или 10 млн Ед 3 раза в неделю п/к в течение 16–48 недель	Есть[а]
ПЕГ-ИФН-α2a	180 мкг 1 раз в неделю п/к в течение 48 недель	Есть[а]
Энтекавир	0,5 мг х 1 раз в сутки (при устойчивости к ламивудину 1,0 мг/сут)	Есть[б]
Эмтрицитабин[в]	200 мг х 1 раз в сутки	Есть[б]
Ламивудин	300 мг х 1 раз в сутки[г]	Есть[б]
Телбивудин	600 мг х 1 раз в сутки	Нет[д]
Тенофовир дизопроксил фумарат	300 мг х 1 раз в сутки	Есть[б]
Тенофовир алафенамид	25 мг х 1 раз в сутки [е]	Есть[б,]

- [а] ИФН и ПЕГ-ИФН могут подавлять репликацию ВИЧ-1.
- [б] Указанные препараты обладают выраженной активностью и против ВГВ, и против ВИЧ, поэтому у ЛЖВ они должны применяться только в комбинации с другими препаратами, чтобы обеспечить также эффективное лечение ВИЧ-инфекции.
- [в] Не одобрен FDA для лечения гепатита В.
- [г] При ВГВ-моноинфекции доза ламивудина составляет 100 мг 1 раз в сутки.
- [д] Есть сообщение об активности против ВИЧ, но другие данные этого не подтвердили.
- [е] В случае применения Лопинавира Ритонавира, дозу TAF снизить до 10 мг/сут. Руководство ВОЗ, 2016

ВСВИ у пациентов с ко-инфекцией ВГВ/ВИЧ

- При иммунодефиците, вызванном ВИЧ-инфекцией, снижается воспалительный процесс в печени у пациентов с ко-инфекцией ВГВ/ВИЧ.

[14]

- Подавление репликации ВИЧ на фоне АРТ приводит к развитию ВСВИ, при котором в первые несколько недель после начала АРТ развивается клинически выраженный гепатит.
- Этот синдром наблюдается у пациентов с очень низким исходным числом лимфоцитов CD4 и/или очень высоким уровнем РНК ВИЧ до начала АРТ.
- Этих симптомов удается избежать, включив в схему АРТ препарат с двойной активностью.

Нежелательно проводить лечение ВИЧ-инфекции без включения в схему тенофовира, т. к. это может привести к обострению гепатита В.

Прекращение лечения гепатита В (особенно при приеме ламивудина) не рекомендуется, т. к. это может привести к реактивации ВГВ, всплескам уровня АЛТ и, в редких случаях, к печеночной недостаточности.

При необходимости замены АРВ-препарата из-за развития устойчивости ВИЧ или токсичности следует продолжать лечение тенофовиром с ламивудином или тенофовиром с эмтрицитабином вместе с другими АРВ-препаратами.

У пациентов с ко-инфекцией ВГВ/ВИЧ в терминальной стадии заболевания печени требуются те же меры по лечению асцита, гепаторенального синдрома, кровотечений из варикозно расширенных вен, печеночной энцефалопатии и других проявлений печеночной декомпенсации, как у неинфицированных ВИЧ пациентов с ВГВ-инфекцией**Ошибка! Закладка не определена.**.

Ко-инфекция ВГВ/ВГD у ЛЖВ

В настоящее время недостаточно данных, которые бы позволили сформулировать четкие принципы ведения лиц с ВГD-инфекцией.

Стойкая репликация ВГD является самым важным предиктором повышения риска смертельного исхода и необходимости противовирусного лечения.

Пег-ИФН – единственный препарат, эффективный в отношении ВГD, оптимальная продолжительность лечения не менее 48 недель.

Противовирусные нуклеоз(т)идные аналоги (энтекавир, тенофовир и др.) неэффективны или недостаточно подавляют репликацию ВГD.

Лекарственная гепатотоксичность

Факторами риска гепатотоксичности могут служить повышенная исходная активность АЛТ, которая может быть связано с оппортунистическими инфекциями, обусловленными ВИЧ-инфекцией; гепатотоксичностью препаратов, использующихся для АРТ или лечения ТБ; употреблением алкоголя; клиренсом ВГВ; развитием лекарственной устойчивости; ВСВИ; реактивацией после отмены лечения или суперинфекцией ВГD, ВГА, ВГС или даже ВГЕ в эндемичных регионах.

На поздней стадии болезни печени лечение эфавиренцем может сопровождаться повышением уровня препарата в крови, увеличивая риск токсичности для центральной нервной системы. Кроме того, лечение некоторыми АРВ-препаратами (невирапин) может сопровождаться повышением риска гепатотоксичности, и следует избегать их назначения лицам с продвинутой стадией болезни печени. (Подробная информация в КП «АРТ взрослых и подростков»)

Рекомендации по замене лечения ВГВ

Пациентов, получающих тенофовир (TDF), в случае развития существенной токсичности для почек или костного мозга — перевести на TAF или энтекавир. При назначении энтекавира вместо TDF, в схему АРТ необходимо включить другой препарат из группы НИОТ, чтобы обеспечить достаточное подавление ВИЧ.

Принципы вакцинации ЛЖВ против ВГВ
Ответ на вакцинацию против гепатита В менее выражен у ЛЖВ или с низким количеством лимфоцитов CD4. В связи, с чем рекомендуется схема с четырьмя удвоенными дозами (40 мкг) вакцины: 0-1-6-12 месяцев.

3. Показания к тестированию ЛЖВ на вирусный гепатит А

Лицам с вновь диагностированной ВИЧ-инфекцией, независимо от статуса по ВГВ и ВГС, рекомендуется скрининг на антитела к вирусу гепатита А (ВГА) Ig M (маркер острой стадии) и Ig G (наличие постинфекционного иммунитета) по возможности.

При наличии результатов:

положительного Ig M, отрицательного Ig G на фоне высоких показателей АЛТ и АСТ – идентифицировать острый вирусный гепатит А и вести пациента согласно «Руководству по вирусному гепатиту А» утвержденного приказом МЗ КР №479 от 25.08.2014г., Бишкек, 2014 г.

- положительного Ig M, отрицательного Ig G на фоне показателей АЛТ и АСТ в пределах нормы – перепроверить анализ на Ig M, для исключения ложноположительного результата анализа.
- отрицательного Ig M, положительного Ig G – идентифицировать постинфекционный иммунитет на ВГА (дальнейшие действия в отношении ВГА не требуются).
- отрицательного Ig M и Ig G – вакцинировать против ВГА (по возможности).

Индикаторы
оценки качества медицинских услуг, оказываемых ЛЖВ с вирусными гепатитами В. С и А

1. Каждая ОЗ первичного уровня (ЦСМ, ЦОВП) и ЦПБС в конце квартала должны собирать следующие данные:

1. число ЛЖВ, обследованных на ВГВ
2. число ЛЖВ, обследованных на ВГС
3. число новых случаев ВИЧ/ВГВ
4. число новых случаев ВИЧ/ВГС
5. число пациентов с ВИЧ/ВГВ на диспансерном учете
6. число пациентов с ВИЧ/ВГС на диспансерном учете
7. число пациентов с ВИЧ/ВГВ, получающих АРТ
8. число пациентов с ВИЧ/ВГС, получающих АРТ
9. число пациентов с ВИЧ/ВГВ, получающих комбинированное лечение
10. число пациентов с ВИЧ/ВГС, начавших лечение ВГС
11. число умерших пациентов с ВИЧ/ВГВ (смерть, связанная с ВГВ)
12. число умерших пациентов с ВИЧ/ВГС (смерть, связанная с ВГС)

2. На основании полученных данных необходимо определить нижеследующие показатели за текущий промежуток времени (квартал, полугодие, год, пятилетие и тд)

1. Охват (%) тестированием на ВГ

$$\frac{\text{Число ЛЖВ, обследованных на ВГВ/ВГС}}{\text{Число выявленных ЛЖВ}} \text{ X } 100$$

2. Доля ЛЖВ, у которых выявлен ВГ

$$\frac{\text{Число ЛЖВ, у которых выявлен ВГВ/ВГС}}{\text{Число ЛЖВ, обследованных на ВГВ/ВГС}}$$

3. Охват (%) диспансерным наблюдением (ДН) ЛЖВ, у которых выявлен ВГ

$$\frac{\text{Число ЛЖВ, с } \frac{\text{ВГВ}}{\text{ВГС}}\text{. которые состоят на ДН}}{\text{Число ЛЖВ, у которых выявлен ВГВ/ВГС}} \text{ X } 100$$

4. Охват (%) лечением ЛЖВ, которые получают АРТ

$$\frac{\text{Число ЛЖВ, с } \frac{\text{ВГВ}}{\text{ВГС}}\text{. которые получают ПВТ ВГ}}{\text{Число ЛЖВ, которые получают АРТ}} \text{ X } 100$$

5. Доля ЛЖВ, у которых осложнения от ВГ стали причиной смерти

$$\frac{\text{Число ЛЖВ, с } \frac{\text{ВГВ}}{\text{ВГС}}\text{. которые умерли от осложнений ВГ}}{\text{Число умерших ЛЖВ,}}$$

3. На основании полученных данных провести оценку качества услуг по тестированию, лечению ВГ у ЛЖВ и определить долю летальности от осложнений ВГ в общей структуре смертности ЛЖВ

4. Провести сравнительную оценку с данными за предыдущий квартал и за данный промежуток времени за прошлый год для улучшения качества работы: увеличение уровня тестирования ЛЖВ на ВГ и охвата лечения ВГ, уменьшить уровень общей смертности ЛЖВ, за счет снижения летальности от осложнений ВГ).

5. Выявить причины, оказывающие отрицательные влияния на указанные показатели и провести работу над ними.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г

«Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций»

Классы МКБ-10: B20– B24.

Оппортунистические инфекции (ОИ) – это инфекционные заболевания, которые развиваются у людей с ослабленной иммунной системой, в том числе у ЛЖВ. Причиной развития многих ОИ являются микроорганизмы, которые, как правило, не являются болезнетворными в условиях, когда иммунная система здорова (условно-патогенная микрофлора).

Сегодня многие ОИ стали встречаться реже в сравнении с ситуацией до начала АРТ, которая не только привела к значительному снижению частоты ОИ, но и в значительной мере изменила их течение.

Каждый врач, занимающийся лечением ВИЧ-инфекции, должен хорошо ориентироваться в вопросах диагностики и лечения ОИ. В этой сфере медицины в последние годы наблюдается прогресс, однако еще не все проблемы решены. Так некоторые ОИ, такие как прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, все еще практически не лечатся, для других заболеваний повышается значение проблем лекарственной устойчивости возбудителя (туберкулёз).

Отдельной проблемой в диагностике и лечении ОИ стоит **воспалительный синдром восстановления иммунитета**, при котором возможно парадоксальное ухудшение течения ранее диагностированной ОИ, или проявление ранее не выявленного заболевания у ВИЧ-положительного пациента вскоре после начала АРТ (Приложение 8.4).

1. Общие принципы оказания помощи пациентам с ОИ

- Выявление и лечение ОИ – обязательный элемент комплексной медицинской помощи пациентам с ВИЧ.
- Важной составляющей системы оказания медицинских услуг пациентам с ОИ является мультидисциплинарный подход, при котором помощь оказывается командой подготовленных специалистов – врача, медицинской сестры, социального работника, «равного» консультанта и др.
- Лечение должны получать все больные с ОИ, независимо от пола и социального положения, в том числе наркопотребители, секс-работники, лица в местах лишения свободы, мигранты и другие представители ключевых групп.
- Решение о необходимости лечения и профилактики ОИ принимается исключительно по медицинским показаниям.
- Во время медикаментозной профилактики и/или лечения ОИ, необходимо продолжать лечение других сопутствующих заболеваний.
- Врачи и медсестры должны объяснять пациентам и их родственникам, что ВИЧ-инфекция - это хроническое заболевание, которое может сопровождаться ОИ.
- Необходимо информировать пациентов о том, что некоторые ОИ можно предупредить с помощью медикаментозной профилактики или вакцинации.

- Пациенты должны понимать важность ранней диагностики ОИ и необходимость обращения к врачу при подозрении на прогрессирование ВИЧ-инфекции. Пациентам необходимо рассказать о симптомах, которые могут указывать на ОИ (и предоставить соответствующий информационный материал) и о которых следует сообщить лечащему врачу.
- Пациентов необходимо информировать о важности регулярных лабораторных и клинических исследований и при необходимости предоставить им соответствующий график проведения исследований.

2. Первичная профилактика ОИ

Во многих случаях ОИ можно выявить связь между развитием заболевания и иммунным статусом пациента (количество лимфоцитов CD4). Первичная профилактика ОИ у ВИЧ-положительных пациентов в большинстве случаев проводится на основании данных о риске развития заболевания на фоне снижения уровня лимфоцитов CD4.

ОИ	Показания	Препараты выбора	Примечания
ПЦП	Уровень лимфоцитов CD4 менее 200/мкл **ИЛИ** Активный туберкулёз	ТМП/СМК (котримоксазол) 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 1 раз в сутки **Альтернативный режим** ТМП/СМК 80/400 мг 1 таблетка внутрь 1 раз в сутки **ИЛИ** ТМП/СМК 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница)	Профилактика может быть прекращена: - у клинически стабильных пациентов (без каких-либо новых явлений, соответствующих клинической стадии 2, 3 или 4) - получающих АРТ не менее 1 года - при наличии признаков восстановления иммунитета с уровнем лимфоцитов CD4 более 200 клеток/мкл **И/ИЛИ** при наличии признаков вирусной супрессии (ВН менее 1000 копий/мл в двух последовательных определениях). У пациентов с ТБ/ВИЧ профилактика должна проводиться как минимум на протяжении всего курса лечения ТБ.
Токсоплазмоз	Уровень лимфоцитов CD4 менее 100/мкл	ТМП/СМК (котримоксазол), 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 1 раз в сутки	См. ПЦП
Туберкулёз	При отсутствии активного ТБ **И** При полном отсутствии таких симптомов, как кашель, лихорадка, снижение массы тела или ночная потливость	Изониазид, 300 мг внутрь + пиридоксин 10-25 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 6 месяцев (через каждые 2 года)	ЛЖВ имеют больший риск развития изониазид-ассоциированной нейропатии, чем общая популяция, особенно, если эти пациенты пониженного питания (истощены). Отсутствие пиридоксина не должно ограничивать назначение ПТИ. Более подробные рекомендации по проведению ПТИ изложены в клиническом протоколе по ведению сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ.

Атипичный микобактериоз (МАС-инфекция)	Число CD4 менее 50/мкл	Азитромицин, 1200 мг внутрь 1 раз в неделю **ИЛИ** Кларитромицин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки	Профилактика может быть прекращена, если у пациента более трех месяцев подряд количество лимфоцитов CD4 стабильно превышает 100/мкл.
Криптококковая инфекция	Число CD4 менее 100/мкл **И** Положительный тест на антиген криптококка (CrAg)	Флуконазол, 100–200 мг внутрь 1 раз в сутки	Рутинная противогрибковая первичная профилактика криптококкоза не проводится у ЛЖВ, получающих АРТ с уровнем лимфоцитов CD4 менее 100 клеток/мкл, при отрицательном результате анализа на CrAg или при неизвестном CrAg-статусе. В случаях, когда ЛЖВ не получает АРТ и уровень лимфоцитов CD4 менее 100 клеток/мкл, следует назначить противогрибковую первичную профилактику криптококкоза.

3. Синдромальный подход в диагностике ОИ

В условиях ограниченного доступа к лабораторным и инструментальным методам исследования важное значение приобретает синдромальный подход в диагностике ОИ. В данном случае, при наличии какого-либо патологического синдрома или симптома и затруднении при выявлении этиологии заболевания, следует выделить наиболее вероятные причины, связанные с ВИЧ (например, с учетом данных анамнеза, эпидемиологических и лабораторных данных), а затем использовать имеющиеся ресурсы для диагностики в направлении от наиболее вероятной причины заболевания к наименее вероятной. При любом заболевании у ЛЖВ следует проводить дифференциальную диагностику ОИ с заболеваниями, не связанными с ВИЧ-инфекцией.

Синдром или симптом	Вероятная причина, связанная с ВИЧ-инфекцией
Анемия	• ВИЧ-ассоциированная анемия • МАС-инфекция • Онкологические заболевания (неходжкинские лимфомы) • Прием AZT, ганцикловира • Кишечное кровотечение, например, вследствие ОИ, сопровождающейся геморрагическим колитом

Головная боль	• Токсоплазмоз ЦНС
	• Менингит
	  • Бактериальный
	  • Туберкулезный
	  • Криптококковый
	• Первичная лимфома ЦНС
	• Синусит

Диарея	• Криптоспоридиоз • МАС-инфекция • ЦМВ-инфекция (колит) • Многие другие бактериальные, вирусные, протозойные кишечные инфекции • Саркома Капоши с поражением кишечника

	• Псевдомембранозный колит (наиболее часто после приема фторхинолонов, клиндамицина и бета-лактамных антибиотиков широкого спектра действия) • АРТ (ингибиторы протеазы)

Дисфагия
 	
Загрудинные боли
	• Эзофагит при:
	  • ЦМВ-инфекции
	  • ВПГ-инфекции
	  • Кандидозе

Кашель	• Туберкулёз • Бактериальная пневмония • ПЦП • Вирусная пневмония
Лихорадка	• Большинство ОИ • Онкологические заболевания (неходжкинские лимфомы) • Синдром гиперчувствительности (применение NVP, ABC)
Лимфоаденопатия	• ВИЧ-лимфоаденопатия • Туберкулез • Саркома Капоши • MAC-инфекция • Онкологические заболевания (неходжкинские лимфомы)
Нарушение зрения	• ЦМВ-ретинит • Токсоплазменный хориоретинит • Вирус *varicella-zoster* • Первичная лимфома ЦНС • Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия • Криптококковый менингит
Одышка	• Анемия • Бактериальная пневмония • Туберкулез • ПЦП • Диссеминированная ЦМВ-инфекция с поражением легких • Саркома Капоши с поражением легких • Лактацидоз (применение AZT, очень редко – другие НИОТ) • Синдром гиперчувствительности (применение NVP, ABC)
Парестезии	• Побочное действие изониазида, редко – НИОТ

Потеря веса	• Тяжелые ОИ
	  • Туберкулез
	  • MAC-инфекция
	  • ПЦП
	  • ЦМВ-инфекция
	• Онкологические заболевания (неходжкинские лимфомы)
	• ВИЧ-кахексия
	• Липоатрофия (редко – применение AZT, другие НИОТ – очень редко)

Потливость по ночам	• Туберкулез • МАС-инфекция • Онкологические заболевания (неходжкинские лимфомы)

Судороги	• Токсоплазмоз ЦНС
	• Менингит
	  • Бактериальный
	  • Туберкулезный
	  • Криптококковый
	• Первичная лимфома ЦНС
	• Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия

Сыпь	• ВИЧ-ассоциированный зудящий папулезный дерматоз • Побочное действие EFV, NVP, ABC, котримоксазола
Тромбоцитопения	• ВИЧ-ассоциированная тромбоцитопения • МАС-инфекция • Онкологические заболевания (неходжкинские лимфомы)

4. Клиническая стадия 1.

4.1. Персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (ПГЛ).

- **Определение**: Безболезненные увеличенные лимфатические узлы двух или более несмежных групп (за исключением паховых) диаметром более 1 см в течение, по крайней мере, 3-х месяцев, в отсутствие другой причины.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями персистентной генерализованной лимфоаденопатии.
- **Возбудитель:** *ВИЧ* (репликация вируса в лимфоидной ткани).
- **Клинические критерии**:
  - Лимфаденопатия может быть единственным признаком ВИЧ-инфекции.
  - Характерно симметричное генерализованное увеличение лимфатических узлов.
  - Увеличенные лимфоузлы, как правило, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные; лучше всего пальпируются шейные, подмышечные, подчелюстные и паховые лимфоузлы.
  - Дифференциальная диагностика - персистирующее увеличение лимфатических узлов также может быть проявлением туберкулёза, лимфом, саркомы Капоши, ЦМВ-инфекции, токсоплазмоза и других ОИ.
- **Лабораторные критерии:** обычно не требуется.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия и другие биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое обследование (например, при подозрении на туберкулёз).
  - Ультразвуковое обследование.
  - При гистологическом исследовании лимфатических узлов при ПГЛ, как правило, обнаруживается только «реактивная гиперплазия» или «фолликулярная гиперплазия». Поэтому биопсия и гистологическое исследование пораженных лимфоузлов показаны в следующих случаях:

    - Несимметричное увеличение лимфоузлов.
    - Выраженное увеличение лимфоузлов (по крайней мере, один лимфоузел более 3 см в диаметре).
    - Выраженная болезненность, воспаление кожи над увеличенными лимфатическими узлами.
    - Лимфоузлы остаются увеличенными в течение всего периода наблюдения.
    - Выявлены признаки туберкулёза при рентгенологическом исследовании.
    - Потеря веса, лихорадка и ночная потливость.
- **Лечение на амбулаторном уровне**: специфического лечения не требуется.

5. Клиническая стадия 2.

5.1. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей.

- **Определение**: рецидивирующие (текущий эпизод плюс один или более за последние 6 месяцев) бактериальные инфекции верхних дыхательных путей (синусит, тонзиллит, фарингит, средний отит) без признаков вирусной инфекции (например, насморк, кашель).
  - **Острый фарингит** – острое воспаление слизистой оболочки глотки.
  - **Острый тонзиллит** – острое воспаление лимфоидного кольца глотки (чаще небных миндалин). Обычно бывает сочетание этих двух патологических состояний – **тонзиллофарингит**.
  - **Острый средний отит –** острое инфекционное воспаление среднего уха (слуховой трубы, барабанной полости, пещеры и воздухоносных ячеек сосцевидного отростка).
  - **Острый синусит** – острое воспаление слизистой оболочки придаточных пазух носа.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций.
- **Возбудители:** *стрептококк, моракселла, гемофильная палочка, стафилококк, клебсиелла, синегнойная палочка* и др.
- **Клинические критерии**:
  - **Синусит**:
    - Лихорадка (более 38^0C).
    - Заложенность носа.
    - Гнойные выделения из носа.
    - Лицевая и головная боль, усиливающаяся при наклоне вперед.
    - Болезненность при надавливании на точки проекции придаточных пазух.
  - **Фарингит, тонзиллит**:
    - Лихорадка (более 38^0C).
    - Боли в горле, иногда отдают в ухо.
    - Головная боль и рвота.
    - Гиперемия зева, увеличение миндалин.
    - Налет на миндалинах.
    - Насморк, кашель, осиплость голоса нехарактерны (чаще встречаются при вирусной инфекции).
    - Увеличение регионарных лимфатических узлов.
  - **Средний отит**:
    - Лихорадка (более 38^0C).

        - Боли в ухе, заложенность и ощущение шума.
        - Гноетечение из уха.
        - Гиперемия и выбухание барабанной перегородки (при отоскопии).
- **Лабораторные критерии:** не требуется.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
    - Общий анализ крови.
    - Посев биологических выделений на культуру и определения резистентности возбудителя показан в случае отсутствия эффекта от проводимой антибактериальной терапии.
- **Инструментальное обследование на амбулаторном уровне:**
    - Риноскопия.
    - Отоскопия.
    - Рентгенологическое обследование (синусит).
    - КТ (при подозрении на внутричерепные осложнения).
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
    - **Синусит:**
        - Промывание носа раствором (0,5 литра кипяченной и охлажденной воды, 0,5 чайной ложки поваренной соли, 0,5 чайной ложки пищевой соды) в течение 5 суток.
        - Болеутоляющие средства – ибупрофен, парацетамол при необходимости.
        - Местные деконгестанты (нафазолин, ксилометазолин и др.) в целом не рекомендованы при остром бактериальном синусите.
        - Антибактериальная терапия:
            - Амоксициллин/клавуланат по 500/125 мг внутрь 3 раза в сутки (или 875/125 мг внутрь 2 раза в сутки) в течение 5-7 суток.
            - В случае непереносимости амоксициллина – доксициклин (не назначать беременным – класс тератогенности по FDA – D) 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5-7 суток.
            - В случае неудачи терапии указанными антибиотиками могут быть назначены респираторные фторхинолоны (левофлоксацин или моксифлоксацин), либо комбинация цефалоспорина 2-3 поколения с клиндамицином.
    - **Фарингит, тонзиллит**:
        - Болеутоляющие средства – ибупрофен, парацетамол при необходимости.
        - Местные анальгетики.
        - Антибактериальная терапия:
            - Амоксициллин (препарат выбора) 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 суток.
            - Азитромицин (при непереносимости амоксициллина) 500 мг внутрь однократно в первый день, затем по 250 мг со второго по пятый день лечения.
    - **Средний отит**:
        - Болеутоляющие средства – ибупрофен, парацетамол при необходимости.
        - Местные анальгетики.
        - Антибактериальная терапия:
            - Амоксициллин/клавуланат по 500/125 мг внутрь 3 раза в сутки (или 875/125 мг внутрь 2 раза в сутки) в течение 5-7 суток.
            - Азитромицин (при непереносимости амоксициллина) 500 мг внутрь однократно в первый день, затем по 250 мг со второго по пятый день лечения.

        - Цефтриаксон (альтернативный препарат) 50 мг/кг в/м или в/в 1 раз в сутки в течение 1-3 суток.
- **Показания к госпитализации**:
    - **Синусит**:
        - Нарушения зрения.
        - Периорбитальный отек и гиперемия.
        - Тяжелые головные боли и лихорадка.
        - Признаки менингита.
        - Нарушение сознания.
        - Отсутствие эффекта от лечения антибиотиками.
        - Анатомическая обструкция.
    - **Тонзиллит, фарингит**:
        - Тяжелая форма заболевания (не может есть/пить, признаки обезвоживания).
        - Паратонзиллярный абсцесс или другие гнойные осложнения.
        - Отсутствие эффекта от лечения антибиотиками.
        - Рецидивирующий тонзиллит (≥5 эпизодов в течение каждого из 2 лет подряд или ≥ 7 эпизодов в течение 1 года).
    - **Средний отит:**
        - Неэффективность лечения в течение двух недель.
        - Дефект барабанной перепонки, не закрывшийся в течение 2 месяцев, или невозможность провести отоскопию.
        - Сложности дифференциальной диагностики.
        - Мастоидит и другие гнойные осложнения*.

***Примечание: дополнительная информация по ведению бактериальных инфекций дыхательных путей изложена в сборнике клинических протоколов по респираторным заболеваниям, утвержденных приказом Министерства здравоохранения № 626 от 17.11.2014.**

5.2. Опоясывающий лишай.

- **Определение**: вирусная инфекция, проявляющаяся болезненной везикулярной сыпью в пределах дерматома без пересечения срединной линии.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций.
- **Возбудитель:** вирус *varicella-zoster*. Основные факторы риска — пожилой возраст и поздние стадии ВИЧ-инфекции, однако риск возникновения опоясывающего лишая повышен у ВИЧ-инфицированных пациентов с любым количеством лимфоцитов CD4.
- **Клинические критерии**:
    - В продромальном периоде возможны боли и зуд в области пораженного дерматома.
    - Типичные высыпания, проходящие стадии развития (пятно – папула – везикула – корочка) в течение 3-5 суток.
    - Высыпания сопровождаются сильной болью, слабостью, иногда – лихорадкой.
    - Может развиваться диссеминированная форма с поражением кожи, нервной системы, легких, глаз (ретинит).
    - **Осложнения**:
        - Некроз сетчатки с потерей зрения (как правило, у пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 менее 100/мкл).
        - Поражение нервной системы (миелит, энцефалит, неврит, менингит).

    - Постгерпетическая невралгия.
    - Бактериальная суперинфекция.
- **Лабораторные критерии:** не требуется, диагноз устанавливается на основании клинической картины. Однако в сомнительных случаях диагноз можно подтвердить при помощи обнаружения возбудителя в мазках или биоптатах высыпаний при помощи ПЦР.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
    - Общий анализ крови.
- **Лечение на амбулаторном уровне:**

Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения	Примечание
Нетяжелая форма опоясывающего лишая					
Ацикловир	800 мг	5 раз в сутки	Внутрь	7–10 суток	Классификация тератогенности FDA - класс B.
Или					
Валацикловир	1000 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7–10 суток	Классификация тератогенности FDA - класс B.
Тяжелая форма опоясывающего лишая с поражением висцеральных органов или глаз					
Ацикловир	10 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	7–10 суток	До заживления высыпаний.
Или					
Фоскарнет (при устойчивости возбудителя к ацикловиру)	40 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	14 суток	Классификация тератогенности FDA - класс C.

    - Для облегчения болевого синдрома при постгерпетической невралгии: НПВС, амитриптилин, карбамазепин, фенитоин, пластырь с лидокаином.
    - **Показания к госпитализации**:
        - Поражение висцеральных органов и глаз.
        - Тяжелая форма опоясывающего лишая, осложненная бактериальной суперинфекцией.

5.3. Ангулярный хейлит.

- **Определение**: заболевание преимущественно грибковой этиологии и сопровождающееся трещинами в уголках рта в отсутствие дефицита железа и авитаминозов.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.4 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза.
- **Возбудитель:** *Candida spp*.
- **Клинические критерии**: трещины и/или язвы в уголках рта, сопровождающиеся умеренной болью.
- **Лабораторные критерии:** обычно не требуются. В редких случаях, при упорном течении и отсутствии эффекта от лечения проводится культуральное исследование отделяемого из трещин/язв и определения резистентности возбудителя.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
    - Общий анализ крови.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:

- Проводится местное лечение противогрибковыми средствами (нистатин, пимафуцин, кетоконазол).
- В случае присоединения бактериальной инфекции проводится лечение антибактериальными препаратами для местного применения (эритромицин, неомицин, бацитрацин).

5.4. Рецидивирующие язвы полости рта (афтозный стоматит).

- **Определение**: заболевание неизвестной этиологии, сопровождающееся болезненными рецидивирующими (два или более эпизода за последние 6 месяцев) язвами полости рта.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- **Возбудитель:** этиология неизвестна.
- **Клинические критерии**:
  - Рецидивирующие белые или желтые язвы с красным воспалительным ободком размером от 3 до 10 мм.
  - При выраженном иммунодефиците размер язв может превышать 1 см, которые персистируют в течение нескольких недель.
  - Дифференциальный диагноз проводится с инфекцией, вызванной ВПГ, ЦМВ.
- **Лабораторные критерии:** не требуется.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - При упорном течении рекомендуется выполнить биопсию в целях дифференциальной диагностики с онкологическими заболеваниями.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - **Уход за полостью рта** - полоскание теплой подсоленной водой после каждого приема пищи; чистка зубов щеткой и нитью 2 раза в день; полоскание растворами местных антисептиков (например, раствором хлоргексидина биглюконата 0,1-0,2 %) 2-3 раза в день.
  - На фоне эффективной АРТ наблюдается резкое улучшение течения афтозного стоматита.
  - Местные анестетики (например, лидокаин).
  - Глюкокортикоиды (например, преднизолон, дексаметазон, триамцинолон) для местного применения.
  - **Показания к госпитализации**: Тяжелая форма заболевания (не может есть/пить, признаки обезвоживания).

5.5. Зудящая папулёзная сыпь (зудящий дерматоз).

- **Определение**: заболевание неизвестной этиологии, сопровождающееся папулёзными зудящими элементами, нередко с послевоспалительной гиперпигментацией.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- **Возбудитель:** этиология неизвестна.
- **Клинические критерии**:
  - Зудящие папулы размером от 2 до 10 мм, чаще всего появляющиеся на конечностях, реже – диффузное поражение кожных покровов.

- Требуется осмотр дерматолога с целью дифференциальной диагностики с чесоткой, узловатой почесухой, эозинофильным фолликулитом, инфекционными заболеваниями.
- **Лабораторные критерии:** не требуются.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - При упорном течении рекомендуется выполнить биопсию очагов поражения.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - На фоне эффективной АРТ наблюдается резкое улучшение течения заболевания.
  - Антигистаминные препараты внутрь.
  - Глюкокортикоиды для местного применения (например, преднизолон 0,5%).
  - Фототерапия.
  - **Показания к госпитализации**: Тяжелая форма заболевания, осложненная бактериальной суперинфекцией.

5.6. Себорейный дерматит.

- **Определение**: заболевание грибковой этиологии, сопровождающееся зудом и шелушением кожи, обычно на волосистых участках тела.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.5 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов.
- **Возбудитель:** грибок *Malassezia furfur*.
- **Клинические критерии**:
  - Мелко- или крупнопластинчатое шелушение жирно-желтого цвета, в большинстве случаев шелушение возникает на фоне эритемы с резко очерченными границами.
  - Типичная локализация – места с большим скоплением сальных желез (область бровей, носогубные складки, лоб, волосистая часть головы, наружный слуховой проход, пах).
- **Лабораторные критерии:** обычно не требуется. Микроскопическое исследование соскоба с пораженного участка кожи в сомнительных случаях.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - На фоне эффективной АРТ наблюдается резкое улучшение течения заболевания.
  - Противогрибковые препараты для местного применения (кетоконазол 2%, тербинафин).
  - Глюкокортикоиды (например, гидрокортизон 1%) для местного применения.
  - Средства для местного применения (например, лечебные шампуни), содержащие пиритион цинка или дисульфид селена.
  - В тяжелых случаях применяется системная терапия итраконазолом или тербинафином.

5.7. Онихомикозы.

- **Определение**: заболевание грибковой этиологии, протекающее с поражением преимущественно ногтевых пластинок.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.5 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов.
- **Возбудители:** *T. rubrum, M. canis, E. floccosum, T. tonsurans* и др.
- **Клинические критерии**:
  - Боль, покраснение и отек ногтевого ложа.

- Утолщения и изменения цвета ногтя.
- Ногти становятся ломкими и утолщенными, нарушается их рост (ониходистрофия), возможна их отслойка от ногтевого ложа.

- **Лабораторные критерии:** Обнаружение возбудителя при микроскопии соскоба с пораженного участка.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - Местное лечение (например, тербинафином), как правило, сочетают с системной терапией.
  - Тербинафин 250 1 раз в сутки в течение 6 недель (при поражении ногтей пальцев рук) или 12 недель (при поражении ногтей пальцев ног).
  - Альтернативный препарат для системного лечения – итраконазол (200 мг 2 раза в сутки).
    - Поражение ногтей на руках: в течение 1 недели каждый месяц на протяжении 2 месяцев.
    - Поражение ногтей на ногах: в течение 1 недели каждый месяц на протяжении 3–4 месяцев.
  - По классификации тератогенности FDA итраконазол относятся к классу С, тербинафин – к классу В.

5.8. Необъяснимая умеренная потеря веса (менее 10 % от измеренной массы тела).

- **Определение**: патологическое состояние, сопровождающееся жалобами на необъяснимое снижение веса. Данное патологическое состояние в контексте определения клинической стадии ВИЧ-инфекции должно быть установлено методом исключения всех возможных причин потери веса с учетом имеющихся ресурсов. В случае обнаружения причины потери веса (например, туберкулез, онкологическое заболевание), диагноз необъяснимой сильной потери веса не устанавливается.
- **Шифр по МКБ-10**: B22.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома.
- **Причины**: **возможно влияние следующих факторов** - хронические и рецидивирующие инфекции; онкологические заболевания; индуцированная ВИЧ миопатия; индуцированная ВИЧ потеря аппетита; побочное действие лекарственных средств, в том числе АРВП.
- **Клинические критерии**:
  - Документально подтвержденное похудание до 10 % от ранее измеренной массы тела.
  - Консультация специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог, онколог, хирург, психиатр) с целью исключения неинфекционной причины потери веса (например, гипогонадизм, сахарный диабет, недостаточное питание и синдром мальабсорбции, депрессия, потребление психоактивных веществ, в том числе алкоголя).
- **Лабораторные критерии (при возможности)**:
  - Исключить оппортунистические и сопутствующие инфекции (культуральные, микроскопические, серологические и другие виды исследования), а также неинфекционные причины потери веса (например, измерение уровня тестостерона при гипогонадизме).
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое исследование.
  - Ультразвуковое исследование.
  - Эндоскопические методы исследования (при возможности).

- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Микроскопическое исследование кала, анализ кала на яйца гельминтов.
  - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
  - Скрининг на вирусные гепатиты В и С.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - При идентификации причины потери веса – соответствующее лечение.
  - Коррекция схемы АРТ (при подозрении на потерю веса, обусловленную действием AZT).
  - Улучшение условий и режима питания.
  - Лечение диареи и синдрома мальабсорбции.
  - В ряде случаев могут быть использованы тестостерон (при гипогонадизме) и анаболические стероиды (эффективность невелика).
  - **Показания к госпитализации:**
    - Отрицательная динамика с присоединением симптомов поражения органов и систем (например, нарушение сознания, олигоурия, одышка, артериальная гипотензия, лихорадка, анемия, диарея и обезвоживание, выраженные изменения биохимических показателей).

6 Клиническая стадия 3.

6.1. Острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит.

- **Определение**: заболевание, вызываемое анаэробными бактериями и сопровождающееся язвенно-некротическим поражением мягких тканей полости рта и периодонта.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций.
- **Основной возбудитель:** анаэробные бактерии (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Campylobacter rectus, Eikenella corrodens* и *Bacteroides forsythia).*
- **Клинические критерии**: гиперемия и отек десен, образование язв и некроз, сильная боль, изъязвление десневых сосочков, утрата зубов, спонтанные кровотечения, неприятный запах изо рта, быстрая утрата костной или мягких тканей.
- **Лабораторные критерии:** не требуется.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - **Уход за полостью рта** - полоскание теплой подсоленной водой после каждого приема пищи; чистка зубов щеткой и нитью 2 раза в день; полоскание растворами местных антисептиков (например, раствором хлоргексидина биглюконата 0,1-0,2 %) 2-3 раза в день.
  - **Лечение у стоматолога** – санация полости рта (удаление распавшихся тканей).

- **Антимикробная терапия** – метронидазол, 500 мг внутрь два раза в сутки, в течение 7 суток. Альтернативные препараты – эритромицин, 500 мг внутрь четыре раза в сутки, в течение 7 суток; амоксициллин/клавуланат, 500/125 мг внутрь три раза в сутки, в течение 7 суток. По классификации тератогенности FDA эритромицин, амоксициллин/клавуланат и метронидазол относятся к классу B.
- **Показания к госпитализации**: тяжелая форма заболевания (не может есть/пить, признаки обезвоживания); необходимость проведения обширного хирургического вмешательства, длительной инфузионной терапии*.

***Примечание: дополнительная информация по ведению пациентов с гингивитом и пародонтитом изложена в клиническом руководстве «Диагностика и лечение воспалительных заболеваний пародонта», утвержденном приказом Министерства здравоохранения № 327 от 11.06.2012.**

6.2. Персистирующий кандидозный стоматит.

- **Определение**: Персистирующая или рецидивирующая (2 и более эпизодов за последние 6 месяцев) грибковая инфекция, сопровождающаяся поражением слизистой оболочки щек, языка, ротоглотки, десен, твердого и мягкого нёба.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.4 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза.
- **Возбудитель** - *Candida spp*. Факторы риска – прием антибиотиков, постоянный прием кортикостероидных препаратов.
- **Клинические критерии**:
  - *Псевдомембранозный кандидоз*. Персистирующие или рецидивирующие кремово-белые творожистые налеты, которые можно снять шпателем, что позволяет отличить их от волосатой лейкоплакии полости рта.
  - *Атрофический кандидоз.* Плоские, неравномерно окрашенные эритематозные пятна на спинке языка, иногда на слизистой оболочке щек, нёба или дна полости рта. Спинка языка выглядит гладкой, лишенной сосочков, имеет красный цвет, без налета.
  - Болевой синдром отсутствует или выражен умеренно.
- **Лабораторные критерии**: обычно не требуется.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Посев материала из очагов поражения может проводиться для определения вида возбудителя и исследования на чувствительность к препаратам у пациентов с плохо поддающейся лечению инфекцией, но не для установления диагноза, поскольку этот микроорганизм относится к числу условно-патогенных и для него характерна высокая частота бессимптомного носительства.
- **Лечение кандидозного стоматита на амбулаторном уровне**:

Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Средняя продолжительность лечения	Примечание
Препараты выбора					
Флуконазол	100 мг	Принимается один раз в сутки; 200 мг в первые сутки, затем по 100 мг в сутки	Внутрь	7-14 суток	Классификация тератогенности FDA – класс C
Или					

Миконазол	Мукоадгезивные таблетки	1 раз в сутки	Таблетку держат за щекой до полного рассасывания	7-14 суток	
Альтернативные препараты					
Итраконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	7-14 суток	Классификация тератогенности FDA – класс С. Более токсичен, более активно вступает в лекарственные взаимодействия в сравнении с флуконазолом.

- **Поддерживающая терапия**:
  - Наилучшая профилактика рецидивов кандидозной инфекции - восстановление иммунной системы (АРТ) и отсутствие приема кортикостероидных и антибактериальных препаратов.
  - При тяжелом рецидивирующем течении кандидозного стоматита назначают флуконазол 100 мг внутрь ежедневно или 200 мг 3 раза в неделю.
  - **Показания к госпитализации**: тяжелая форма заболевания (не может есть/пить, признаки обезвоживания); необходимость проведения длительной инфузионной терапии.

6.3. Волосатая лейкоплакия полости рта.

- **Определение**: заболевание, сопровождающееся специфическим поражением слизистой оболочки языка. Заболевание встречается практически только у ЛЖВ, само по себе не несет опасности, но является признаком значительного иммунодефицита.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций.
- **Возбудитель** - *вирус Эпштейна-Барр*.
- **Клинические критерии**:
  - Плотно прилегающий белый или серый налет на боковых поверхностях языка (с одной или с обеих сторон), реже на дорзальной или вентральной поверхностях языка.
  - Поверхность налета сморщенная, неравномерно складчатая.
  - Волосатую лейкоплакию часто принимают за кандидоз полости рта, что требует дифференциальной диагностики.
- **Лабораторные критерии**: обычно не требуется.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - В редких случаях требуется биопсия очагов поражения с целью дифференциальной диагностики с онкологическими заболеваниями.
- **Лечение на амбулаторном уровне:**
  - Пациенты редко предъявляют жалобы, поэтому и специфическое лечение назначается редко.
  - Обычно рекомендуется тщательное соблюдение гигиены полости рта.
  - На фоне АРТ клинические проявления исчезают или значительно уменьшаются.

- Ацикловир 800 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 2-3 недель. Основная проблема заключается в том, что после прекращения приема ацикловира налеты появляются снова. По классификации тератогенности FDA ацикловир относится к классу В.
- **Показания к госпитализации**: госпитализация не требуется.

6.4. Бактериальная пневмония (внебольничная).

- **Определение**: У ЛЖВ пневмония относится к категории тяжёлых бактериальных инфекций. Под *внебольничной пневмонией* следует понимать острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях - то есть вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, характеризующееся поражением респираторных отделов легких (альвеолы, альвеолярные ходы и респираторные бронхиолы) с наличием внутриальвеолярной воспалительной экссудации, клинически проявляющееся лихорадкой и инфильтрацией паренхимы легкого, подтверждаемой рентгенологически.
- **Шифр по МКБ-10**: В20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций.
- **Возбудители**: наиболее частыми возбудителями внебольничных пневмоний ЛЖВ являются *Streptococcus pneumoniae, Hämophilus influenza, микоплазмы, реже - Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, клебсиеллы* и др.
- **Факторы риска** - никотиновая и алкогольная зависимость, заболевания легких в анамнезе, сахарный диабет, несанированная полость рта.
- **Клинические критерии**: К основным клиническим проявлениям и физикальным изменениям при внебольничной пневмонии относятся кашель с выделением мокроты; лихорадка; боли в грудной клетке, связанные с дыханием и кашлем; одышка; усиление голосового дрожания; укорочение перкуторного звука; влажные хрипы или крепитация.
- **Лабораторные критерии**: **при доступности** в целях идентификации возбудителя рекомендуется провести микроскопическое (окраска по Грамму) и культуральное исследование мокроты, серологическое обследование (ИФА) на *C.pneumoniae* и *M.pneumoniae*, забор крови для посева на гемокультуру (до начала лечения антибактериальными препаратами).
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне**: Основным рентгенологическим признаком пневмонии является локальное уплотнение (затемнение, инфильтрация) легочной ткани, на фоне клинических симптомов острого воспалительного заболевания легких.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия и другие биохимические исследования (не дают какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на поражение ряда органов/систем, что имеет прогностическое значение, а также оказывает влияние на выбор схемы лечения).
- **Лечение на амбулаторном уровне**: При нетяжелой внебольничной бактериальной пневмонии у пациентов со стабильным течением ВИЧ-инфекции и отсутствием выраженного иммунодефицита лечение можно проводить в амбулаторных условиях. Антимикробные препараты должны назначаться как можно раньше.

Антимикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ введения	Средняя продолжительность лечения	Примечание
Амоксициллин	500 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7 суток	Классификация тератогенности FDA – класс B.
Или					
Азитромицин	500 мг	1 раз в сутки	Внутрь	3–5 суток	Классификация тератогенности FDA – класс B.

- **Альтернативные препараты** назначаются в случае наличия выраженного иммунодефицита, если имеется подозрение на лекарственную устойчивость возбудителя внебольничной пневмонии (например, у пациентов, принимавших антимикробные препараты за последние 3 месяца ≥2 дней), а также в случае наличия сопутствующих соматических заболеваний (например, цирроз печени, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких).

Антимикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ введения	Средняя продолжительность лечения	
Амоксицил-лин/клавуланат +/- макролид (азитромицин, кларитромицин)	500/125 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7 суток	Классификация тератогенности FDA: амоксициллин/клавуланат, азитромицин – класс B; кларитромицин – класс C.
Или					
Левофлоксацин	500 мг	1 раз в сутки	Внутрь	7 суток	Классификация тератогенности FDA – класс C. Следует избегать широкого применения ввиду высокой распространенности туберкулеза. В целом рекомендован для лечения внебольничной пневмонии, если терапия первой линии не удалась. Предпочтительней использовать комбинацию бета-лактамного антибиотика + макролид (или доксициклин).
Или					
Цефуроксим аксетил	500 мг	2 раза в сутки	Внутрь	7 суток	Классификация тератогенности FDA – класс B.

- Если в течение 48-72 часов лечения антимикробными препаратами состояние пациента не улучшается (сохраняются лихорадка, лейкоцитоз, симптомы интоксикации), необходимо пересмотреть схему лечения и/или рассмотреть необходимость госпитализации.
- **Показания к госпитализации:**

- Данные физикального обследования: частота дыхания ≥30/мин; диастолическое артериальное давление ≤60 мм рт.ст.; систолическое артериальное давление <90 мм рт. Ст.; частота сердечных сокращений ≥125/мин; температура <35,5°С или ≥39,9°С; нарушение сознания.
- Лабораторные и рентгенологические данные: количество лейкоцитов периферической крови <4,0x10^9 /л или >20,0x10^9 /л; креатинин сыворотки крови >176,7 мкмоль/л; пневмоническая инфильтрация, локализующаяся более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких; гематокрит <30% или гемоглобин <90 г/л; внелегочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.); признаки сепсиса или полиорганная недостаточность.
- Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях*.

***Примечание: дополнительная информация по ведению внебольничной пневмонии изложена в клиническом руководстве «Диагностика и лечение внебольничной пневмонии у взрослых», утвержденном приказом Министерства здравоохранения № 189 от 18.04.2013.**

6.5. Необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца.

- **Определение**: хронической (персистирующей) диареей считается состояние, сопровождающееся жидким стулом 3 и более раз в сутки в течение одного месяца и более. Данное патологическое состояние в контексте определения клинической стадии ВИЧ-инфекции должно быть установлено методом исключения всех возможных причин диареи с учетом имеющихся ресурсов. В случае обнаружения патогенного возбудителя диареи, или выявления причины диареи, не связанной с ВИЧ-инфекцией, диагноз необъяснимой хронической диареи не устанавливается.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- **Возбудители***: Salmonella spp, Mycobacterium avium complex (MAC), Cryptosporidium parvum, Clostridium difficile, Isospora belli, Microsporidia, Esherichia coli, Giardia intestinales, цитомегаловирус* и др.
- **Клинические критерии**:
  - Жидкий стул 3 и более раз в сутки в течение одного месяца и более.
  - Примесь крови в кале может быть в случаях, вызванных *Shigella, Campylobacter jejuni, Salmonella, Entamoeba histolytica, цитомегаловирусом*.
  - Могут присутствовать: плохой аппетит и потеря веса; признаки обезвоживания, анемии и истощения.
  - Консультация специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог, онколог, хирург) с целью исключения неинфекционной причины диареи.
- **Лабораторные критерии:** - отрицательные результаты при проведении следующих видов исследований (**при возможности**):
  - Посев крови: микобактерии комплекса *M. avium, Salmonella.*
  - Посев кала на *Salmonella, Shigella, C. jejuni, Vibrio, Yersinia, E. coli* 0157.
  - Анализ кала на токсины А и В *C. difficile* или комбинированный тест на токсин и антиген *C. difficile*.
  - Анализ кала на паразитозы (*Cryptosporidia, Giardia*).
  - Анализ кала на яйца гельминтов.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Эндоскопические методы исследования (цитомегаловирусный колит, саркома Капоши).

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Электролиты крови (при возможности).
  - Общий анализ мочи.
  - Микроскопическое исследование кала.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - Оральная регидратационная терапия (ОРТ) - введение жидкости через рот для предотвращения или коррекции обезвоживания.
  - При антибиотик-ассоциированной диарее (возбудитель - *Clostridium difficile*) существуют убедительные доказательства эффективности препаратов, содержащих *S. boulardii* или *L. rhamnosus GG.*
  - **Лоперамид** - препарат выбора для взрослых при водянистой диарее:
    - Назначается в суточной дозе не более 16 мг в день (2 мг на один прием).
    - Необходимо избегать назначения лоперамида при кровавой диарее или при подозрении на воспалительную диарею (пациенты с лихорадкой).
    - Выраженная абдоминальная боль также предполагает воспалительную диарею (это – противопоказание для назначения лоперамида).
  - **Висмута субсалицилат** (таблетки по 262 мг) внутрь – по 2 таблетки на один прием, но не более 8 раз в сутки.
  - Для адсорбентов, таких как каолин, пектин, активированный уголь, аттапульгит, мало адекватных доказательств эффективности лечении диареи у взрослых, и, таким образом, они не должны использоваться.
  - **Диетические рекомендации**:
    - Диета, соответствующая возрасту — вне зависимости от жидкости, используемой для ОРТ.
    - Частый прием малых количеств пищи в течение дня (шесть раз в день).
    - Смешанная пища, богатая энергией и микронутриентами (зерновые, яйца, мясо, фрукты и овощи).
  - **Антимикробные препараты для лечения специфических причин диареи** (в случае лабораторной идентификации возбудителя).

Возбудитель	**Антимикробный препарат**	**Доза, кратность приема**	**Средняя продолжительность лечения**	**Примечания**
Salmonella (кроме *Salmonella typhi* и *paratyphi*)	Ципрофлоксацин	500 мг 2 раза в сутки	Не менее 14 суток	Классификация тератогенности FDA – класс С.
Shigella	Ципрофлоксацин	500 мг 2 раза в сутки	7-10 суток	
Entamoeba histolytica	Метронидазол	500-750 мг 3 раза в сутки	10 суток	Классификация тератогенности FDA – класс В.
Giardia intestinales (лямблиоз)	Метронидазол	250 мг 3 раза в сутки	7-10 суток	
Campylobacter jejuni	Ципрофлоксацин	500 мг 2 раза в сутки	7-10 суток	Классификация тератогенности FDA – класс С.
Clostridium	Метронидазол	500 мг 3 раза	10-14 суток	Классификация

difficile	Ванкомицин (при тяжелом течении)	в сутки 125 мг 4 раза в сутки	10-14 суток	тератогенности FDA – класс С (ванкомицин).

- **Показания к госпитализации:**
  - Симптомы дегидратации, не поддающиеся устранению и/или нарастающая отрицательная динамика (например, нарушение сознания, судороги, олигоурия, рефрактерная артериальная гипотензия, выраженное повышение уровня креатинина, электролитные нарушения).
  - По эпидемиологическим показаниям (в случае выявления возбудителя диареи и невозможности соблюдения противоэпидемических мер по месту нахождения пациента – социально-неблагополучные семьи, общежития, дома ребенка и др.)

6.6. Необъяснимая сильная потеря веса (более 10 % от измеренной массы тела).

- **Определение**: патологическое состояние, сопровождающееся заметным похуданием лица, талии, конечностей с очевидным истощением или снижением индекса массы тела менее 18,5. Данное патологическое состояние в контексте определения клинической стадии ВИЧ-инфекции должно быть установлено методом исключения всех возможных причин потери веса с учетом имеющихся ресурсов. В случае обнаружения причины потери веса (например, туберкулез, онкологическое заболевание), диагноз необъяснимой сильной потери веса не устанавливается.
- **Шифр по МКБ-10**: B22.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома.
- **Причины**: возможно влияние следующих факторов - хронические и рецидивирующие инфекции; онкологические заболевания; индуцированная ВИЧ миопатия; индуцированная ВИЧ потеря аппетита; побочное действие лекарственных средств, в том числе АРВ-препаратов.
- **Клинические критерии**:
  - Заметное похудание лица, талии, конечностей с очевидным истощением или снижением индекса массы тела менее 18,5.
  - Документально подтвержденное похудание более 10 % от ранее измеренной массы тела.
  - Консультация специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог, онколог, хирург, психиатр) с целью исключения неинфекционной причины потери веса (например, гипогонадизм, сахарный диабет, недостаточное питание и синдром мальабсорбции, депрессия, потребление психоактивных веществ, в том числе алкоголя).
- **Лабораторные критерии (при возможности)**:
  - Исключить оппортунистические и сопутствующие инфекции (культуральные, микроскопические, серологические и другие виды исследования), а также неинфекционные причины потери веса (например, измерение уровня тестостерона при гипогонадизме).
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое исследование.
  - Ультразвуковое исследование.
  - Эндоскопические методы исследования (при возможности).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.

- Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
    - Общий анализ мочи.
    - Микроскопическое исследование кала.
    - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
    - Скрининг на вирусные гепатиты В и С.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
    - При идентификации причины потери веса – соответствующее лечение.
    - Коррекция схемы АРТ (при подозрении на потерю веса, обусловленную действием зидовудина).
    - Улучшение условий и режима питания.
    - Лечение диареи и синдрома мальабсорбции.
    - В ряде случаев могут быть использованы тестостерон (при гипогонадизме) и анаболические стероиды (эффективность невелика).
    - **Показания к госпитализации:**
        - Отрицательная динамика с присоединением симптомов поражения органов и систем (например, нарушение сознания, олигоурия, одышка, артериальная гипотензия, лихорадка, анемия, диарея и обезвоживание, выраженные изменения биохимических показателей).

6.7. Необъяснимая персистирующая лихорадка (перемежающаяся или постоянная, длительностью более месяца).

- **Определение**: патологическое состояние, сопровождающееся повышением температуры тела (более 37,6 ° С) длительностью более 1 месяца. Данное патологическое состояние в контексте определения клинической стадии ВИЧ-инфекции должно быть установлено методом исключения всех возможных причин лихорадки с учетом имеющихся ресурсов. В случае обнаружения причины лихорадки (например, туберкулез, сепсис), диагноз необъяснимой персистирующей лихорадки не устанавливается.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- **Причины**: возможно влияние следующих факторов - хронические и рецидивирующие инфекции; реже - онкологические заболевания (ассоциированные и неассоциированные с ВИЧ).
- **Клинические критерии**:
    - Документально подтвержденная лихорадка (**более 37,6 ° С**) более месяца.
    - Лихорадка не устраняется антибактериальными средствами.
    - Очаги инфекции не отмечены самим пациентов и/или не найдены при обследовании (объективный осмотр, рентгенологическое обследование, ультразвуковое обследование и др.).
    - Консультация специалистов (эндокринолог, онколог, хирург) с целью исключения неинфекционной причины лихорадки (например, заболевания эндокринной системы, аутоиммунные заболевания, онкологические заболевания).
- **Лабораторные критерии**:
    - Отрицательные результаты:
        - Посева крови и других биологических материалов (**по возможности**).
        - Иных видов исследования – микроскопических, серологических, молекулярно-генетических и др. (**по возможности**).

- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое исследование.
  - Ультразвуковое исследование.
  - Эндоскопические методы исследования (при возможности).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Микроскопическое исследование кала.
  - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
  - Скрининг на вирусные гепатиты В и С, сифилис.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - При идентификации причины лихорадки – соответствующее лечение.
  - Симптоматическая терапия (ибупрофен, парацетамол).
  - **Показания к госпитализации:**
    - Отрицательная динамика с присоединением симптомов поражения органов и систем (например, нарушение сознания, олигоурия, одышка, артериальная гипотензия, выраженное снижение веса, анемия, диарея и обезвоживание, выраженные изменения биохимических показателей).

6.8. Необъяснимые анемия (менее 80 г/л), нейтропения (менее 0, 5 х 10^9/л) и хроническая (дольше 1 месяца) тромбоцитопения (менее 50 х 10^9/л) или только хроническая тромбоцитопения.

- **Определение**: патологические состояния, которые диагностируются лабораторными методами и не объясняются другой патологией, не связанной с ВИЧ-инфекцией.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках.
- **Причины**:
  - **Анемия, обусловленная непосредственно ВИЧ**: инфицирование вирусом клеток-предшественников костного мозга.
  - **Другие причины ВИЧ-ассоциированной анемии**:
    - Инфекционное поражение костного мозга (атипичный микобактериоз, туберкулез, цитомегаловирусная инфекция).
    - Инфильтрация костного мозга опухолевыми клетками (лимфома).
    - Недостаточность поступления питательных веществ, витаминов и микроэлементов (например, при диарее).
    - Угнетение кроветворной функции костного мозга лекарственными препаратами (AZT, реже - ганцикловир, валганцикловир, амфотерицин В, рибавирин, интерферон, котримоксазол).
  - **Нейтропения, тромбоцитопения, обусловленные непосредственно ВИЧ:** инфицирование вирусом клеток-предшественников костного мозга.
  - **Другие причины ВИЧ-ассоциированной тромбоцитопении и нейтропении** - угнетение кроветворной функции костного мозга лекарственными препаратами.
- **Клинические критерии**:
  - Не объясняются течением ОИ или другой патологией, не связанной с ВИЧ-инфекцией.

- **Анемия** - одышка при физической нагрузке, головокружение, повышенная утомляемость и гипердинамический тип гемодинамики (частый пульс, сердцебиение, шум в ушах). Не отвечает на стандартную терапию препаратами, повышающими уровень гемоглобина, и другими препаратами согласно национальным рекомендациям по лечению анемии.
- **Нейтропения** – повышение частоты развития бактериальных инфекций.
- **Тромбоцитопения**: геморрагический синдром (кровотечения из слизистых оболочек по типу петехий, экхимозов, десневых или носовых кровотечений; серьезные желудочно-кишечные или внутричерепные кровоизлияния встречаются редко). Важно проводить дифференциальный диагноз с *тромботической тромбоцитопенической пурпурой и гемолитико-уремическим синдромом* (два жизнеугрожающих заболевания, связанных с неиммунологической деструкцией тромбоцитов в периферической крови), которые могут встречаться при ВИЧ-инфекции.
- Консультация специалистов (гематолог, эндокринолог, онколог, хирург, ревматолог) с целью исключения неинфекционной причины анемии, нейтропении или тромбоцитопении (например, аутоиммунные заболевания, онкологические заболевания).

- **Лабораторные критерии**:
  - Нормоцитарная, нормохромная анемия (гемоглобин менее 80 г/л) с низким количеством ретикулоцитов; нейтропения (менее 0,5 х 10^9/л), тромбоцитопения (менее 50 х 10^9/л).
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое исследование.
  - Ультразвуковое исследование.
  - Эндоскопическое методы исследования (при возможности).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Микроскопическое исследование кала, кал на яйца гельминтов.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - При идентификации причины анемии/нейтропении/тромбоцитопении – соответствующее лечение.
  - АРТ.
  - Заменить лекарственное средство, которое могло стать причиной анемии/нейтропении/тромбоцитопении.
  - При наличии показаний лечение проводится гематологом (например, эритропоэтин при анемии; преднизолон, иммуноглобулин при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре; гранулоцитарный колониестимулирующий фактор или гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор при нейтропении).
  - **Показания к госпитализации:**
    - Тяжелая анемия с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы.
    - Нейтропения с тяжелыми и осложненными (например, сепсис, флегмона) бактериальными инфекциями.
    - Геморрагический синдром.
    - Необходимость введения препаратов/компонентов крови.

7. Клиническая стадия 4.

7.1. Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями.

- **Определение**: Бактериальная диссеминированная инфекция, сопровождающаяся лихорадкой и другими неспецифическими симптомами (потеря веса, ночная потливость, диарея и боли в животе, слабость, анемия). Заболевание развивается преимущественно у пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 менее 50/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций.
- **Возбудитель**: *Mycobacterium avium complex (MAC).* MAC-бактерии распространены повсеместно и могут обнаруживаться в организме различных животных, в почве, воде и продуктах питания. MAC-бактерии попадают в организм человека воздушно-капельным путем или с пищей и водой. Передача возбудителя от человека к человеку маловероятна.
- **Клинические критерии**: лихорадка, похудание и кахексия, поражение печени и костного мозга, диарея и боли в животе, ночные поты, общая слабость.
- **Лабораторные критерии**:
  - Основной метод диагностики – выделение культуры возбудителя из стерильной в норме биологической жидкости или ткани (кровь, костный мозг), кроме легочной (используются специальные питательные среды, например, *Bactec).* При обнаружении MAC-бактерий в кале, мокроте часто неясно, идет ли речь об инфекции, требующей лечения, или о бессимптомной колонизации.
  - Анализы крови выявляют анемию, нейтропению, тромбоцитопению. При анемии для уточнения диагноза часто эффективна аспирация и исследование костного мозга.
  - Повышение активности щелочной фосфатазы в крови.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое исследование.
  - Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.
  - Эндоскопические методы исследования (при возможности).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Микроскопическое исследование кала.
  - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
- **Лечение (индукционная терапия):** проводится стационарное лечение, которое следует продолжать до стабилизации состояния пациента (нормализация температуры тела, отрицательный результат посева крови на MAC).

Антимикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ введения	Длительность лечения	Примечания

Кларитромицин или Азитромицин (альтернативный препарат)	500 мг 500 мг	2 раза в сутки 1 раз в сутки	Внутрь Внутрь	6 месяцев 6 месяцев	Классификация тератогенности FDA – азитромицин - класс B; кларитромицин – класс C.
+					
этамбутол	15 мг /кг	1 раз в сутки	Внутрь	6 месяцев;	Классификация тератогенности FDA - класс C.
+ (при тяжелом течении заболевания)					
рифабутин	300 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6 месяцев;	Классификация тератогенности FDA - класс B.
Альтернативные препараты, активные в отношении MAC и которые могут быть назначены вместо рифабутина					
Левофлоксацин	500 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6 месяцев	Классификация тератогенности FDA - класс C.
Ципрофлоксацин	500 мг	2 раза в сутки	Внутрь	6 месяцев	Классификация тератогенности FDA - класс C.
Амикацин	15 мг /кг/сут или	1 раз в сутки	В/в	Не более 4 недель	Классификация тератогенности FDA - класс D.
	7,5 мг /кг/сут	2 раза в сутки	В/в		

- **Неэффективность лечения** определяется как отсутствие клинического ответа на терапию и положительный результат посевов крови через 4–8 недель от начала терапии.
- У ранее не получавших АРТ пациентов следует рассмотреть возможность начала АРТ через 2-4 недели после начала лечения MAC-инфекции, чтобы уменьшить лекарственные взаимодействия, количество принимаемых препаратов и риск развития воспалительного синдрома восстановления иммунной системы.
- Через 6 месяцев лечения назначается **поддерживающая терапия (вторичная профилактика)**. Используется та же схема, что и при индукционной терапии, но без рифабутина.
- Отмена вторичной профилактики допустима, если:
    - Число лимфоцитов CD4 превышает уровень в 100/мкл на протяжении 6 месяцев.
    - Отсутствуют клинические симптомы.
    - Пациент получил годовой курс терапии (индукционная терапия + поддерживающая терапия).

7.2. Пневмоцистная пневмония.

- **Определение**: грибковая инфекция, сопровождающаяся интерстициальным поражением легких и дыхательной недостаточностью. Заболевание развивается преимущественно у пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 менее 200/мкл. Внелегочная пневмоцистная инфекция встречается крайне редко.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.6 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystis jiroveci.*

- **Возбудитель**: *Pneumocystis jiroveci (*прежнее название - *P. Carinii).*
- **Клинические критерии**:
  - Подострое начало с постепенным (в течение нескольких дней или недель) нарастанием одышки при физической нагрузке, непродуктивного (сухого) кашля, лихорадки и болей в грудной клетке.
  - При физикальном осмотре выявляются лихорадка, тахикардия, цианоз и повышенная частота дыхательных движений.
  - Слабо выраженные признаки поражения легких при физикальном исследовании.
  - Нередко наблюдаются кандидоз полости рта и потеря веса.
  - Отсутствие предшествующей медикаментозной профилактики триметопримом/сульфаметоксазолом.
  - Отсутствие признаков бактериальной пневмонии.
  - Пневмоторакс, который служит характерным осложнением этого заболевания.
- **Лабораторные критерии (при возможности)**:
  - Цитологическое исследование образца индуцированной мокроты или смывов с поверхности бронхов, полученных при бронхоальвеолярном лаваже («золотой стандарт»). Исследование можно проводить даже после начала лечения.
    - К стандартным методам окрашивания для выявления цист и трофозоитов относятся окрашивание крезиловым фиолетовым, по Гимза, красителем по Райту и по Граму-Вейгерту.
    - Стенки цист контрастируются при окрашивании метенамином серебра по Гомори, по Граму-Вейгерту и толуидиновым синим.
    - Возбудителя также можно идентифицировать методом иммунофлуоресценции.
  - Уровень ЛДГ обычно повышен.
  - **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
    - Рентгенологическое исследование.
      - На рентгенограмме грудной клетки выявляются двусторонние симметричные интерстициальные инфильтраты, однако патологические изменения на рентгенограмме могут и отсутствовать.
      - На снимках, полученных методом КТ (при возможности) с использованием тонких срезов, обнаруживается феномен «матового стекла» (диффузное уменьшение прозрачности легочной ткани).
    - Пульсоксиметрия (при возможности):
      - Определяется гипоксемия со снижением SpO_2.
  - **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
    - Общий анализ крови.
    - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
    - Общий анализ мочи.
    - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
- **Лечение**: проводится стационарное лечение, которое следует начинать немедленно после установления диагноза пневмоцистной пневмонии. Стационарное лечение следует продолжать до стабилизации состояния пациента (исчезновение лихорадки и симптомов дыхательной недостаточности).

Препараты выбора

Антимикробные препараты	Доза	Частота приема	Способ введения	Продолжительность лечения	Примечание
Триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК, котримоксазол)*	240/1200 (при массе тела ≤60) и 320/1600 (при массе тела >60)	4 раза в сутки	Внутрь, в/в	21 сутки	Классификация тератогенности FDA - класс С.
Альтернативные препараты					
Клиндамицин	600 мг	4 раза в сутки	Внутрь, в/в	21 сутки	Классификация тератогенности FDA - класс В.
+					
Примахин	15 мг	2 раза в сутки	Внутрь	21 сутки	Классификация тератогенности FDA - класс С.

***Примечание: Наиболее частые побочные эффекты ТМП/СМК – аллергические реакции и реакции гиперчувствительности, лихорадка, нефротоксичность, угнетение костного мозга, гепатотоксичность (требуется лабораторное наблюдение).**

- **При тяжелом состоянии пациента**:
  - Преднизолон 60–80 мг (1 мг/кг) в сутки внутрь или в/в в течение 1–2 недель (уменьшает интерстициальный отек легких).
  - Искусственная вентиляция легких или ингаляции кислорода (под контролем SpO_2).
- У ранее не получавших АРТ пациентов следует рассмотреть возможность начала АРТ через 1-2 недели после начала лечения пневмоцистной пневмонии, чтобы уменьшить лекарственные взаимодействия, количество принимаемых препаратов и риск развития ВСВИ.
- Улучшение наступает медленно, обычно на 5–7 день лечения.
- **Вторичная профилактика**:
  - Проводится с использованием ТМП/СМК в дозе 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 1 раз в сутки в течение продолжительного времени.
  - При плохой переносимости лечения допустим режим приема ТМП/СМК в дозе 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 1 раз в сутки 3 раза в неделю, или ТМП/СМК в дозе 80/400 мг по 1 таблетке внутрь 1 раз в сутки.
  - Профилактика может быть прекращена:
    - У клинически стабильных пациентов, получающих АРТ, при наличии признаков вирусной супрессии (ВН менее 1000 копий/мл), и при наличии признаков восстановления иммунитета с уровнем лимфоцитов CD4 более 200 клеток/мкл.

7.3. Хронический криптоспоридиоз.

- **Определение**: протозойная инфекция с фекально-оральным путем передачи, сопровождающаяся водянистой диареей. У пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 более 200/мкл криптоспоридиоз проходит спонтанно, через несколько дней или недель. При выраженном иммунодефиците (уровень лимфоцитов CD4 менее 100/мкл) криптоспоридиоз может приобретать хроническое течение.

- **Шифр по МКБ-10**: B20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней.
- **Возбудитель**: *Cryptosporidium parvum.* Основными источниками этого внутриклеточного паразита являются животные, загрязненная вода и продукты питания.
- **Клинические критерии**:
  - Водянистая диарея, частота дефекаций достигает 20 раз/сутки, приводит к потере электролитов и обезвоживанию.
  - В большинстве случаев наблюдаются боли в животе и тенезмы, часто – тошнота и рвота.
  - Лихорадка чаще всего отсутствует.
- **Лабораторные критерии**:
  - Микроскопическое исследование кала (например, модифицированная окраска на кислотоустойчивые ооцисты по Цилю-Нильсену).
  - Серологические анализы и прочие диагностические методы возможны, но менее информативны.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - В целях дифференциальной диагностики - ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопические методы исследования (при возможности).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Бактериологическое исследование кала.
  - Анализ кала на паразитозы (*Giardia*) и яйца гельминтов (при возможности).
  - Микроскопическое исследование кала.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - Наиболее важное значение имеет АРТ, назначение или коррекция которой часто приводит к значительному улучшению состояния. Даже незначительное увеличение числа лимфоцитов CD4 приводит к исчезновению симптомов и элиминации возбудителя.
  - Оральная регидратационная терапия (ОРТ) - введение жидкости через рот для предотвращения или коррекции обезвоживания.
  - Лоперамид назначается в суточной дозе не более 16 мг в день (2 мг на один прием).
  - Висмута субсалицилат (таблетки по 262 мг) внутрь – по 2 таблетки на один прием, но более 8 раз в сутки.
  - Общепризнанной специфической терапии не существует:
    - Наибольший эффект получен от нитазоксанида, который назначается по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение не менее, чем 8 недель. Нитазоксанид по классификации тератогенности FDA относится к классу B.
    - Менее эффективны паромомицин (1 г внутрь 2 раза в сутки) в комбинации с азитромицином (600 мг внутрь 1 раз в сутки) в течение 4 недель, затем только паромомицин в течение 8 недель. Паромомицин по классификации тератогенности FDA относится к классу C, азитромицин – к классу B.
  - **Показания к госпитализации:**
    - Симптомы дегидратации, не поддающиеся устранению и/или нарастающая отрицательная динамика (например, нарушение сознания, судороги,

олигоурия, рефрактерная артериальная гипотензия, выраженное повышение уровня креатинина, электролитные нарушения).

7.4. Кандидозный эзофагит.

- **Определение**: грибковая инфекция, сопровождающаяся поражением слизистой оболочки пищевода, затруднением акта глотания и загрудинной болью. Развивается преимущественно у пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 менее 100/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.4 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза.
- **Возбудитель**: *Candida spp*.
- **Клинические критерии**:
  - Разлитые боли за грудиной, дисфагия, боли при глотании, повышенное слюнотечение.
  - Лихорадка не характерна.
  - Обычно сочетается с кандидозным стоматитом (фарингитом).
- **Лабораторные критерии**: Посев материала из очагов поражения может проводиться для определения вида возбудителя и исследования на чувствительность к препаратам у пациентов с плохо поддающейся лечению инфекцией.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Эндоскопические методы исследования (при возможности) - обнаруживаются белые бляшки на слизистой пищевода. При необходимости - биопсия и гистологическое исследование пораженных тканей.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
- **Лечение**: проводится стационарное лечение, которое следует продолжать до стабилизации состояния пациента и исчезновения симптомов эзофагита.

Противогрибковый препарат	**Доза**	**Частота приема**	**Способ применения**	**Продолжительность лечения**	**Примечание**
Препараты выбора					
Флуконазол	200–400 мг, через 3 суток (в зависимости от симптомов) дозу можно снизить до 100 мг	1 раз в сутки	Внутрь, в/в	14 суток	Классификация тератогенности FDA - класс C.
Альтернативные препараты					
Итраконазол	200–400 мг	1 раз в сутки	Внутрь	14 суток	Классификация тератогенности FDA - класс C.
Или					

Амфотерицин В	0,3–0,5 мг/кг/сутки	1 раз в сутки	В/в	10—14 суток	Классификация тератогенности FDA - класс В.

- Пациентам с рецидивирующим кандидозным эзофагитом может потребоваться длительная **поддерживающая терапия** флуконазолом (50–100 мг), итраконазолом (100 мг); препараты принимают внутрь 1 раз в сутки.
- Если лечение неэффективно, следует заподозрить эзофагит, обусловленный ВПГ или ЦМВ, и направить пациента на эзофагоскопию.

7.5. Криптококковый менингит.

- **Определение**: грибковая инфекция, характеризующаяся поражением центральной нервной системы (менингит, менингоэнцефалит) и подострым течением. Развивается преимущественно у пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 менее 100/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.5 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов.
- **Возбудитель**: *Cryptococcus neoformans*. Возбудитель, вероятно, передается воздушно-капельным путем. Очаг заболевания может локализоваться в легких и центральной нервной системе, куда возбудитель проникает с током крови. Реже встречаются также изолированные формы заболевания с поражением кожи.
- **Клинические критерии**:
  - Головная боль, лихорадка, ригидность затылочных мышц, нарушение сознания.
  - Наблюдаются также нарушения походки и парезы (преимущественно черепно-мозговых нервов).
  - Практически всегда повышается внутричерепное давление.
  - Менингеальные симптомы в ряде случаев отсутствуют.
- **Лабораторные критерии**:
  - Микроскопия осадка, полученного после центрифугирования ликвора (окраска тушью) – в мазке видны дрожжевые клетки, покрытые толстой капсулой.
  - Посев крови или ликвора для получения культуры криптококков (при возможности).
  - Выявление криптококкового антигена в крови или ликворе (при возможности).
  - В ликворе наблюдается повышение содержания белка и лимфоцитарный плеоцитоз.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - КТ или МРТ головного мозга (при возможности).
  - Рентгенологическое обследование (исключение туберкулеза).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
- **Лечение**: проводится стационарное лечение, которое следует продолжать до стабилизации состояния пациента, исчезновения симптомов менингита и отрицательного результата исследования ликвора на *C. Neoformans.*

Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ введения	Продолжительность лечения	Примечание
Препараты выбора					
Амфотерицин В + 5-фторцитозин *Затем* *Флуконазол*	0,7–1,0 мг/кг 25 мг/кг 400 мг	1 раз в сутки 4 раза в сутки 1 раз в сутки	В/в В/в Внутрь	14 суток 14 суток До 8-10 недель	Классификация тератогенности FDA: амфотерицин В - класс В, флуконазол – класс С, 5-фторцитозин – класс D.
Альтернативные препараты					
Амфотерицин В + Флуконазол *Затем* Флуконазол	0,7–1,0 мг/кг 800 мг 400-800 мг	1 раз в сутки 1 раз в сутки 1 раз в сутки	В/в В/в, внутрь Внутрь	14 суток 14 суток До 8-10 недель	
Флуконазол, если недоступен Амфотерицин В	400-800 (до 1200) мг	1 раз в сутки	В/в, внутрь	10-12 недель	

- **Поддерживающая терапия (вторичная профилактика):** назначается флуконазол 200 мг/сут внутрь. Отмену вторичной профилактики можно произвести, если:
  - Отсутствуют клинические симптомы заболевания.
  - Общая длительность противогрибковой терапии составила не менее года.
  - Стабильный уровень лимфоцитов CD4 более 100/мкл в течение не менее 6 месяцев на фоне противогрибковой терапии.
  - Высокая приверженность АРТ и неопределяемая вирусная нагрузка.
- Очень важно нормализовать внутричерепное давление. Если давление ликвора превышает 25 см водного столба и есть клинические симптомы повышенного внутричерепного давления, следует рассмотреть возможность уменьшения давления с помощью люмбальной пункции.
- **Неэффективность терапии** определяется как отсутствие клинического улучшения, положительный результат посева ликвора на *C. neoformans* и (или) повышение титра криптококкового антигена в ликворе через 2 недели от начала лечения.
- Рекомендуется использовать минимальный комплекс мер по предотвращению, мониторингу и контролю токсичности (гипокалиемии и нефротоксичности) амфотерицина В.
- У ВИЧ-позитивных пациентов с криптококковым менингитом не рекомендуется немедленно начинать АРТ, учитывая высокий риск ВСВИ. Следует отложить начало АРТ до появления признаков стойкого клинического ответа на противогрибковую терапию, и после 4 недель лечения амфотерицином В в комбинации с 5-фторцитозином или флуконазолом, или после 4-6 недель лечения высокими дозами флуконазола.

7.6. Саркома Капоши.

- **Определение**: онкологическое заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов и образованием типичных пятен и узлов фиолетового или багрового цвета. Среди ЛЖВ саркома Капоши (СК) встречается в сотни раз чаще, чем среди общего населения.
- **Шифр по МКБ-10**: B21.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши.
- **Возбудитель**: считается, что важнейшей причиной развития СК является инфекция *герпесвирусом человека 8-го типа.* Вероятнее всего, что возбудитель, асссоциированный с СК, передается со слюной, а также половым, вертикальным путем или через кровь.
- **Клинические критерии**:
  - У ЛЖВ СК протекает тяжелее, с тенденцией к диссеминации и быстрее прогрессирует по сравнению с эндемической формой заболевания.
  - Течение СК крайне вариабельно, данное заболевание может проявляться как единичными поражениями, сохраняющими стабильность на протяжении нескольких лет, так и исключительно агрессивным патологическим процессом, который приводит к смерти пациента в течение нескольких недель.
  - ВИЧ-ассоциированная СК поражает преимущественно кожу и слизистые оболочки. Тем не менее, в патологический процесс часто вовлекаются также лимфатические узлы и внутренние органы, к примеру, кишечник, легкие и печень.
  - Поражения можно обнаружить на любом участке кожи и слизистых оболочек. Кожные элементы представляют собой твердые на ощупь, гиперпигментированные, синие или багровые папулы, или узлы, которые могут сопровождаться лимфостазом.
  - К осложнениям относятся лимфедема нижних конечностей, лица и наружных половых органов.
  - Элементы СК в ротовой полости можно обнаружить на твердом небе и иногда на языке, в горле, на миндалинах и деснах. Элементы представляют собой багровые папулы, обычно безболезненные.
  - Поражения легких при СК носят инфильтративный характер и сопровождаются плевральным выпотом, дыхательной недостаточностью, кашлем и кровохарканьем.
- **Лабораторные критерии**:
  - Гистологическое исследование биоптата пораженных тканей.
  - Дифференциальный диагноз проводят с бациллярным ангиоматозом, невусом, гемангиомой.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - При возможности следует провести эндоскопическое исследование с целью визуализации элементов СК.
  - Рентгенологическое обследование.
  - Ультразвуковое обследование.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
- **Лечение**: пациенты с подозрением на СК должны быть обследованы онкологом и при необходимости направлены в онкологическую клинику.

- При локализованной форме используют лучевую терапию, инъекции винбластина, криохирургическое лечение или лазеротерапию.
- При генерализованной форме используют цитостатическую химиотерапию, а также интерферон.
- На фоне АРТ наблюдается регрессия элементов опухоли, снижение и увеличение продолжительности жизни пациента.

7.7. Первичная лимфома головного мозга.

- **Определение**: онкологическое заболевание лимфатической системы, ассоциированное с вирусом Эпштейна-Барр, гистологически представляющее собой диффузно-крупноклеточную неходжкинскую лимфому и развивающееся при количестве лимфоцитов CD4 ниже 50/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B21.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом.
- **Возбудитель**: первичная лимфома ЦНС в большинстве случаев ассоциирована с *вирусом Эпштейна-Барр*.
- **Клинические критерии**:
  - Эпилептические припадки.
  - Изменения личности.
  - Нарушение внимания.
  - Головные боли.
  - Очаговая неврологическая симптоматика.
  - Лихорадка не характерна.
- **Лабораторные критерии**:
  - Обнаружение в ликворе ДНК вируса Эпштейна-Барр.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - При обследовании, проведенном при помощи КТ или МРТ, обнаруживаются единичные очаги накопления контрастного вещества (часто небольшого размера), слабовыраженный или умеренно выраженный отек.
  - Важнейшим дифференциальным диагнозом является токсоплазмоз головного мозга.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Серологическое обследование на токсоплазмоз (Ig G).
- **Лечение**: пациенты с подозрением на первичную лимфому головного мозга должны быть обследованы онкологом и при необходимости направлены в онкологическую клинику.
  - Лучевая терапия, кортикостероиды и химиотерапия.
  - На фоне АРТ наблюдается увеличение продолжительности жизни пациента.

7.8. Неходжкинская лимфома.

- **Определение**: онкологическое заболевание лимфатической системы (диффузная В-крупноклеточная лимфома), ассоциированное с вирусом Эпштейна-Барр. Среди

ЛЖВ неходжкинская лимфома встречается в десятки раз чаще, чем среди населения в целом.

- **Шифр по МКБ-10**: B21.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом.
- **Возбудитель**: данные лимфомы часто ассоциированы с *вирусом Эпштейна-Барр*.
- **Клинические критерии**:
  - Лихорадка и ночные поты.
  - Увеличение лимфатических узлов.
  - Снижение веса.
  - Нарушение функции печени.
  - Поражение костного мозга.
  - Поражение легких (плевральный выпот, инфильтраты).
  - Поражение ЦНС (асептический менингит, параличи черепно-мозговых нервов, объемные образования в ЦНС).
- **Лабораторные критерии**:
  - Биопсия лимфатических узлов и костного мозга.
  - Обнаружение ДНК вируса Эпштейна-Барр.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое обследование (исключение туберкулеза).
  - Ультразвуковое обследование.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
- **Лечение:** пациенты с подозрением на неходжкинскую лимфому головного мозга должны быть обследованы онкологом и при необходимости направлены в онкологическую клинику.
  - Химиотерапия.
  - АРТ.

7.9. Токсоплазмоз центральной нервной системы.

- **Определение:** паразитарная диссеминированная инфекция, обусловленная реактивацией латентной инфекции *T. Gondii* и сопровождающаяся симптомами поражения ЦНС. При уровне лимфоцитов CD4 более 100 клеток/мкл токсоплазмоз головного мозга встречается редко.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней.
- **Возбудитель:** *Toxoplasma gondii,* которая является внутриклеточным паразитом птиц, млекопитающих и человека. Токсоплазма имеет сродство к ЦНС.
- **Клинические критерии:**
  - Очаговая неврологическая симптоматика (парезы, нарушения речи или чувствительности)**.**
  - Спутанность сознания.
  - Эпилептические припадки.
  - Лихорадка.
  - Головная боль.

- Редкой, но клинически значимой формой заболевания является **токсоплазмозный хориоретинит**, который может протекать в изолированной форме. Он проявляется нарушениями зрения, поэтому требует дифференциальной диагностики с ретинитом при ЦМВ-инфекции.

- **Лабораторные критерии:**
  - Положительный результат анализа на антитела типа IgG к токсоплазме (получение отрицательного результата данного анализа надежно исключает наличие токсоплазмозной инфекции).
  - Исследование ликвора методом ПЦР (обнаружение возбудителя) - при возможности.
  - В ликворе выявляется умеренный плеоцитоз и повышение содержания белка.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - КТ и МРТ головного мозга – множественные (реже единичные) кольцевидные очаги.
  - Осмотр офтальмолога (при хориоретините).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
- **Лечение:** проводится стационарное лечение, которое следует продолжать до стабилизации состояния пациента, уменьшения изменений на полученных методами лучевой диагностики изображениях головного мозга.

Препарат	**Доза**	**Частота приема**	**Способ применения**	**Продолжительность лечения**	**Примечание**
Препараты выбора					
Пириметамин	200 мг	Однократно (ударная доза)	Внутрь	Однократно	Классификация тератогенности FDA - класс С.
Затем					
Пириметамин	25 мг Или 50 мг	3 раза в сутки 2 раза в сутки	Внутрь	6–8 недель	
+					
Фолинат кальция	15 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6–8 недель	Назначается в целях профилактики токсического действия пириметамина на костный мозг (фолиевая кислота в таких случаях неэффективна). Классификация тератогенности FDA - класс С.
+					
Сульфадиазин	1 г	4 раза в сутки	Внутрь	6–8 недель	Классификация тератогенности FDA - класс С.

Альтернативные препараты					
Триметоприм/сульфаметоксазол (котримоксазол)	5 мг/кг триметоприма и 25 мг/кг сульфаметоксазола	2 раза в сутки	В/в, внутрь	6-8 недель	Классификация тератогенности FDA - класс С.

- Если 2-недельный курс пробного лечения не дает результатов, следует пересмотреть диагноз (туберкулез, лимфома головного мозга, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия).
- В схеме лечения, представленной в таблице, сульфадиазин можно заменить одним из следующих препаратов:
  - Клиндамицин, 600 мг в/в или внутрь 4 раза в сутки в течение 6 недель.
  - Азитромицин, 1200 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 6 недель.
- **Поддерживающая терапия (вторичная профилактика)**:
  - Пириметамин 25–50 мг/сутки внутрь (разделить на 2 приема) + сульфадиазин 2 г/сутки внутрь (разделить на 2 приема) + фолинат кальция 15 мг/сутки внутрь.
  - Альтернативная схема – триметоприм/сульфаметоксазол 80/400 мг по 2 таблетки 1 раз в сутки.
  - Прием препаратов можно прекратить у клинически стабильных пациентов, получающих АРТ, при наличии признаков вирусной супрессии (ВН менее 1000 копий/мл), и при наличии признаков восстановления иммунитета с уровнем лимфоцитов CD4 более 200 клеток/мкл в течение 3-6 месяцев.

7.10. Хроническая инфекция, вызванная вирусом простого герпеса.

- **Определение:** вирусная инфекция с преимущественным поражением кожи и слизистых оболочек длительностью более 1 месяца (оролабиальный, генитальный или аноректальный герпес), или поражением внутренних органов любой продолжительности.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций.
- **Возбудитель:** *Herpes simplex virus* (ВПГ).
- **Клинические критерии:**
  - Менингоэнцефалит, эзофагит, поражение глаз (увеит, кератоконъюнктивит), легких или поражение кожи/слизистых оболочек с длительностью высыпаний более 1 месяца.
  - Типичная локализация высыпаний (вокруг рта, на крыльях носа, губах, половых органах и вокруг ануса).
  - Обычно появлению герпетических высыпаний предшествуют продромальные симптомы (жжение, зуд, покалывание, боль и другие ощущения в области пораженного участка), затем появляются высыпания, которые быстро проходят следующие стадии развития: папула - пузырек - язва - корочка.
  - Увеличение регионарных лимфатических узлов.
- **Лабораторные критерии:**
  - При поражении кожи и слизистых оболочек лабораторного подтверждения не требуется.

- При поражении висцеральных органов – биопсия и гистологическое/ цитологическое исследование из очагов поражения; обнаружение ДНК ВПГ (ПЦР).
- Положительные серологические анализы (ИФА) на ВПГ (отрицательный результат позволяет исключить наличие ВПГ-инфекции).

- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - КТ головного мозга: развитие множественных очагов поражения (энцефалит).
  - Осмотр офтальмолога (при поражении глаз).
  - Эндоскопическое обследование (эзофагит).
  - Рентгенологическое обследование (поражение легких).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
- **Лечение на амбулаторном уровне:**

Антивирусный препарат	**Доза**	**Частота приема**	**Способ применения**	**Продолжительность лечения**	**Примечание**
Нетяжелая форма ВПГ-инфекции					
Ацикловир	400 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7–10 суток	Классификация тератогенности FDA - класс B.
Или					
Валацикловир	1000 мг	2 раза в сутки	Внутрь	7–10 суток	Классификация тератогенности FDA - класс B.
Рецидивы ВПГ-инфекции					
Ацикловир	400-800 мг	5 раз в сутки	Внутрь	7–14 суток	
Или					
Валацикловир	1000 мг	2 раза в сутки	Внутрь	7–14 суток	
Тяжелая форма ВПГ-инфекции					
Ацикловир	5 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	7–10 суток	
Или					
Валацикловир	1000 мг	2 раза в сутки	Внутрь	7–14 суток	
ВПГ-инфекция с поражением висцеральных органов					
Ацикловир	10 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	14-21 суток	
Или					
Фоскарнет	40 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	14 суток	Классификация тератогенности FDA - класс C.
Вторичная профилактика при частых рецидивах					
Ацикловир	400 мг	2 раза в сутки	Внутрь		
Или					
Валацикловир	500 мг	2 раза в сутки	Внутрь		

- **Показания к госпитализации**:

- Поражение висцеральных органов.
- Тяжелая форма ВПГ-инфекции с поражением кожи и слизистых оболочек.

7.11. Цитомегаловирусная инфекция.

- **Определение:** диссеминированная вирусная инфекция с поражением внутренних органов (локализация, отличная от печени, селезенки и лимфатических узлов). Наиболее часто развивается ретинит, эзофагит, колит, в основном у пациентов с количеством лимфоцитов CD4 менее 50/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания.
- **Возбудитель:** *Cytomegalovirus* (ЦМВ).
- **Клинические критерии:**
  - **ЦМВ-ретинит**:
    - Появление «плавающих мушек» перед глазами.
    - Выпадение полей зрения, скотомы.
    - Снижение остроты зрения.
    - Лихорадка и снижение веса.
  - **ЦМВ-эзофагит**:
    - Лихорадка.
    - Боль за грудиной, обычно четко локализованная.
    - Дисфагия.
  - **ЦМВ-колит**:
    - Лихорадка.
    - Потеря веса.
    - Боли в животе.
    - Диарея и кровотечение из ЖКТ.
    - Может привести к таким серьезным осложнениям, как сильное кровотечение или перфорация стенки кишки
  - Также могут развиться энцефалит, полирадикуломиелопатия, поражение легких.
- **Лабораторные критерии:**
  - При гистологическом исследовании биоптата из очагов поражения выявляются типичные внутриядерные и цитоплазматические включения.
  - Определение вирусной нагрузки ЦМВ в крови и обнаружение антигена ЦМВ в крови/биоптате (не всегда позволяют отличить носительство ЦМВ от заболевания).
  - Обнаружение антител к ЦМВ (отрицательный результат позволяет исключить заболевание).
  - Обнаружение в ликворе ДНК ЦМВ методом ПЦР (при энцефалите).
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Осмотр офтальмолога (ретинит) - периваскулярные желтовато-белые инфильтраты, кровоизлияния в сетчатку (симптом «омлета с кетчупом»).
  - Эндоскопическое обследование (эзофагит, колит) - обнаруживаются язвы слизистой оболочки.
  - Рентгенологическое обследование при поражении легких.
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Обследование на токсоплазмоз (Ig G) при подозрении на хориоретинит, вызванный токсоплазмой в целях дифференциальной диагностики.
  - Общий анализ крови.

- Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
- Общий анализ мочи.
- Микроскопия кала.

- **Лечение:** Проводится в стационаре до стабилизации состояния пациента.

Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения	Примечание
Валганцикловир	900 мг	2 раза в сутки	Внутрь	2-3 недели (ретинит) 3-4 недели (колит, эзофагит)	Классификация тератогенности FDA - класс С.
Ганцикловир (альтернативный препарат)	5 мг/кг	2 раза в сутки	В/в	2-3 недели (ретинит) 3-4 недели (колит, эзофагит)	Классификация тератогенности FDA - класс С.
Поддерживающая терапия (вторичная профилактика)					
Валганцикловир	450 мг	2 раза в сутки	Внутрь		
Ганцикловир (альтернативный препарат)	5 мг/кг	1 раз в сутки	В/в		

- В качестве других средств лечения ЦМВ-инфекции могут быть использованы фоскарнет, цидофовир в/в; при ретините – внутриглазной имплантат ганцикловира.
- Регулярные осмотры во время лечения включают непрямую офтальмоскопию. Фотографирование сетчатки служит оптимальным методом оценки ответа на терапию и выявления рецидива заболевания.
- Критерии отмены поддерживающей терапии: количество лимфоцитов CD4 более 100/мкл в течение 3–6 месяцев и отсутствие активности заболевания по результатам офтальмологического осмотра.
- После прекращения поддерживающей терапии пациент должен проходить офтальмологический осмотр каждые 3 месяца для выявления признаков рецидива заболевания или симптомов, связанных с восстановлением иммунной системы.

7.12. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (ПМЛ).

- **Определение:** вирусная инфекция с поражением (демиелинизацией) центральной нервной системы и проявляющаяся прогрессирующими неврологическими и когнитивными расстройствами, преимущественно у пациентов с уровнем лимфоцитов CD4 менее 200/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций.
- **Возбудитель:** *JC-вирус (*полиомавирус простого строения, получил свое название по инициалам пациента John Cunningham). У многих здоровых людей JC-вирус находится в латентной форме в костном мозге, селезенке, миндалинах, почках.
- **Клинические критерии:**

- Прогрессирующая энцефалопатия со стертым началом и медленным прогрессированием неврологических нарушений (в течение нескольких недель или месяцев).
  - Нарушение когнитивной функции, афазия, деменция.
  - Судорожные припадки.
  - Нарушения функции черепно-мозговых нервов, атаксия, гемипарез.
  - Отсутствие цитоза и нормальное содержание белка в ликворе.
  - Отсутствие лихорадки.
- **Лабораторные критерии:**
  - Обнаружение в ликворе JC-вируса методом ПЦР.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Ассиметричное снижение плотности белого вещества мозга (мультифокальная демиелинизация) при исследовании методом КТ и МРТ.
- **Лечение**: может проводится амбулаторно или в стационаре, в зависимости от тяжести заболевания.
  - Эффективного лечения не существует.
  - АРТ показана всем пациентам с ПМЛ. Возможно включение в схему терапии препаратов, проникающих в ликвор (см. Приложение 8.1). На фоне АРТ у некоторых пациентов наступает улучшение, у некоторых стабилизация состояния.

7.13. Синдром кахексии, обусловленный ВИЧ.

- **Определение:** патологическое состояние, сопровождающееся сильным похуданием в сочетании с необъяснимой хронической диареей либо с необъяснимой персистирующей лихорадкой. Данное патологическое состояние в контексте определения клинической стадии ВИЧ-инфекции должно быть установлено методом исключения всех возможных причин ВИЧ-кахексии с учетом имеющихся ресурсов. В случае обнаружения причины кахексии (например, туберкулез, онкологическое заболевание), диагноз синдрома кахексии, обусловленного ВИЧ, не устанавливается.
- **Шифр по МКБ-10**: B22.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома.
- **Причины**: возможно влияние следующих факторов - хронические и рецидивирующие инфекции; диарея; онкологические заболевания; индуцированная ВИЧ миопатия; депрессия; побочное действие лекарственных средств, в том числе АРВ-препаратов.
- **Клинические критерии:**
  - Очевидное истощение (документированная потеря веса более 10 % от исходного).
  - Хроническая диарея (более 1 месяца) **ИЛИ**
  - Персистирующая лихорадка (более 1 месяца), не устраняемая противоинфекционными средствами.
  - Отсутствие иной возможной причины кахексии.
  - Консультация специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог, онколог, хирург, психиатр) с целью исключения неинфекционной причины кахексии (например, гипогонадизм, сахарный диабет, недостаточное питание и синдром мальабсорбции, депрессия, потребление психоактивных веществ, в том числе алкоголя).
- **Лабораторные критерии (при возможности)**:
  - Исключить оппортунистические и сопутствующие инфекции (культуральные, микроскопические, серологические и другие виды исследования), а также

неинфекционные причины кахексии (например, измерение уровня тестостерона при гипогонадизме).

- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Рентгенологическое исследование.
  - Ультразвуковое исследование.
  - Эндоскопические методы исследования (при возможности).
- **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**
  - Общий анализ крови.
  - Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
  - Общий анализ мочи.
  - Микроскопическое исследование кала.
  - Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).
  - Скрининг на вирусные гепатиты В и С.
- **Лечение на амбулаторном уровне**:
  - При идентификации причины кахексии – соответствующее лечение.
  - Коррекция схемы АРТ (при подозрении на потерю веса, обусловленную действием AZT).
  - Улучшение условий и режима питания.
  - Лечение лихорадки, диареи и синдрома мальабсорбции.
  - В ряде случаев могут быть использованы тестостерон (при гипогонадизме) и анаболические стероиды (эффективность невелика).
  - **Показания к госпитализации:**
    - Отрицательная динамика с присоединением симптомов поражения органов и систем (например, нарушение сознания, олигоурия, одышка, артериальная гипотензия, анемия, обезвоживание, выраженные изменения биохимических показателей).

7.14. Атипичный диссеминированный лейшманиоз (висцеральный лейшманиоз).

- **Определение:** протозойная инфекция, вызываемая простейшими рода Лейшмании, которая может протекать в кожной и висцеральной форме. ЛЖВ чаще заболевают висцеральной формой лейшманиоза, которая считается СПИД-индикаторным состоянием.
- **Шифр по МКБ-10**: B20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней.
- **Возбудитель**: *L. donovani, L. infantum, L. chagasi*.
- **Клинические критерии:** важнейшим критерием заболевания является панцитопения, которая особенно сильно выражена у ЛЖВ, она свидетельствует о поражении костного мозга. К другим симптомам относятся лихорадка, гепатоспленомегалия, потеря веса.
- **Лабораторные критерии (при возможности)**:
  - Диагноз чаще всего ставится по результатам гистологического исследования аспирата костного мозга.
- **Лечение**: применяются препараты сурьмы. Эти препараты довольно токсичны, что приводит к прекращению терапии пациентом. Также могут применяться амфотерицин В, препарат для перорального приема милтефосин, аминогликозидный препарат паромомицин.

7.15. ВИЧ-ассоциированная нефропатия (ВИЧ-АН).

- **Определение:** патологическое состояние, особая форма быстрого нарушения функции почек, наблюдаемая практически только у пациентов афроамериканского происхождения, у которых, вероятно, существует генетическая предрасположенность. Такие пациенты чаще всего имеют уровень лимфоцитов CD4 менее 100 клеток/мкл.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- **Причины**: возможно прямое инфицирование ВИЧ базальной мембраны (эндотелиальных и мезангиальных клеток) почечных клубочков.
- **Клинические критерии:**
  - Нефротический синдром.
  - Быстрый рост уровня креатинина.
  - Протеинурия (как правило, более 3 г/сут).
  - Часто нормальное артериальное давление.
  - Быстрое прогрессирование до терминальной стадии почечной недостаточности.
  - Отсутствии других причин почечной патологии.
  - Дифференциальный диагноз проводится с другими ВИЧ-ассоциированными гломерулонефритами (мембранозный нефрит, IgA-нефрит, мембранопролиферативный гломерулонефрит и др.).
- **Лабораторные критерии**:
  - Проводится биопсия почек. Гистологическая картина ВИЧ-АН чаще соответствует фокально-сегментарному склерозирующему гломерулонефриту, также наблюдаются дегенеративные кистозно-канальцевые изменения, амилоидоз почек.
- **Лечение**:
  - Ранее начало АРТ.
  - Избегать назначения TDF.
  - Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину.
  - Диализ.
  - Для применения кортикостероидных препаратов данных недостаточно.

7.16. ВИЧ-ассоциированная кардиопатия.

- **Определение:** патологическое состояние, сопровождающееся кардиомегалией и ухудшением функции левого желудочка, подтвержденные данными эхокардиографии.
- **Шифр по МКБ-10**: B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- **Причины**: точно не известны, возможно влияние следующих факторов:
  - Нарушение функции митохондрий как побочный эффект НИОТ (особенно AZT).
  - Инфицирование ВИЧ кардиомиоцитов.
  - Дефицит L-карнитина, селена.
  - Воздействие провоспалительных цитокинов: ФНО-альфа, ИЛ-1 и ИЛ-6.
  - Оппортунистические и сопутствующие инфекции (вирусы Коксаки, герпес-вирусы, вирусы гриппа, аденовирусы, вирусы ЕСНО; бактерии – стрептококки группы А, стафилококки, энтерококки; простейшие – токсоплазма и др.)
- **Клинические критерии:**
  - Застойная сердечная недостаточность.

    - Нарушения сердечного ритма.
    - Цианоз и (или) обмороки.
- **Лабораторные критерии**:
    - Проводится биопсия миокарда. Гистологическое исследование выявляет миокардит.
- **Инструментальное обследование на амбулаторном уровне**:
    - Эхокардиография: фракция выброса менее 50% от нормы.
    - ЭКГ - нарушения ритма, которые нельзя объяснить другими причинами.
- **Лечение**:
    - Ранее начало АРТ.
    - Избегать назначения AZT.
    - Ингибиторы АПФ.
    - Диуретики.

7.17. ВИЧ-энцефалопатия.

- **Определение:** ВИЧ-энцефалопатия (или ВИЧ-ассоциированное нейрокогнитивное расстройство – *англ. HAND*) - патологическое состояние, сопровождающееся признаками когнитивной и/или моторной дисфункции, нарушающей повседневную активность, прогрессирующей в течение недель и месяцев в отсутствие другого заболевания, отличного от ВИЧ-инфекции, которое могло бы объяснить клиническую картину. С началом АРТ частота HAND снизилась, однако в меньшей степени, чем это характерно для многих других проявлений ВИЧ-инфекции.
- **Шифр по МКБ-10**: B22.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии.
- **Причины**: непосредственное поражение ВИЧ макрофагов и микроглиальных клеток вещества головного мозга, что приводит к функциональным и структурным нарушениям в нейронах. Возможные факторы риска: низкий уровень лимфоцитов CD4, наличие тяжелых клинических проявлений (СПИД), длительный стаж ВИЧ-инфекции, пожилой возраст.
- **Клинические критерии:** Даже у пациентов, имеющих стойкое и стабильное подавление репликации ВИЧ на фоне АРТ, часто регистрируются субъективные жалобы на снижение умственных способностей и объективное нарушение нейропсихических функций, вплоть до ВИЧ-ассоциированной деменции.
    - Ранние стадии:
        - Апатия, снижение способности к эмоциональным реакциям, дезориентация во времени, месте и ситуации, ухудшение памяти, нарушение мышления, депрессия, замыкание в себе.
        - Нарушение походки, нарушение координации движений кистей рук, нистагм, гиперрефлексия.
    - Поздние стадии:
        - Полная потеря умственных способностей, мутизм.
        - Патологические рефлексы, парезы, недержание мочи и кала.
    - Выставление диагноза HAND осуществляется на основании клинических, нейропсихологических и инструментальных данных.
    - Процесс диагностики всегда должен предусматривать исключение других заболеваний (например, артериосклеротическая деменция, болезнь Альцгеймера, болезнь Крейтцфельдта-Якоба, метаболическая энцефалопатия, интоксикации, некоторые ОИ – например, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия).

- **Стандартом диагностики** является общее нейропсихологическое исследование, включающее в себя оценку когнитивной функции (речь, память, мышление, способность к обучению/ответ на запрос, скорость обработки информации и др.)
- **Лабораторные критерии (при возможности)**:
  - Количество клеток в ликворе чаще всего варьирует от нормального до низкого.
  - Уровень общего белка и доля альбумина в ликворе могут быть повышены.
- **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне:**
  - Методом выбора является МРТ. В тяжелых случаях HAND в белом веществе часто обнаруживаются плоские, диффузные и относительно симметричные очаги повышенной интенсивности, что соответствует лейкоэнцефалопатии и общей атрофии головного мозга.
  - Электроэнцефалограмма не имеет отклонений от нормы или характеризуется незначительными общими изменениями в виде замедления базального ритма.
- **Лечение**:
  - Специфической терапии HAND не существует.
  - АРТ снижает риск развития HAND, однако лечебный эффект в отношении уже имеющейся HAND варьирует.
  - Тем не менее, основная цель лечения HAND - подавление вирусной репликации в ЦНС. Нередко после начала АРТ происходит улучшение нейрокогнитивных показателей, однако такой эффект наблюдается не всегда.
  - Предпочтение при выборе схемы АРТ должно отдаваться АРВ-препаратам с хорошей проникающей способностью через ГЭБ (см. Приложение 8.1).

Приложение 8.1.

«Индекс пенетрации в ЦНС» (позволяет разделить антиретровирусные препараты на 4 категории на основании степени проникновения в ЦНС).

Индекс эффективности пенетрации в ЦНС (модификация Letendre 2010)				
	4 (высокая)	**3 (выше среднего)**	**2 (средняя)**	**1 (ниже среднего)**
НИОТ	AZT	ABC, FTC	3TC	TDF
ННИОТ	NVP	EFV	RPV	
ИП		DRV/r LPV/r	ATV/r ATV	
ИИ	DTG			

Приложение 8.2

Минимальный перечень лекарственных средств для лечения и профилактики ОИ.

Международное непатентованное название	Основные показания для назначения	Лекарственная форма
Азитромицин	Фарингит, тонзиллит Отит Пневмония МАС-инфекция Токсоплазмоз	Таблетки 250 мг
Амоксициллин	Фарингит, тонзиллит Пневмония	Таблетки 500 мг
Амоксициллин/клавуланат	Синусит Отит Язвенно-некротический стоматит, гингивит, периодонтит Пневмония	Таблетки 500/125 мг
Ацикловир	ВПГ-инфекция, Опоясывающий лишай	Таблетки 400 мг
Гидрокортизон	Зудящий дерматоз	1% мазь или крем
Доксициклин	Синусит	Капсулы 100 мг
Ибупрофен	Болеутоляющее, жаропонижающее	Таблетки 200 мг
Изониазид	Туберкулез	Таблетки 300 мг
Котримоксазол	ПЦП Токсоплазмоз	Таблетки 480 мг
Лоперамид	Диарея	Таблетки, капсулы 2 мг
Лоратадин	Зудящий дерматоз	Таблетки 10 мг
Метронидазол	Язвенно-некротический стоматит, гингивит, периодонтит Псевдомембранозный колит	Таблетки 500 мг
Парацетамол	Болеутоляющее, жаропонижающее	Таблетки 500 мг
Пидидоксин	Туберкулез	Таблетки 25 мг
Соли для пероральной регидратации	Диарея	Порошок для разведения в 200 мл; 500 мл
Флуконазол	Кандидоз Криптококковая инфекция	Таблетки, капсулы 100 мг
Цефтриаксон	Отит Пневмония Синусит	Порошок для инъекций 1000 мг
Ципрофлоксацин	Бактериальная диарея МАС-инфекция	Таблетки 250 мг

Приложение 8.3

Категории риска применения лекарственных препаратов во время беременности (FDA)

Категория	Описание
A	**Контролируемые клинические исследования не выявили неблагоприятных последствий для плода.** Корректно организованные контролируемые клинические исследования не выявили риска неблагоприятного действия лекарственного препарата на плод.
B	**Неблагоприятные последствия для плода при применении у людей не выявлены.** Либо в экспериментах на животных был выявлен риск для плода, но клинические исследования с участием беременных не подтвердили его, либо безопасность препарата была доказана в экспериментах на животных, если полноценные клинические исследования не проводились.
C	**Нельзя исключить риск неблагоприятных последствий для плода.** Клинические исследования не проводились, а эксперименты на животных либо выявили риск для плода, либо также не проводились. Однако предполагаемая польза от применения препарата может оправдывать его применение, несмотря на возможный риск для плода.
D	**Получены доказательства риска неблагоприятных последствий для плода.** В ходе клинических или пострегистрационных исследований (обработки данных, полученных после поступления препарата в продажу) получены доказательства неблагоприятного действия препарата на плод. Тем не менее, ожидаемая польза для матери может превысить возможный риск для плода.
X	**Противопоказаны при беременности.** Результаты клинических исследований, экспериментов на животных, научных исследований или пострегистрационных исследований (обработки данных, полученных после поступления препарата в продажу) свидетельствуют о том, что риск неблагоприятных последствий для плода заведомо превышает потенциальную пользу для матери.

Приложение 8.4

Воспалительный синдром восстановления иммунной системы (клинические проявления)

Инфекционные заболевания	
Возбудитель	**Клинические проявления**
Chlamydia trachomatis	Синдром Рейтера
ВПГ	Эрозивные поражения кожи и слизистых оболочек
Герпесвирус человека 8-го типа	Ухудшение течения саркомы Капоши
Вирус JC	Воспалительная ПМЛ
Вирус контагиозного моллюска	Прогрессирование поражения кожи
M. tuberculosis	Лихорадка, лимфаденопатия, увеличение инфильтрации в легких, плевральный выпот
ЦМВ	Витреит
ВГВ и ВГС	Повышение активности трансаминаз, клинически выраженный гепатит, декомпенсация цирроза печени
C. neoformans	Прогрессирование клинических симптомов менингита
Атипичные микобактерии	Лимфаденит, кожный абсцесс, изъязвления кожи, пневмония, остеомиелит, септический артрит
P. jiroveci	Респираторный дистресс-синдром, пневмоторакс
T. gondii	Энцефалит
Неинфекционные заболевания	
Аутоиммунные заболевания	Системная красная волчанка, ревматоидный артрит, Базедова болезнь
Смешанные формы	Синдром Гийена-Барре, воспалительная реакция на чернила для татуировок, саркоидоз, увеличение околоушных слюнных желез

Приложение 8.5
Информация для населения

ЧТО ТАКОЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ?

- Сам по себе ВИЧ не вызывает болезнь или смерть, опасность представляют заболевания, которые развиваются на фоне ослабления иммунной системы.
- Если человек с ВИЧ не получает антиретровирусные препараты, то в течение нескольких лет ВИЧ постепенно разрушает так много CD4 лимфоцитов, что организм не в состоянии восстановить их.
- Со временем иммунная система более не может эффективно защищать человека, в результате чего люди с ВИЧ сталкиваются с целым рядом самых различных инфекционных заболеваний.
- Специфические инфекционные заболевания у людей с ВИЧ называют **оппортунистическими инфекциями (ОИ).**

КАК ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ?

- ВИЧ-инфекция является хронической инфекцией, у большинства пациентов ОИ появляются спустя несколько лет после инфицирования ВИЧ.
- Без АРТ оппортунистические инфекции развиваются у всех людей с ВИЧ, однако симптомы и время проявления ОИ различаются у разных пациентов.
- Объединяет ОИ то, что они возникают только при выраженном снижении иммунитета.
- У здорового человека или человека, инфицированного ВИЧ с хорошим состоянием иммунитета, эти заболевания, как правило, не возникают, или протекают в легкой форме.

ЧТО ТАКОЕ ЧИСЛО ЛИМФОЦИТОВ CD4?

- Число лимфоцитов CD4 – это количество лимфоцитов CD4 в одном микролитре крови (клеток/мкл).
- В норме количество лимфоцитов CD4 для взрослых без ВИЧ составляет примерно от 500 до 1200/мкл.
- При снижении числа лимфоцитов CD4 менее 350/мкл могут начаться проблемы со здоровьем в виде частых простудных заболеваний, молочницы (кандидоз полости рта, половых органов), опоясывающего лишая, туберкулеза лёгких и др.
- При снижении уровня лимфоцитов CD4 менее 200/мкл повышается риск развития опасных для жизни инфекций – пневмоний, сепсиса, токсоплазмоза, которые очень сложно лечить.

КАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО БЕСПОКОЯТ ЛЮДЕЙ С ВИЧ?

- Постоянная слабость, усталость, повышенная утомляемость;
- Увеличение лимфатических узлов;
- Потеря массы тела (исхудание);
- Длительная лихорадка (повышение температуры тела);

- Ночная потливость;
- Постоянные головные боли;
- Кашель и одышка (затрудненное дыхание);
- Длительная диарея (понос);
- Стоматит (воспаление и язвы слизистой оболочки полости рта);
- Заболевания ЛОР-органов (ангина, отит, синусит);
- Поражения кожи (герпес, опоясывающий лишай, грибок ногтей).

КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ РАЗВИТИЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ?

- Крайне важно обследовать пациентов на число лимфоцитов CD4 и своевременно предоставлять медикаментозную профилактику ОИ пациентам с низким числом лимфоцитов CD4.
- Пациентам с ВИЧ следует регулярно и своевременно посещать лечащего врача (не менее 1 раза в 3 месяца), а также обращаться к врачу при появлении новых симптомов, которые могут быть проявлением ОИ: высокой температуре, крови в стуле, продолжительной диарее, затрудненном дыхании, ухудшении зрения, язвочках в ротовой полости.
- Женщинам с ВИЧ важно регулярно (не менее 1 раза в год) проходить гинекологическое обследование.
- Вакцинация согласно принятым в стране стандартам.
- Если кто-то из членов семьи ЛЖВ заболел (грипп, простуда, кишечная инфекция), то необходимо этого человека изолировать, максимально ограничить общение с ним, часто мыть руки.
- По возможности следует избегать контакта с людьми с активной формой туберкулеза.
- Не рекомендуется употреблять в пищу сырую рыбу и яйца, плохо прожаренное мясо или птицу, некипячёное молоко, так как в них могут быть опасные микробы. Необходимо тщательно мыть фрукты и овощи, и, конечно же, руки.
- Желательно пить только бутилированную или прокипяченную воду для профилактики кишечных инфекций.
- Домашних животных лучше кормить специальным кормом, и не пропускать регулярных визитов к ветеринару. Необходимо использовать при уборке за животными резиновые перчатки и маски. После уборки необходимо тщательно вымыть руки.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КОТРИМОКСАЗОЛОМ

- Пневмоцистная пневмония относится к заболеваниям, возникновение которых можно успешно предотвратить с помощью медикаментозной профилактики котримоксазолом.
- Люди, живущие с ВИЧ, при числе лимфоцитов CD4 ниже 200 клеток/мкл, должны постоянно принимать этот препарат с профилактической целью.
- Именно поэтому пациентам с ВИЧ и низким уровнем лимфоцитов CD4 рекомендуется регулярно определять число лимфоцитов CD4, чтобы своевременно начать медикаментозную профилактику.
- Котримоксазол принимается по стандартной схеме – 2 таблетки 1 раз в день.
- Профилактическое лечение котримоксазолом является временной мерой и продолжается до тех пор, пока число лимфоцитов CD4 не превысит порог в 200 клеток/мкл. При числе лимфоцитов CD4, превышающем порог в 200 клеток/мкл, ПЦП развивается крайне редко.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г

Предоставление паллиативной помощи людям, живущих с ВИЧ
Шифр B20 – B24, R – 75

Паллиативная медицина – это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом жизнеугрожающего заболевания, путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера.

Паллиативная помощь должна предоставляться на всех стадиях ВИЧ-инфекции, а не только умирающим пациентам.

Принципы

Основные принципы паллиативной помощи:
- облегчать боль и другие страдания для улучшения качества жизни пациента;
- предоставлять психологическую и духовную помощь;
- помогать пациенту вести максимально возможную активную жизнь;
- помогать близким пациента справляться с болезнью и утратой;
- обеспечивать наилучшее сочетание медикаментозного лечения и других мер, руководствуясь клиническим опытом и обменом информацией между пациентом, членами семьи и медработниками;
- ценить жизнь и воспринимать умирание как естественный процесс;
- не стремиться отдалить или ускорить наступление смерти.

1. Общие вопросы предоставления паллиативной помощи на дому ЛЖВ

1.1. Меры предосторожности при уходе на дому

Медицинский работник (врач или медсестра) должен предоставить членам семьи (или другим лицам, ухаживающим за больным) консультирование по следующим вопросам:
- Уход за ЛЖВ безопасен для членов семьи и других лиц, ухаживающих за больным. Риск заражения ВИЧ очень низкий, если соблюдаются следующие правила:
    - при контакте с кровью и биологическими жидкостями больного нужно надевать латексные перчатки;
    - раны и повреждения кожи нужно закрывать повязками (и у больного, и у тех, кто ухаживает за ним); если повязка пропиталась кровью или биологическими жидкостями, своевременно менять ее и уничтожать соответствующим образом;
    - загрязнения кровью, калом и мочой удалять с помощью обычного бытового отбеливателя, используя перчатки;
    - постельное белье и одежду, загрязненные кровью, калом или другими биологическими жидкостями, держать отдельно; брать такое белье следует в перчатках или используя кусок пластика;

- ◊ не пользоваться общими с больным зубными щетками, бритвами, иглами и другими острыми предметами;
- ◊ мыть руки с мылом после замены испачканной одежды и постельного белья больного, а также после любого контакта с биологическими жидкостями;

- Обычные бытовые контакты безопасны (перчатки не требуются).
- Для мытья столовых приборов и посуды, стирки незагрязненного биологическими жидкостями постельного белья и одежды и уборки санузлов можно использовать обычные моющие средства.

1.2. Обучение уходу за больным

Врач или медсестра, посещающие пациента на дому, должны предоставить людям, ухаживающим за ним, четкие инструкции:

- проверить знания и навыки – задать вопросы;
- продемонстрировать выполнение процедуры (например, показать, как накладывать повязку или обрабатывать рану);
- объяснить, к кому и когда следует обращаться за помощью и как действовать в тех или иных ситуациях, особенно при появлении побочных эффектов или лекарственных взаимодействий.

2. Психосоциальная помощь семье пациента

Давая рекомендации близким ЛЖВ по оказанию паллиативной помощи на дому, медицинский работник должен оказать психосоциальную поддержку, учитывая эмоциональное состояние членов семьи, домашнюю обстановку, социальные и экономические условия.

Необходимо предпринять следующие действия:

- оценить физические и эмоциональные возможности семьи по уходу за больным и выполнению других домашних обязанностей (в том числе учесть возраст членов семьи, которые будут ухаживать за больным);
- провести консультирование и обучение членов семьи, которые будут ухаживать за больным;
- оказать психологическую поддержку, направить к психологу, работающему с ЛЖВ и их близким окружением, а также в группы взаимопомощи;
- помочь в планировании и обеспечении помощи сиротам;
- направить в социальные службы, НПО для финансовой, юридической и другой помощи.

3. Первичное обследование

Первичное обследование ЛЖВ включает полный сбор анамнеза, физикальное исследование, определение стадии болезни, а также оценку всех имеющихся проблем или других обстоятельств, требующих вмешательства или наблюдения. Это позволит составить первичный план помощи, учитывающий потребности пациента и его семьи, в соответствии с основной концепцией паллиативной помощи.

Анамнез

- Имеющиеся заболевания и проводимое лечение
- Дата постановки диагноза ВИЧ-инфекции
- Перенесенные заболевания, включая все сопутствующие болезни, осложнения ВИЧ-инфекции в прошлом, госпитализации, операции
- Анамнез, касающийся употребления лекарственных средств

• Данные анамнеза об употреблении наркотиков, наркотической зависимости и наркологическом лечении • Семейный анамнез • Социальный анамнез • Социальные условия • Финансовые вопросы • Имеющиеся симптомы (боль, похудание, потеря аппетита, слабость, лихорадка, ночная потливость, бессонница, подавленное настроение, тревога, одышка, кашель, тошнота, рвота, диарея) • Хронология симптомов • Факторы, которые усиливают или облегчают симптомы • Принимаемые лекарственные препараты и другие способы симптоматического лечения • Причины, тип и интенсивность боли • Причина, тип и особенности других симптомов • Влияние: ◊ симптомов на функциональные возможности и качество жизни пациента ◊ одних симптомов на другие ◊ специфической терапии на каждый из симптомов • Психические заболевания в анамнезе и их лечение (например, депрессия, тревожные расстройства, делирий, психоз), а также текущие психические нарушения.
Физикальное исследование • Полный клинический осмотр
Другие исследования (при необходимости)

4. Лечение

4.1. Лечение боли

Клинические критерии боли:

Выделяют две основные категории боли – ноцицептивную и нейропатическую.
Ноцицептивная боль возникает в результате раздражения интактных болевых рецепторов и бывает двух видов:

- соматическая боль (возникает в коже, мягких тканях, мышцах и костях);
- висцеральная боль (возникает во внутренних органах и полостях).

Нейропатическая боль возникает на поздней стадии заболевания. В большинстве случаев она бывает обусловлена дистальной симметричной полинейропатией – аксональной нейропатией, обусловленной, по-видимому, самой ВИЧ-инфекцией. Для нее характерны онемение, покалывание, жжение, аллодиния, особенно в области голеней и стоп.

Лечение

Ноцицептивная боль обычно снимается ненаркотическими и наркотическими (опиоидными) анальгетиками.
При нейропатической боли обычно помогают ненаркотические и наркотические анальгетики в комбинации с вспомогательными средствами (адьюванты) – антидепрессантами или противосудорожными препаратами.

Лечение нужно начинать с подробной и систематической оценки боли.

Интенсивность боли оценивается по 10-балльной шкале. Легкая боль: 1–3 балла; умеренная боль: 4–6 баллов; сильная боль: 7–10 баллов.

Тип боли. Ноцицептивная боль обычно описывается как ноющая, режущая, глубокая, тупая, пульсирующая, а нейропатическая – как жжение, покалывание, онемение или другие неприятные ощущения. От типа боли зависит выбор анальгетиков, особенно при подозрении на нейропатическую боль.

- **Последствия боли.** Необходимо оценить влияние боли на функциональный статус, повседневную активность, эмоциональное состояние пациента.
- **Облегчение боли.** Необходимо выяснить, какие условия или вмешательства облегчают и устраняют боль.

Тактика постепенного применения обезболивающих средств при легкой, умеренной и сильной боли

Используемые препараты:

- Ненаркотические анальгетики: ибупрофен, индометацин, аспирин, парацетамол.
- Адъюванты: амитриптилин, имипрамин, габапентин, карбамазепин, вальпроевая кислота.
- Слабые наркотические (опиоидные) анальгетики: кодеин, гидрокодон.
- Сильные наркотические (опиоидные) анальгетики: морфин, оксикодон, метадон, гидроморфон, фентанил.

Одновременно можно назначать только 1 ненаркотический и 1 опиодный анальгетик; аспирин каждые 4 часа можно назначить с парацетамолом каждые 4 часа, составив график так, чтобы пациент получал один из двух препаратов каждые 2 часа.

Этап 1: Легкая боль (1-3 балла)
Назначение ненаркотических препаратов ±адъюватный анальгетик

Ненаркотические анальгетики

- **Парацетамол:** 500–1000 мг каждые 4–6 часов (выпускается также в ректальных свечах). Доза не должна превышать 4 г/сут. При заболеваниях печени требуется тщательное наблюдение; токсичность зависит от дозы.
- **Ибупрофен:** 400 мг каждые 6 часов, максимальная доза 2,4 г/сут. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью.
- **Аспирин (ацетилсалициловая кислота):** 325–500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов. Не назначать детям младше 12 лет. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью.

Этап 2: Умеренная боль (4-6 балла).
Назначение слабого наркотического анальгетика ± ненаркотический анальгетик ± адъюватный анальгетик

Ненаркотические анальгетики

• **Парацетамол:** 500–1000 мг каждые 4–6 часов (выпускается также в ректальных свечах). Доза не должна превышать 4 г/сут. При заболеваниях печени требуется тщательное наблюдение; токсичность зависит от дозы.
• **Ибупрофен:** 400 мг каждые 6 часов. Максимальная доза 2,4 г/сут. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью.
• **Аспирин (ацетилсалициловая кислота):** 325–500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов. Не назначать детям младше 12 лет. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью

Наркотические анальгетики

Кодеин: 25–50 мг каждые 4 часа.

Если кодеин недоступен, можно назначить аспирин или парацетамол.
Выпускаются комбинированные препараты с фиксированной дозой, содержащие 25–60 мг кодеина и 325–500 мг парацетамола или аспирина.
Суточная доза кодеина не должна превышать 180–240 мг из-за возникновения запора; если этой дозы недостаточно, перейти на морфин. Для предупреждения запора следует назначить слабительные, размягчающие каловые массы и усиливающие кишечную перистальтику; при необходимости можно назначить другие слабительные. У ЛУИН до назначения кодеина используют нестероидное противовоспалительное средство ибупрофен; следует помнить, что пациент может злоупотреблять кодеином и другими препаратами на основе морфина.

Трамадол: 50–100 мг каждые 4–6 часов.

Если боль устранена, начинать быстро снижать дозу или сразу отменить препарат, если пациент принимал его в течение короткого времени; снижать дозу постепенно, если пациент принимал препарат больше 2 недель.

Этап 3: Сильная боль (7-10 баллов).

Назначение сильного наркотического анальгетика ± ненаркотический анальгетик ± адъюватный анальгетик

Ненаркотические анальгетики

• **Парацетамол:** 500–1000 мг каждые 4–6 часов (выпускается также в ректальных свечах). Доза не должна превышать 4 г/сут. При заболеваниях печени требуется тщательное наблюдение; токсичность зависит от дозы
• **Аспирин (ацетилсалициловая кислота):** 325–500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов. Не назначать детям младше 12 лет. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью

Наркотические анальгетики

- **Морфин внутрь:** 10–20 мг каждые 3–4 часа (таблетки или раствор);
- **Морфин в/в или в/м:** 5–10 мг каждые 3–4 часа. Если через сутки боль сохраняется, можно повысить дозу на 50%. Доза не ограничена.

- **Оксикодон**: 5–10 мг каждые 4 часа. Если через сутки боль сохраняется, можно повысить дозу на 50%.
- Если морфин для приема внутрь недоступен, можно вводить ректально раствор морфина для инъекций: 5 мг/5 мл или 50 мг/5 мл в соответствии с потребностью в обезболивании и частотой дыхания (доза не ограничена; отменить, если частота дыхания <6 в минуту).
- Для профилактики запора назначить размягчающие слабительное и средство, стимулирующее перистальтику; при необходимости назначить другие слабительные.
- ЛУИН: анальгетики назначают так же, как остальным пациентам; однако обычно требуются более высокие дозы анальгетиков.
- Если пациент получает ПТМ, то продолжают лечение замещающей дозой и добавляют наркотические анальгетики. Следует помнить о возможном злоупотреблении кодеином и другими производными морфина.
- **Гидроморфон:** 2–4 мг каждые 4 часа. Препарат примерно в 4–6 раз сильнее морфина. Не использовать у пациентов, не получавших опиоидов.
- **Фентанил** (накожный пластырь) 25 мкг с заменой каждые 72 часа.

Лечение боли в особых случаях

Нейропатическая боль.

Использовать наркотические анальгетики с ненаркотическими или без них, как указано выше, плюс один из следующих адъювантов

- **Амитриптилин:** 25 мг на ночь (из-за побочных эффектов, например, слабости) или 12,5 мг 2 раза в сутки.

  Подождать эффекта 2 недели, затем постепенно повысить дозу до 50 мг на ночь или 25 мг 2 раза в сутки; обезболивающий эффект не достигается быстро, поэтому необходимо подождать как минимум 5 дней.

- **Габапентин:** максимальная доза 2,4 г/сут, если пациент получает АРТ с ингибитором протеазы (ИП).
- **Карбамазепин** 200–400 мг каждые 6 часов.
- **Клоназепам** 0,5–1,0 мг 2–3 раза в сутки.

Мышечные спазмы.

ЛУИН: прежде чем назначить препарат, исключить злоупотребление одновременно несколькими психотропными веществами. Назначать только на короткий срок (не более 6–8 недель):

- **Диазепам** 5–10 мг 2–3 раза в сутки.
- **Тетразепам** 50 мг/сут, можно повышать дозу до 200 мг/сут в 2 приема.
- **Баклофен н**ачинать с 5 мг 3 раза в сутки, раз в 3 дня повышать дозу до 25 мг 3 раза в сутки.

Лечение в терминальной стадии на дому при:

- появлении отека вокруг опухоли;
- выраженном кандидозном эзофагите с изъязвлением и нарушениями глотания;
- сдавлении нерва;
- упорной сильной головной боли вследствие повышения внутричерепного давления.

Дексаметазон 2–6 мг/сут **Преднизолон** 15–40 мг в течение 7 суток или как назначено специалистом.	Целесообразно использовать в терминальной стадии; улучшает аппетит и самочувствие. Снизить дозу до минимально возможной. Если в течение 3 недель эффекта нет, отменить. Дексаметазон примерно в 7 раз сильнее преднизолона, т.е. доза преднизолона должна быть выше дозы дексаметазона в 7 раз. При применении глюкокортикоидов может развиваться кандидоз.

Желудочно-кишечные колики

- **Бутилскополамин по** 10–20 мг 3–5 раз в сутки

  Начинать с в/в введения, при устойчивом результате перейти на прием внутрь; если при приеме внутрь достигнут устойчивый результат, в/в вводить препарат только при острых приступах боли.

- **Кодеин 30** мг каждые 4 часа**.**

  Кодеин может вызвать запор и ухудшить состояние у ЛУИН. Следует помнить о риске злоупотребления кодеином и другими производными морфина**.**

- **Тримебутин 100**–200 мг 3 раза в сутки до еды.

Таблица 1. Тактика при побочных эффектах морфина и других опиоидов

Побочный эффект	Лечение
Запор	Увеличить в рационе количество жидкости и клетчатки, добавив фрукты, овощи или отруби. Вместе с опиоидным анальгетиком назначить размягчающее слабительное (**докузат** 200–800 мг/сут) плюс средство, стимулирующее перистальтику кишечника (**сенна**, 2–4 таблетки по 7,5–8,6 мг 2 раза в сутки). При отсутствии эффекта, добавить такие слабительные, как **макроголь** 13,125 г (однодозовые пакетики) 1–2 раза в сутки или **лактулозу** 10–20 мл 3 раза в сутки. При отсутствии эффекта, назначить **бисакодил** 5–15 мг в таблетках внутрь или в ректальных свечах (при необходимости).
Тошнота и/или рвота	Назначить противорвотное средство. Обычно тошнота и рвота через несколько дней прекращаются; может потребоваться круглосуточный прием противорвотного средства.
Угнетение дыхания (развивается редко, если доза морфина для приема внутрь с целью обезболивания повышается постепенно)	Если частота дыхания> 6–8 в минуту, обычно лечение не требуется. Если угнетение дыхания выраженное, отменить следующую дозу, затем сократить дозу наполовину.

Таблица 1. Тактика при побочных эффектах морфина и других опиоидов

Побочный эффект	Лечение
Спутанность сознания или сонливость (вызванные опиоидным анальгетиком)	Обычно развиваются в начале лечения или при повышении дозы. Обычно через несколько дней проходят. Могут также развиваться в терминальной стадии болезни у пациентов с почечной недостаточностью. Сократить дозу наполовину или увеличить интервал между приемами.
Миоклонус (если выраженный или появляется в дневное время)	При большой дозе препарата необходимо ее уменьшить, или перейти на схему с чередованием доз, или назначить два опиоидных анальгетика. Еще раз оценить боль и лечение; при некоторых видах боли морфин неэффективен.
Сонливость	Длительный сон может свидетельствовать об истощении от боли. При сохранении патологической сонливости более двух суток подряд, снизить дозу наполовину.

***Примечание**: Снижение дозы морфина после устранения ее причины зависит от длительности его приема. Если морфин применялся в течение короткого времени, то отменить его сразу или быстро снизив дозу. Если прием морфина длился >2 недель, снижать дозу постепенно и следить за появлением симптомов отмены.*

Лечение других симптомов

- **Тактика при потере веса.**

Общее похудание

- Уговаривать больного принимать пищу, но не настаивать, так как это может вызвать рвоту.
- Предлагать пищу часто, маленькими порциями, выбирая еду, которая ему нравится
- ***Рекомендации по уходу на дому:***
  - Подумать о причинах потери веса (опухоли, кандидозный эзофагит, ТБ, инфекции, вызванные атипичными микобактериями, цитомегаловирусный колит, криптоспоридиоз и др.).
  - Стараться не готовить пищу рядом с больным.
  - Позволить больному выбирать еду из той, что можно ему предложить.
  - Учитывать, что по мере прогрессирования болезни больной будет есть все меньше.
  - Обратиться к врачу, если больной быстро теряет в весе, постоянно отказывается от еды или не может ее проглотить.

Потеря аппетита и сильная слабость:

- **Преднизолон** 5–15 мг/сут до 6 недель. Для стимуляции аппетита.

- **Тактика при лихорадке.**
  - Выявить причину и предоставить лечение.
  - Парацетамол или аспирин каждые 4 часа (не больше 8 таблеток парацетамола в сутки).

- Обеспечить достаточное потребление жидкости (воду, некрепкий чай, фруктовые соки).
- ***Рекомендации по уходу на дому:***
  - Часто давать больному питье: воду, некрепкий чай, фруктовые соки.
  - Использовать физические методы, в частности холодные компрессы или прикладывание льда**.**

➢ **Тактика при тошноте и рвоте.**

- Метоклопрамид 10 мг каждые 4–8 часов.
- Галоперидол 1–2 мг 1–2 раза в сутки.
- Хлорпромазин 25–50 мг каждые 6–12 часов.
- Клемастин 1 мг 2 раза в сутки.
- ***Рекомендации по уходу на дому***
  - Предлагать пациенту продукты (из тех, что ему нравятся), которые меньше вызывают тошноту.
  - Кормить и поить больного часто, маленькими порциями и медленно.
  - Обратиться к медицинскому работнику, если: рвота сохраняется более суток; сухой язык; выделяется мало мочи; появилась боль в животе.

➢ **Тактика при язвах во рту и боли при глотании.**

1. ***Кандидозный стоматит (молочница).***
   - Миконазол таблетки для рассасывания 1 таблетка в сутки в течение 7 суток.
   - При тяжелом стоматите и/или неэффективности миконазола назначают флуконазол, начальная ударная доза 200 мг (в первые сутки). Поддерживающая доза 100 мг/сут в течение 10–14 суток или до исчезновения симптомов.
   - Удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде.

2. ***Афтозный стоматит:***
   - Преднизолон - растолочь таблетку и присыпать язву несколькими крупинками.
   - Дексаметазон - раствор использовать для полоскания рта.
   - Триамцинолон (крем) для смазывания язв.

3. ***ВПГ-инфекция:*** Ацикловир 400 мг внутрь 5 раз в сутки.

4. ***Неприятный запах изо рта*** - обусловленный раком слизистой рта или другими поражениями ротовой полости:
   - Метронидазол: раскрошить две таблетки, развести в воде и использовать для полоскания рта.

➢ **Тактика при сухости во рту.**

- Давать пить воду маленькими глотками.
- Регулярно смачивать полость рта водой.
- Давать сосать кусочки фруктов, например, апельсина (при наличии язв во рту цитрусовые давать не следует).

➢ **Тактика при икоте.**

1. ***Обычная икота или с кандидозным стоматитом:***
   - Сначала попробовать остановить икоту немедикаментозными методами (стимулируют область горла):
     - быстро съесть 2 чайных ложки с горкой сахара;

- выпить холодной воды;
- съесть раскрошенный лед;
- помассировать нёбо чистым носовым платком (по направлению к мягкому небу);
- попросить больного прервать нормальное дыхание: задержать дыхание или подышать в бумажный пакет, остановиться при появлении дискомфорта; прижать колени к груди и наклониться вперед (сдавить грудную клетку).
- Флуконазол 100 мг/сут, при тяжелом течении начать с 200 мг/сут, затем по 100 мг/сут до исчезновения симптомов (лечение стоматита).

2. ***При растяжении желудка на поздней стадии рака:***
   - Симетикон до 100 мг 3 раза в сутки (снижает вздутие).
   - При неэффективности симетикона или рецидивирующая икота - метоклопрамид (1–2 таблетки по 10 мг 3–4 раза в сутки).
   - Галоперидол (таблетка 5 мг: от четверти до 1 таблетки 1–3 раза в сутки).
3. ***Опухоль головного мозга:*** Противоэпилептический препарат .

➢ **Тактика при диарее**

1. Установить причину диареи:
   - побочное действие АРВП;
   - проявление цитомегаловирусного колита, криптоспоридиоза, микроспоридиоза, лямблиоза, других инфекций, саркомы Капоши и других заболеваний.

Рекомендации:

- Увеличить потребление жидкости для профилактики обезвоживания (давать пить часто понемногу).
- При тяжелой диарее использовать раствор для пероральной регидратации.
- Назначить лечебное питание. Увеличить частоту приема пищи, кормить понемногу; давать рисовый суп, овсянку, бананы; воздерживаться от молока и шоколада.
- Если нет крови в стуле и лихорадки, пациент старше 5 лет и не достиг пожилого возраста, назначить противодиарейные средства.
  - Лоперамид 4 мг первая доза, затем 2 мг после каждого жидкого стула (максимум 16 мг/сут, однако некоторым больным требуется более высокая доза).
  - Или (если эти препараты разрешены официально) кодеин 200 мг / в день

Специальный уход за кожей перианальной области:

- после каждой дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой
- тканью;
- обмывать перианальную область водой с мылом 3 раза в день;
- если больной чувствует боль при дефекации, наносить на перианальную
- область вазелин.

Обращение за помощью к медицинскому работнику в любом из перечисленных ниже случаев:

- рвота и лихорадка;
- кровь в стуле;
- диарея длительностью более 5суток;
- нарастание слабости;

- повреждение кожи вокруг заднего прохода;
- язвы в перианальной области.

Таблица 2. Оценка обезвоживания у взрослых.

Признаки	Степень обезвоживания		
	Легкое	**Умеренное**	**Тяжелое**
Общее состояние	Слабость	Слабость	Беспокойство, раздражительность, холодная кожа, потливость, периферический цианоз
Пульс	Нормальный	Небольшая тахикардия	Частый, слабый
Дыхание	Нормальное	Нормальное	Частое и глубокое
Тургор кожи	Нормальный	Медленное расправление кожной складки	Очень медленное расправление кожной складки
Глаза	Норма	Запавшие	Глубоко запавшие
Слизистые	Суховатые	Сухие	Очень сухие
Диурез	Нормальный; темная моча	Сниженный; очень темная моча	Анурия; мочевой пузырь пустой

Тактика при запоре длительностью более 2 суток.

- ***Рекомендации по уходу на дому***

  Каловый завал:
  - Провести ректальное пальцевое исследование и удалить каловые массы. Частое питье.
  - Включать в рацион больше фруктов (в том числе сухофрукты) и овощей, овсяную кашу, мягкую пищу.

  Другие виды запора:
  - Дать средство, размягчающее каловые массы или увеличивающее объем кишечного содержимого:
    - сначала слабительное, увеличивающее объем кишечного содержимого, например, отруби, 4 таблетки в сутки, или семя подорожника 2–3 чайных ложки развести в воде или соке и пить до 3 раз в сутки;
    - макроголь, 13,125 г (одна доза) 1–2 раза в сутки;
    - лактулоза, 10–20 мл 3 раза в сутки
    - бисакодил 5–15 мг на ночь
    - сенна начать с 2 таблеток (по 7,5– 8,6 мг) 3 раза в сутки, затем до 2 таблеток каждые 4 часа.

  Важно: при назначении опиоидов, в частности морфина или кодеина, всегда назначают средство, размягчающие каловые массы вместе со средством, стимулирующим перистальтику, или без него. Давать столовую ложку растительного масла перед завтраком.

Тактика при зуде.

Чесотка, зудящие дерматиты, экзема, дерматомикозы, сухость кожи, псориаз, желтуха:

- Оценить, не является ли зуд побочным эффектом лекарственных препаратов.

Общие мероприятия

- Кремы, содержащие стероиды, можно использовать при воспалении, если нет инфекции (бактериальной, грибковой или вирусной).
- Антигистаминные препараты:
  - **цетиризин** 10 мг 1 раз в сутки и др.;
  - **дифенгидрамин** 25–50 мг на ночь или до 3 раз в сутки; бывает эффективен при сильном зуде.
- При кожных инфекциях: после купания ополаскивать кожу 0,05% раствором **хлоргексидина.**
- Если зуд обусловлен механической желтухой, можно назначить **преднизолон** (20 мг 1 раз в сутки) или **галоперидол** (2 таблетки по 1 мг 1 раз в сутки). При экземе показано осторожное мытье (без мыла) и высушивание кожи. На короткий срок можно назначить стероиды местно (не применять на лице).
- При дерматомикозах наносить противогрибковый крем. При обширном поражении назначить системное лечение.
- Подумать о лечении чесотки, даже если нет типичных поражений кожи.
- При псориазе смазывать пораженные участки **мазью**, содержащей 5% **дегтя** и 2% **салициловой кислоты**; полезны солнечные ванны по 30–60 минут в день.

Рекомендации по уходу на дому:

- смазывание зудящих участков вазелином;
- добавление в воду для мытья растительного масла (1 столовая ложка масла на 5 л воды);
- обработка кожи после купания раствором **хлоргексидина** (1 чайная ложка на 1 л воды);
- теплые ванны.

При появлении болезненных пузырей на коже или обширного инфекционного поражения кожи обратиться к медицинскому работнику.

Тактика при пролежнях.

Уход за кожей для профилактики пролежней обязателен для всех пациентов.

- Удостовериться, что нет других очагов инфекции.
- Если кожа красная, болезненная, горячая на ощупь, есть гной или корки, имеются лихорадка, или другие общие симптомы или распространение инфекции на мышцы, больного следует госпитализировать и назначить антибиотики.

Тактика при психических расстройствах

У ЛЖВ психическое здоровье требует особого внимания.

- Мониторинг психического состояния.
- Лечение депрессии улучшает приверженность лечению.
- Тревожные расстройства включают широкий ряд различных состояний, например, тиреотоксикоз, невроз тревоги, тревожность в определенных ситуациях, провоцируемая определенными событиями (посттравматическое стрессовое расстройство или фобии) или непредсказуемые приступы тревоги (панические приступы).
- Каждое из этих тревожных расстройств может быть выражено как в легкой, так и тяжелой степени.

Уход за умирающими: специальные рекомендации

- Членам семьи, теряющим близкого человека, будет значительно легче, если они заранее будут знать, какие медицинские, эмоциональные и духовные перемены происходят с умирающими в последние месяцы жизни.

- Медицинские работники могут многое сделать для членов семьи и других лиц, осуществляющих уход за больным, если расскажут им об этих переменах.

1. **Приготовления к смерти**
   - Постарайтесь наладить общение между членами семьи и больным.
   - Поговорите с больным о болезни; важно, чтобы он понимал происходящее и знал прогноз.
   - Обсудите вопросы, беспокоящие больного, например, опеку над детьми, плату за их обучение, источники поддержки для семьи, старые ссоры, расходы на похороны.
   - Расскажите больному о том, что его любят, и о нем будут помнить.
   - Поговорите о смерти, если больной этого хочет.
   - Убедитесь, что больному помогают справиться с чувством вины или сожаления.
   - Для удовлетворения духовных потребностей больного свяжитесь с его духовным наставником или религиозными организациями по его выбору (если он высказывает такое желание).

2. Участие (быть рядом, проявлять участие, посещать больного регулярно, держать за руку, слушать, говорить).

3. Уход:

- обеспечить больному комфорт: смачивать губы, рот, глаза; чистое и сухое белье;
- лечить боль и лихорадку (при необходимости давайте препараты по часам);
- устранять другие симптомы, используя симптоматические средства;
- кормить и поить больного понемногу, так часто, как требуется;
- поддерживать физический контакт.

4. Реакция на утрату

После смерти пациента важно помочь его близким перенести утрату. Утрата, связанная с потерей члена семьи, умершего от ВИЧ-инфекции, может быть особенно тяжелой по нескольким причинам:

- ЛЖВ могут умереть в относительно молодом возрасте, поэтому для близких эта утрата еще тяжелее;
- родственники сталкиваются не только с потерей любимого человека, но и близкой или отдаленной перспективой финансовых и социальных проблем;
- с горем труднее справиться из-за «стигматизирующего» характера болезни;
- возможно, что другие члены семьи уже умерли от ВИЧ-инфекции, или члены семьи тоже инфицированы ВИЧ;

Все это требует от профессионалов, оказывающих помощь при ВИЧ-инфекции, участия и внимания, необходимых близким пациента для того, чтобы справиться с горем и лишениями.

Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в организациях здравоохранения

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности и эффективности услуг по паллиативной помощи. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об улучшении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Сбор данных необходимо проводить регулярно (например, раз в месяц, квартал или полугодие):

- число пациентов с ВИЧ, получающих паллиативную помощь;
- число пациентов с ВИЧ, получающих какие-либо обезболивание;
- число пациентов с ВИЧ, получающих обезболивание наркотическими (опиоидными) анальгетиками.

Приложение 9.1. Эквивалентные дозы различных наркотических (опиоидных) анальгетиков

Эквивалентные дозы наркотических (опиоидных) анальгетиков

Агонист опиоидных рецепторов	**Примерные эквивалентные дозы**	
	Внутрь	**Парентерально**
Морфин	30 мг каждые 3–4 часа	10 мг каждые 3–4 часа
Гидроморфон	7,5 мг каждые 3–4 часа	1,5 мг каждые 3–4 часа
Метадон	15 мг каждые 6–8 часа	10 мг каждые 6–8 часа
Фентанил	25 мкг (накожно)[а] каждые 72 часа	0,01 мг
Гидрокодон[б]	30 мг каждые 3–4 часа	–
Оксикодон[б]	30 мг каждые 3–4 часа	–
Кодеин[б]	180–200 мг каждые 3–4 часа	130 мг каждые 3–4 часа

[а] не назначают пациентам, ранее не получавшим опиоидов.

[б] выпускается в виде комбинированного препарата с парацетамолом или аспирином.

Источник: Jacoxetal., 1994 *(32).*

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017 г.

ВИЧ у лиц, употребляющие инъекционно наркотики: лечение и помощь
Шифр по МКБ-10: B20 – B24, F11

1. Определение

Наркотическая зависимость – это сложное состояние, оказывающее глубокое воздействие на здоровье потребителей наркотиков, а также на благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно если речь идет об инъекционных наркотиках.

Синдром зависимости от опиоидов - сочетание физиологических, поведенческих, когнитивных (познавательных) расстройств при которых употребление опиоидов/опиатов становится доминирующей в системе ценностей индивидуума. Основным признаком зависимости является потребность, иногда неодолимая, в приеме опиоидов/опиатов. К опиатам/опиоидам относятся опий, морфин, героин, кодеин, промедол, фентанил и др.

2. Диагностика

2.1. Первичная оценка зависимости от опиоидов

- Пациенты, имеющие характерные признаки или симптомы (например, следы от инъекций), должны проходить дополнительное обследование на наркозависимость.
- Простую и быструю первичную оценку наркозависимости могут проводить неспециалисты, используя 10 вопросов, адаптированных из «Перечня симптомов психических расстройств», *Международной статистической классификации болезней* 10-го пересмотра (МКБ-10) (Приложение 10.1).
- Дальнейшая оценка тяжести наркозависимости и планирование лечения должны проводиться наркологом или другим специалистом соответствующей квалификацией, либо в тесном взаимодействии с ними.

2.2. Первичная оценка ВИЧ-статуса

Первичное обследование ЛУИН на ВИЧ-инфекцию проводится по общей схеме и не отличается от обследования лиц, не употребляющих наркотики *(см. КП «Тестирование и Консультирование при ВИЧ-инфекции»)*.

Поскольку многие ЛУИН с ВИЧ обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, в связи с чем их необходимо обследовать на ОИ (см. КП «*Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций*»).

При первичном сборе анамнеза и физикальном обследовании обычно выявляются следующие распространенные осложнения:

- кандидоз ротоглотки и затрудненное глотание, которое может быть признаком кандидозного эзофагита;
- незаживающие язвы в области половых органов или заднего прохода (герпес);
- лихорадка, сопровождающаяся кашлем и/или одышкой, что указывает на бактериальную пневмонию, туберкулез или пневмоцистную пневмонию;
- эти состояния не являются противопоказаниями для АРТ, но каждый случай следует рассматривать индивидуально;

- за первичным обследованием должно следовать лечение ОИ и других состояний *(см. КП «АРТ взрослых и подростков», «Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций»)*.

2.3. Психосоциальная оценка

У ЛУИН с ВИЧ часто встречаются сопутствующие психические заболевания.

При первичном обследовании необходимо провести тщательную оценку психосоциального статуса, уделяя особое внимание:

- любым причинам нестабильности, которые могут ухудшать соблюдение режима лечения;
- депрессии и другим аффективным расстройствам;
- другим психиатрическим расстройствам.

Использование стандартных инструментов скрининга, например Краткой психиатрической оценочной шкалы (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS)) для психотических расстройств или Шкалы депрессии Монтгомери–Асберга (Montgomeri Asberg Depression Rating Scale – MADRS) может облегчить диагностику психических заболеваний. Шкала MADRS может быть особенно полезна у пациентов с соматической патологией.

3. Организация помощи и лечения

3.1. Основные принципы

При лечении ЛЖВ с наркозависимостью необходимо наладить координацию работы следующих служб:

- центры СПИД;
- ПМСП;
- наркологической помощи и программ снижения вреда;
- психологической и социальной помощи.

В Кыргызской Республике возможно применение следующих моделей эффективного сочетания профилактики, лечения и помощи при ВИЧ-инфекции с лечением наркозависимости, в частности:

a. лечение ВИЧ и наркозависимости в одном учреждении:
   - медицинская помощь при ВИЧ-инфекции предоставляется в наркологических учреждениях; или
   - лечение наркозависимости проводится в учреждениях, специализирующихся на лечении ВИЧ-инфекции (центры СПИД);

в. лечение ВИЧ и наркозависимости проводится в разных учреждениях, но находящихся в непосредственной близости друг от друга, тесно взаимодействующих между собой и выдающих направления в другие необходимые службы;

c. лечение ВИЧ и наркозависимости проводится в учреждениях ПМСП врачами общей практики и специалистами, ведущими амбулаторный прием.

При доступности ПТМ необходимо предусмотреть возможность одновременного проведения АРТ там же, где проводится заместительная терапия. Этот подход способствует:

- достижению максимального контроля лечения;
- повышению эффективности лечения;
- снижению риска развития устойчивости к АРВП;
- облегчению контроля возникновения лекарственного взаимодействия между метадоном и препаратами для лечения ВИЧ.

Другие преимущества проведения АРТ по месту предоставления ПТМ включают:

- одновременное длительное лечение наркозависимости и ВИЧ-инфекции;

- возможность приема АРВП под контролем медицинского работника у пациентов, ежедневно посещающих клинику для получения метадона;
- приобретение опыта лечения заболеваний, связанных с потреблением наркотиков.

3.2. Лечение опиоидной зависимости

Существует множество методов лечения наркозависимости – от помещения в закрытое учреждение с лишением возможности принимать наркотики до медикаментозного амбулаторного лечения, включая детоксикацию и заместительную терапию. Из-за хронической природы наркозависимости одна только детоксикация редко имеет длительный и устойчивый эффект. В основном разные варианты лечения ориентированы на опиоидную зависимость и реже на зависимость от других наркотиков.

3.2.1. Заместительная поддерживающая терапия опиоидами

В Кыргызской Республике для заместительной терапии используется в метадона гидрохлорид.

Метадона гидрохлорид (метадон) – один из самых эффективных и наиболее часто используемых препаратов для ПТМ. Использование доз, превышающих 60–80 мг в сутки, позволяет удержать в программе больше пациентов и снизить потребление запрещенных наркотиков.

3.2.2. Программы детоксикации (воздержание от наркотиков под медицинским наблюдением)

Детоксикация при опиоидной зависимости является начальным компонентом некоторых лечебных программ, но не может рассматриваться как самостоятельный метод лечения опиоидной зависимости. Она позволяет ослабить симптомы и соматические проявления абстиненции и должна назначаться строго индивидуально.

При назначении детоксикации необходимо учитывать следующее:

- программы детоксикации могут быть предварительным этапом предоставления АРТ;
- снижение доз метадона должно обсуждаться с пациентом и зависеть от наличия симптомов абстиненции;
- необходимо обеспечить пациенту психологическую поддержку в течение всего курса лечения;
- детоксикация при опиоидной зависимости может проводиться с использованием постепенно снижающихся доз различных препаратов.

3.2.3. Другие методы лечения

- группы самопомощи;
- лечебные коммуны;
- реабилитация с проживанием в реабилитационном центре;
- психотерапия:
  - когнитивно-поведенческая психотерапия;
  - мотивирующие беседы;
  - ситуационное управление с системой поощрений;
  - матриксная модель;
  - медицинская и психологическая профилактика рецидивов;
- программы взаимопомощи («равный равному»);
- обучение социальным навыкам;
- профессиональная подготовка;

3.2.4. Профилактика рецидивов

После детоксикации рекомендуется назначать препараты для профилактики рецидива, это могут быть препараты, которые снижают эйфорию и ослабляют тягу к наркотику (например противосудорожный препарат топирамат), или делают менее приятным эф-

фект от наркотика и возбуждают тревогу (например, дисульфирам). Если пациент получает эти препараты вместе с АРВП, необходимо тщательное наблюдение для выявления возможного лекарственного взаимодействия.

- Топирамат (топамакс) выводится почками, поэтому пациентам с почечной или печеночной недостаточностью его назначают с осторожностью.
- Дисульфирам может взаимодействовать с препаратами, в метаболизме которых участвует цитохром P450. Описано взаимодействие дисульфирама с жидкими формами (но не капсулами) лопинавира/ритонавира, содержащими этанол, который провоцирует антабусную реакцию. В связи с этим рекомендуется назначать лопинавир/ритонавир в капсулах.

3.3. Проведение АРТ у ЛУИН с ВИЧ

У ЛУИН с ВИЧ АРТ начинают в соответствии с общими рекомендациями (см. КП *«Антиретровирусная терапия взрослых и подростков»*).

- Экстренное начало АРТ требуется редко.
- Пациенты должны быть хорошо информированы и мотивированы; необходимо, по возможности, устранить все обстоятельства, мешающие соблюдению режима лечения.
- Перед началом лечения медицинскую работники должны предоставлять всем пациентам и их близкому окружению информацию об АРТ (на понятном языке и в форме, соответствующей уровню образования пациента).
- Подготовка к проведению АРТ должна включать:
  - лечение наркозависимости;
  - стабилизацию условий жизни;
  - лечение психических расстройств;
  - лечение тяжелых сопутствующих заболеваний.

3.3.1. Выбор схемы АРТ

При выборе схемы АРТ необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, в том числе сопутствующие заболевания и другие состояния. При обследовании ЛУИН следует принимать во внимание дополнительные факторы:

- ЛУИН могут продолжать употреблять нелегальные наркотики и не получать заместительной терапии.
- Часто имеются сопутствующие заболевания, в частности психические, такие как депрессия и алкогольная зависимость.
- Часто встречается ко-инфекция ВГС, ВГВ и ТБ.
- Лекарственные взаимодействия бывают более сложными; например, АРВП могут взаимодействовать с наркотиком или препаратом заместительной терапии.
- Из-за отсутствия постоянного места жительства или по другим причинам контакт с ЛУИН может быть затруднен.
- У ЛУИН труднее добиться высокого уровня приверженности терапии, особенно если они уже получают лечение от туберкулеза или гепатита С.

Перечисленные выше факторы следует учитывать при выборе схемы лечения. Кроме того, при выборе АРТ у ЛУИН нужно иметь в виду следующее:

- NVP может обострять течение активного гепатита в большей степени, чем другие АРВП;
- повреждение печени может быть связано как с гепатотоксичностью АРВП, так и с ВСВИ у пациентов с вирусными гепатитами;
- 3TC, FTC и TDF активны и против ВИЧ, и против вируса гепатита В;
- при сопутствующем туберкулезе предпочтителен EFV;

- не следует назначать рифампицин пациентам, получающим ингибиторы протеазы (ИП), однако допустимо назначение рифабутина (см. КП *«Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией»*);
- непереносимость ННИОТ из-за заболеваний печени (гепатитов С и В) или психических расстройств может потребовать включения в схему первой линии препаратов из группы ИП или АВС;
- необходимо учитывать все возможные лекарственные взаимодействия.

3.3.2. Схемы АРТ, рекомендованные для ЛУИН

Схемы АРТ для ЛУИН с ВИЧ в различных клинических ситуациях	
Клиническая ситуация	
Потребление инъекционных наркотиков, отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний или параллельной терапии, но требуется АРТ	См. КП *«Антиретровирусная терапия взрослых и подростков»*.
Потребление инъекционных наркотиков, ко-инфекция ВИЧ/ВГВ, показания к лечению гепатита В и к АРТ	См. КП *«Ведение пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и вирусными гепатитами»*.
Потребление инъекционных наркотиков, туберкулез, ВИЧ. Лечение туберкулеза рифампицином и показания к АРТ	См. КП *«Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией»*.
Потребление инъекционных наркотиков, ко-инфекция ВИЧ/ВГС. Лечение гепатита С и АРТ	См. КП *«Ведение пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и вирусными гепатитами»*.

На схемы АРТ второй линии следует переходить в случае, когда схемы первой линии оказались неэффективными (см. КП *«Антиретровирусная терапия взрослых и подростков»*).

3.3.3. Гепатотоксичность АРВП

- Гепатотоксичность НИОТ встречается нечасто. Она была описана у AZT и гораздо реже у 3TC, FTC, ABC и TDF в форме гепатомегалии, стеатоза и повышения активности печеночных ферментов и/или лактацидоза.
- Гепатотоксичность ННИОТ связана в основном с NVP, но описана также у EFV. Следует, по возможности, избегать назначения NVP у женщин, а также у мужчин с высоким содержанием лимфоцитов CD4.
- ИП чаще проявляют слабую гепатотоксичность. Однако высокие дозы RTV (>1000 мг в сутки) могут быть более токсичными. В отличие от эффекта ННИОТ, который проявляется в первые недели, гепатотоксичность ИП может возникнуть в любой период лечения.

3.3.4. Тактика ведения ЛУИН с гепатитом С и ВИЧ

Для каждого ЛУИН с гепатитом С следует решить вопрос о терапии ППД (см. КП *«Ведение пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и вирусными гепатитами»*).

Следует предусмотреть возможность лечения гепатита С в наркологическом центре или центре СПИД, где проводится заместительная терапия и АРТ.

3.3.5. Тактика ведения ЛУИН с ТБ и ВИЧ

Лечение туберкулеза у ЛУИН с ВИЧ представляет собой сложную проблему, но, тем не менее, может быть успешным.

При лечении туберкулеза у ЛУИН необходимо предусмотреть коррекцию дозы метадона, поскольку рифампицин является мощным индуктором цитохрома P450 и может снижать уровень метадона в крови, что может потребовать существенного увеличения дозы последнего. Кроме того, рифампицин ускоряет метаболизм ИП, ННИОТ и ИИ (см. КП *«Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с ко-инфекцией».).*

3.3.6. Мониторинг лабораторных показателей

Течение ВИЧ у ЛУИН необходимо тщательно контролировать для обеспечения непрерывности помощи. Независимо от того, получает пациент АРТ или нет, нужно регулярно определять число лимфоцитов CD4 и другие лабораторные показатели. Подробнее о наблюдении за пациентами см. КП *«Антиретровирусная терапия взрослых и подростков»*.

3.3.7. Тактика при проявлениях токсичности и побочных эффектах АРВП

Клинически выраженные побочные эффекты АРВП наблюдаются сравнительно часто и являются основной причиной нарушения режима терапии.

Лечение побочных эффектов наиболее успешно, когда весь медицинский персонал готов к их появлению и может сразу предпринять ответные действия, а пациент понимает причины и характер этих эффектов, и важность своевременного информирования об их появлении.

В начале курса АРТ часто развиваются такие побочные эффекты, как головная боль, тошнота, диарея и утомляемость. Для их устранения, как правило, достаточно психологической поддержки и симптоматического лечения, например, анальгетиками или антидиарейными средствами. Эти меры важны для того, чтобы пациент справился с побочными эффектами и не менял режим лечения.

Побочные эффекты бывают как легкими, так и очень тяжелыми, и могут затрагивать многие органы. Основные побочные эффекты АРВП приведены в КП *«Антиретровирусная терапия взрослых и подростков»*.

4. Лекарственные взаимодействия

4.1. Метадон и АРВП

- Метадон метаболизируется в печени с помощью нескольких ферментов цитохрома P450 (CYP) (особенно CYP3A4). Возможно снижение уровня метадона при одновременном использовании препаратов, индуцирующих цитохромные ферменты, что может потребовать увеличение дозы метадона. Наоборот, при использовании метадона в сочетании с препаратами, ингибирующими цитохромные ферменты, его уровень может повышаться, требуя снижения дозы.

Таблица 1. Взаимодействия между АРВП и метадоном

АРВП	Влияние АРВП на метадон	Влияние метадона[1] на АРВП	Примечания
НИОТ			

АРВП	Влияние АРВП на метадон	Влияние метадона[1] на АРВП	Примечания
ABC	Небольшое снижение уровня метадона. Низкий риск опиоидной абстиненции. Коррекция доз маловероятна, но в некоторых случаях может быть повышение дозы метадона	Максимальная концентрация снижается (на 34%). Увеличивается время достижения максимальной концентрации	Данные немногочисленны, хотя в одном исследовании показано повышение клиренса метадона на 22%. Низкий риск опиоидной абстиненции. Может потребоваться коррекция дозы метадона.
AZT	Не сообщалось. Коррекция дозы необязательна.	Значительное повышение концентрации (на 43%). Клиническая значимость не ясна. Возможны побочные эффекты	Следить за побочными эффектами AZT. Если минимальный уровень метадона в норме, вероятно, токсические эффекты связаны с AZT.
3TC, FTC	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно.
TDF	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно
ННИОТ			
NVP	Значительное снижение концентрации метадона (на 46%). Часто развивается метадоновая абстиненция. Для большинства пациентов требуется существенное повышение дозы метадона (на 16%).	Не сообщалось	Начало терапии NVP может потребовать увеличение суточной дозы метадона на 50–100% для снятия опиоидной абстиненции. Симптомы абстиненции обычно развиваются через 4–8 суток приема NVP, хотя реакция может развиться и через 2–3 недели.
EFV	Значительное снижение концентрации метадона (на 60%). Часто развивается метадоновая абстиненция. Обычно требуется существенное повышение дозы метадона (на 50%).	Неизвестно	Тщательно контролировать признаки метадоновой абстиненции и повышать дозу при необходимости. Симптомы абстиненции могут появиться через 2–3 недели.
ИП			
LPV/r	Снижение уровня метадона (на 26–53%). Может возникнуть абстиненция, требующая увеличения дозы.	Не сообщалось	Описана метадоновая абстиненция. Может потребоваться увеличение дозы метадона.
[1] За уровень метадона принимают его min концентрацию в плазме, измеренную через 24 ч после приема последней дозы. Для достоверности оценки необходимо, чтобы пациенты принимали ту же дозу метадона в течение 5 дней перед измерением.			

Таблица 2. Психоактивные вещества, нелегальные/рекреационные наркотики и АРВП

Вещества	Основной путь метаболизма	Взаимодействия	Рекомендации
Амфетамины	CYP2D6	↑ уровни RTV ⇒ токсичность	Не назначать RTV и LPV/r даже в низких дозах, если пациент принимает амфетамины.
Барбитураты	CYP3A4	Барбитураты (фенобарбитал) – мощные индукторы CYP3A4	Избегать назначения других индукторов (например, EFV и NVP) пациентам, употребляющих барбитураты.
Бензодиазепины	CYP3A4 для мидазолама, триазолама, алпразолама и флунитразепама	ИП ⇒ усиление седативного эффекта, NVP ⇒ абстинентный синдром	Избегать сочетанного применения алпразолама, мидазолама и триазолама со всеми ИП и NVP.
Героин	Плазма	Нелфинавир, ритонавир ⇒ абстинентный синдром	Взаимодействие с АРВ-препаратами такое же, как с метадоном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию. Требуется наблюдение.
Кодеин	Уридин-дифосфатглюкуронил-трансфераза 2B7	↑ или ↓ метаболизм ИП ⇒ возможна передозировка ⇒ ослабление анальгезии	Взаимодействие с АРВП такое же, как с метадоном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Требуется наблюдение.
Кокаин	CYP3A4	↑ уровни ИП и EFV ⇒ передозировка. NVP ⇒ гепатотоксический метаболит	Наблюдение за возможным усилением гепатотоксичности.
МДМА (экстази) Гамма-гидроксибутират	CYP2D6	↑ уровень RTV ⇒ токсичность	Не назначать ИП, даже в низких дозах, если пациент принимает МДМА или гамма-гидроксибутират. Взаимодействие МДМА с RTV может быть летальным.

Морфин	Уридин-дифосфатглюкуронилтрансфераза 2B7	RTV ⇒ абстиненция, ослабление анальгезии	Взаимодействие с АРВП такое же, как с метадоном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Рекомендован клинический контроль.
Тетрагидроканнабинол	CYP3A4	Возможно ↑ уровня ИП. Возможно ↓ уровня ННИОТ	Клинически значимого взаимодействия не обнаружено.
Фенциклидин	CYP3A4	ИП и EFV ⇒ токсичность	Контроль токсичности фенциклидина.

5. Помощь в соблюдении режима лечения и наблюдение

5.1. Приверженность лечению

- Важным условием успешного лечения является соблюдение режима терапии.
- Невыполнение лечебных рекомендаций приводит к раннему развитию устойчивости к АРВП, увеличению вирусной нагрузки с последующим ухудшением иммунологического и клинического состояния. Для оптимального снижения вирусной нагрузки необходимо, чтобы пациент принимал не менее 95% предписанных доз АРВП. При развитии лекарственной устойчивости требуется пересмотр схемы лечения.
- Существует четкая взаимосвязь между несоблюдением режима терапии и уровнем РНК ВИЧ в плазме (ВН), но эта зависимость не является прямо пропорциональной: уже небольшое отклонение от режима вызывает серьезную потерю контроля над репродукцией вируса.
- ЛУИН, которые получают квалифицированную помощь и адекватную поддержку опытного персонала, способны соблюдать режим АРТ и добиться таких же успешных клинических результатов, как и ЛЖВ, не принимающие наркотиков.
- Участие в программах ПТМ способствует повышению вероятности использования - АРТ и лучшему соблюдению режима лечения.

На приверженность АРТ могут влиять различные факторы.

Медицинские:

- токсичность и побочные эффекты АРВП или взаимодействия с другими препаратами или веществами;
- гепатотоксичность, частота которой у ЛУИН гораздо выше, чем у других пациентов;
- тяжелые ОИ;
- сопутствующие психические расстройства, включая депрессию.

Индивидуальные:

- непрекращающееся потребление наркотиков или рецидивы;
- употребление алкоголя или множественная наркотическая зависимость;
- отсутствие жизненных перспектив и мотивации;
- серьезные жизненные проблемы и кризисы;
- побочные эффекты АРВП или характер их восприятия;
- ожидания в отношении эффективности терапии (у пациента и у медработников).

Связанные с организацией медицинской помощи:

- стигматизация и дискриминация в ОЗ;

- отрицательное впечатление от медицинского обслуживания из-за неблагожелательного отношения или низкого качества услуг;
- недостаточные доступность и удобство работы наркологических служб;
- плохая координация работы медицинских и немедицинских (например, социальных) служб или ее отсутствие;
- отсутствие преемственности предоставления медицинской помощи;
- убеждение персонала, предоставляющего услуги, что ЛУИН не способны соблюдать режим АРТ.

Социальные:

- бездомность, отсутствие семейной и общественной поддержки;
- безработица;
- общественное осуждение и дискриминация;
- ограничивающий характер законодательства и политики.

5.2. Рекомендации для специалистов

Содействие в соблюдении режима лечения и контроль должны быть частью повседневной клинической работы всех медработников, оказывающих помощь ЛЖВ. Критически важным фактором долговременного иммунологического и вирусологического эффекта терапии является соблюдение режима терапии, особенно в первые 4–6 месяцев лечения.

Дополнительные меры, способствующие соблюдению режима терапии, включают:

- лечение депрессии;
- устранение нежелательных лекарственных взаимодействий и коррекцию доз;
- выдачу лекарств небольшими порциями через короткие интервалы времени, для того, чтобы:
  - выявить пропуски приема препаратов до развития лекарственной устойчивости;
  - предупредить прерывание терапии и неправильное использование лекарств;
- непосредственно наблюдать за приемом АРВП (НКЛ), особенно при одновременном лечении наркозависимости.

Приложение 10.1

Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ[15]

Следующие вопросы касаются симптомов, связанных с употреблением героина или других опиоидов, по поводу чего сейчас проходит лечение пациент. Вопросы относятся к периоду времени, непосредственно предшествовавшему началу текущей терапии (в следующих пунктах заменить, где подходит, слово «вещество» на название употребляемого пациентом опиоида).

1. Испытывали ли Вы сильную тягу или непреодолимое влечение к употреблению *вещества*?	*Да*	*Нет*
2. Вам было трудно (или невозможно) контролировать употребление *вещества*?	*Да*	*Нет*
3. Возникали ли у Вас симптомы отмены после того, как вы некоторое время обходились без приема *вещества*?	*Да*	*Нет*
4. Приходилось ли Вам употреблять *вещество* для облегчения или снятия симптомов отмены?	*Да*	*Нет*
5. Замечали ли Вы, что Вам требуется более высокая доза *вещества* для достижения того же физического и психического эффекта («привыкание»)?	*Да*	*Нет*
6. Не появлялось ли у Вас по прошествии времени стремления разнообразить характер употребления *вещества*?	*Да*	*Нет*
7. Отказывались ли Вы постепенно от других удовольствий и интересов, предпочитая прием *вещества*?	*Да*	*Нет*
8. Ощущали ли Вы, что употребление *вещества* наносит вам психический и физический вред?	*Да*	*Нет*
9. Вы продолжали употреблять *вещество*, несмотря на очевидные вредные последствия?	*Да*	*Нет*

10. Как давно Вы испытываете такого рода проблемы, связанные с употреблением наркотика?		
а. годы		
б. месяцы		

Наличие **3 или более** симптомов из 1, 2, 3, 5, 7 и 9 указывает на зависимость.

11**. а**. **Укажите, имеется ли синдром опиоидной зависимости (F11.2)**	*Да*	*Нет*
б. Если «Да», укажите конкретный опиоид: _____		

МИНИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДАННЫХ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ СБОРА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности лечения для ЛУИН и его эффективности. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об укреплении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Следующие данные должны собираться каждой ОЗ на регулярной основе (например, раз в месяц, квартал или полугодие).

- Число ЛЖВ (обратившихся в ОЗ) – при дальнейших расчетах эта цифра будет использоваться как знаменатель по отношению к данным, указанным ниже.
- Число ЛУИН среди всех ЛЖВ.
    - ◊ Число активных ЛУИН (принимавших наркотики в последние 4 недели).
    - ◊ Число бывших ЛУИН (не принимавших наркотики в последние 4 недели).
- Число ЛУИН, имеющих показания для проведения АРТ (число лимфоцитов CD4 <500/мкл).
    - ◊ Число активных ЛУИН (принимавших наркотики в последние 4 недели), имеющих показания для проведения АРТ.
    - ◊ Число бывших ЛУИН (не принимавших наркотики в последние 4 недели), имеющих показания для проведения АРТ.
- Число ВИЧ-положительных ЛУИН, получающих АРТ.
    - ◊ Число активных ЛУИН (принимавших наркотики в последние 4 недели), получающих АРТ.
    - ◊ Число бывших ЛУИН (не принимавших наркотики в последние 4 недели), получающих АРТ.
- Число ВИЧ- положительных ЛУИН, получающих заместительную терапию.
    - ◊ Число ЛУИН, получающих метадон.
    - ◊ Число ЛУИН, получающих бупренорфин.
- Число умерших ВИЧ-положительных ЛУИН (смертность, обусловленная ВИЧ и другими причинами, такими, как несчастные случаи, отравление наркотиками, самоубийства).

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г

Иммунизация людей, живущих с ВИЧ
Шифр B20-B24, R75, Z21

Обоснование:

- Вакцинопрофилактика некоторых инфекционных заболеваний является важным компонентом предупреждения вторичных осложнений у ЛЖВ, и позволяет увеличить продолжительность жизни больного, улучшив ее качество.
- Вакцинация детей с ВИЧ имеет важнейшее значение, т.к. у них во много раз выше заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями, чаще развиваются тяжелые формы, отмечается высокая летальность.
- Хотя способность к формированию эффективного клеточного и гуморального иммунного ответа у ВИЧ-позитивных новорожденных начинает снижаться сразу после рождения, тем не менее, в течение первых 2 лет жизни у большинства детей эта способность сохраняется.
- ВИЧ-инфекция приводит к прогрессирующему разрушению иммунной системы, поэтому некоторые вакцины следует применять у пациентов с ВИЧ с осторожностью (после соотношения риска и пользы).

Основные принципы иммунопрофилактики:

- Максимально возможное сохранение Национального календаря профилактических прививок (антигенов в декретированные сроки).
- Проведение дополнительной иммунизации (против инфекций, эпидемиологически значимых для Кыргызской Республики).
- Проведение иммунизации в зависимости от стадии заболевания (проведение иммунологических исследований).
- Применение иммуноглобулинов для пассивной иммунизации.
- Планирование вакцинации в рамках национального календаря профилактических прививок, а также в случае необходимости разработки индивидуальных схем вакцинации, осуществляется семейным врачом совместно с врачом-иммунологом.
- Проведение вакцинации осуществляется специально обученными прививочными медсестрами под наблюдением семейных врачей с обязательным патронажем ребенка в поствакцинальном периоде, который проводится на 2-е (после инактивированной вакцины) и 7-е сутки (после живой вакцины).
- В родильных домах вакцинация новорожденных проводится специально обученным медицинским персоналом под контролем врача-неонатолога.
- Планирование и проведение вакцинации по эпидемическим показаниям осуществляется специалистами центров СПИД совместно с семейными врачами.

Иммунизация лиц, живущих с ВИЧ, в рамках Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики

Наименование вакцины	Рекомендации по применению	Оптимальные сроки
БЦЖ (живая)	Применение должно ограничиваться только теми детьми, у которых имеется отрицательный результат обследования на ВИЧ-инфекцию по результатам ПЦР ДНК. (в связи с риском диссеминированного поствакцинального ТБ) и существует высокий риск заражения ТБ. Вакцинацию БЦЖ не рекомендуется проводить подросткам и взрослым, в том числе ВИЧ-положительным, поскольку это мало влияет или вообще не влияет на заболеваемость ТБ легких.	Во время пребывания в роддоме
ИПВ (инактивированная полиомиелитная вакцина)	Используется для иммунизации всех детей с ВИЧ (в том числе и с клиническими проявлениями) и детей с перинатальным контактом.	V1 – 2 месяца, V2 - 3,5 месяца,
ОПВ (живая)	Применяется только при **отсутствии ИПВ** детям с бессимптомной формой ВИЧ-инфекции (в связи с риском тяжелого прогрессирующее поражение нервной системы - паралитической формы поствакцинального полиомиелита). Следует также избегать тесных контактов между лицами, недавно получившими ОПВ, и детьми с ВИЧ, т.к. иммунизированные ОПВ могут на протяжении месяца выделять вакцинный вирус в окружающую среду, представляя угрозу для детей с иммунодефицитом.	V1 – 2 месяца, V2 - 3,5 месяца, V3 - 5 месяцев.
ВГВ **(инактивированная)**	Вакцинацию против гепатита В следует проводить всем новорожденным детям, не зависимо от клинических проявлений ВИЧ-	V1 – при рождении

	инфекции (не менее 3 вакцинаций).	
ВГВ в составе пентавакцины		V2 - 2 месяца, V3 - 3,5 месяца, V4 - 5 месяцев.
АКДС (инактивированная)	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация с использованием АКДС проводится по тому же графику и в тех же дозах, как и у детей без ВИЧ-инфекции.	V 1 - 2 месяца, V 2 - 3,5 месяца, V 3 - 5 месяцев, RV - 2 года.
АДС (инактивированная)	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация АДС проводится согласно календарным срокам.	V- 6 лет
АДС-М (инактивированная)	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация АДС-М проводится согласно календарным срокам.	11 лет – однократно 16 лет – однократно 26 лет – однократно 36 лет – однократно 46 лет – однократно 56 лет - однократно

КПК (живая)	Применяется для иммунизации ЛЖВ с бессимптомной или слабо выраженной иммуносупрессией в соответствии с общенациональным календарем вакцинации. При тяжелой иммуносупрессии (число лимфоцитов CD4<200/мкл) вакцинация КПК противопоказана.	V - 12 месяцев, V-6 лет.

Иммунизация лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, проводимая по эпидемическим показаниям

Наименование вакцины	Рекомендации по применению	Оптимальные сроки
Вакцина против гриппа	Рекомендуется иммунизация всех ЛЖВ, независимо от клинических проявлений, начиная с 6 месячного возраста.	ежегодно однократно
ХИБ-вакцина (инактивированная), входит в состав пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ)	Детям с ВИЧ до 2-х лет рекомендуется получить 3-х кратную вакцинацию.	V1 - 2 мес, V2 - 3,5 мес, V3 - 5 мес (в рамках Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики).
Вакцина против пневмококковой инфекции (Пневмо 23)	Детям, старше 2-х лет, не зависимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции, рекомендуется однократная иммунизация с последующей ревакцинацией через 5 лет. Взрослым с количеством лимфоцитов CD4>200/ мкл иммунизация проводится однократно. Лицам, с количеством лимфоцитов CD4<200 мкл, можно провести однократную иммунизацию при	Однократно, ревакцинация через 5 лет. Однократно Однократно с последующей ревакцинацией.

	повышенном риске возникновения пневмококковой инфекцией, однако после проведения АРТ и восстановления функций иммунной системы (CD4>200/мкл) необходимо провести ревакцинацию.	
Пневмококковая конъюгированная вакцина (полисахаридная) (Превенар 13)	Применяется для иммунизации детей от 0 до 2 лет, не зависимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции согласно Национального календаря профилактических прививок КР.	V1 - 2 мес, V2 - 5 мес, V3 - 12 мес
Менингококковая вакцина	Иммунизацию проводят всем лицам, проживающим или направляющимся в страны, эндемичные по менингококковой инфекции, начиная с 1 года жизни, независимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции.	Однократно
Вакцина против холеры WC/rBs (инактивированная)	Иммунизацию проводят всем лицам, проживающим или направляющимся в страны, с неблагополучной ситуацией по холере, независимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции.	2-х кратно с интервалом в 2 недели
Вакцина против вируса ветряной оспы (живая)	Вакцинацию можно проводить только детям с ВИЧ, у которых нет клинических проявлений ВИЧ-инфекции или они выражены очень слабо (число лимфоцитов CD4>25% от общего числа лимфоцитов).	2-х кратно: в 12-15 мес., затем через 4-8 недель после первой вакцинации.
Вакцина против вирусного гепатита А (инактивированная)	Иммунизация рекомендуется лицам с повышенным риском ВГА-инфекции, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции и ее клинических проявлений: - Лица с хроническими заболеваниями печени - МСМ - Лица, потребляющие наркотики - Лица с нарушением свертываемости крови - Лица с профессиональным риском заражения ВГА - Лица, старше 1 года, планирующие посещение страны, эндемичной по ВГА.	2-кратно: V1, V2 через 6-12 мес.

Вакцина против вирусного гепатита В (инактивированная)	Иммунизация рекомендуется лицам с повышенным риском ВГВ-инфекции, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции и ее клинических проявлений: - МСМ - СР - Гетеросексуалы с большим числом половых партнеров -Лица с ИППП - Партнеры и члены семей носителей ВГВ - Заключенные - Лица, находящиеся на гемодиализе - Медицинские работники **Иммунизацию проводят по разным схемам:** - Если число лимфоцитов CD4>500/мкл – 3-кратно - Если число лимфоцитов CD4 от 200 до 500/мкл – 4-х кратно - Если число лимфоцитов CD4<200 мкл, то сначала назначается АРТ и иммунизация проводится по результатам лечения, если число лимфоцитов CD4 становится > 200/мкл – 4-х кратно.	0-1-6 месяцы 0-1-2-12 месяцы 0-1-2-12 месяцы
Брюшнотифозная субъединичная вакцина (Vi-полисахаридная)	Рекомендуется вводить всем ЛЖВ перед выездом в страны, в которых повышен риск брюшного тифа, а также тем, кто будет тесно контактировать с носителем *Salmonella typhi*. Одну дозу вакцины следует ввести не менее чем за 2 недели до предполагаемого контакта. Рекомендуется проводить ревакцинацию каждые 3 года, а лицам с числом лимфоцитов CD4 < 200/мкл этот интервал можно сократить до 2 лет.	Однократно, с ревакцинацией каждые 3 (2) года.
Вакцина против клещевого энцефалита	Вакцинация рекомендуется ЛЖВ, которые собираются в эндемичные по клещевому энцефалиту районы. ЛЖВ с числом лимфоцитов CD4>400/мкл рекомендуется получить 3 дозы. ЛЖВ с числом лимфоцитов	V1, V2 через 4-12 недель, V3через 9-12 мес. 0-1-2-(9-12) мес.

	CD4<400/мкл рекомендуется получить 4 дозы.	
Антирабическая вакцина (культуральная)	Используют для постконтактной профилактики бешенства у ЛЖВ. После одного курса вакцинации необходимо определить уровень нейтрализующих антител, если он < 0,5 МЕ/мл, необходимо ввести дополнительные дозы антирабической вакцины.	4-5 раз в неделю в течение 4 недель.
Вакцина против чумы и вакцина против сибирской язвы	Рекомендуются к применению у ЛЖВ, независимо от клинических проявлений болезни на общих основаниях.	Согласно наставлению.

ПРИЛОЖЕНИЕ 12
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г

Поддержка репродуктивного и сексуального здоровья у ЛЖВ

Широкое применение АРТ улучшило состояние здоровья и качество жизни ЛЖВ. В связи с этим возникла необходимость во многом пересмотреть отношение к вопросам, касающимся сексуальности и репродуктивной функции этой группы населения. Основанный на правах человека подход к обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) ЛЖВ необходим для того, чтобы:

- убедить ЛЖВ, что они могут вести нормальную половую жизнь;
- информировать, что эффективное лечение ВИЧ-инфекции обеспечит им возможность вести здоровую и полноценную половую жизнь;
- эффективно решать другие проблемы СРЗ.

КП разработан для оказания помощи медицинским работникам в обсуждении вопросов СРЗ при консультировании ЛЖВ (независимо от того, получают они АРТ или нет).

1. Ведение ИППП у лиц с ЛЖВ

Общие положения

- Всем пациентам с ИППП следует предлагать тестирование на ВИЧ (см. КП «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции»).
- Лечение ИППП у ЛЖВ проводится аналогично лечению всех других пациентов.
- В зависимости от стадии ВИЧ-инфекции клиническая картина ИППП может меняться.
- В некоторых случаях могут потребоваться более длительный курс лечения.
- Возможно лекарственное взаимодействие ЛС для лечения ИППП с АРВП (приложение 12.1).
- У женщин чаще и в более тяжелой форме встречаются ВЗОМТ, кандидозный вульвовагинит и ВПЧ-инфекция.
- Среди ЛЖВ/МСМ чаще возникают ректальные хламидийные инфекции, сифилис, гонорея, ВПГ-инфекция, венерическая лимфогранулема, анальная дисплазия.

- Наблюдение в связи с быстрым развитием и частыми рецидивами ИППП у ЛЖВ должно быть усиленным.

1.1. Сифилис у ЛЖВ

Клиника:

Клиника сифилиса у ЛЖВ протекает, в основном, классически (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12).

Особенности:

- быстрое прогрессирование заболевания;
- повышение риска развития висцерального и нейросифилиса;
- неэффективность проведения одного курса противосифилитического лечения, поэтому необходимо назначение дополнительного курса;
- появление тяжёлых атипичных форм, по клиническим признакам, напоминающим другие заболевания, такие как пиодермии, микозы, кератодермии ладоней и подошв, псориаз, гранулёз Вегенера, болезнь Крона, лимфаденопатический симптомокомплекс.

Диагностика:

Для диагностики сифилиса и для последующего мониторинга используются серологические тесты (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12).

Особенности:

- атипичные результаты серологических тестов (необычно высокие или необычно низкие колебания титров). При несоответствии результатов клиническим симптомам, необходимо использование других тестов, таких как биопсия и микроскопия в темном поле;
- ложно-отрицательные результаты серологических тестов и задержка появления серо-реактивности.

Лечение:

Лечение сифилиса у пациентов с ВИЧ проводится согласно существующим схемам лечения в зависимости от стадии заболевания (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.).

Особенности:

- повышенный риск неврологических осложнений и чаще встречающиеся серологические показатели неудачного лечения;
- изменения в ликворе (одноядерный плеоцитоз и повышение уровня белка) даже без неврологических симптомов.

Последующее наблюдение:

- Клинический осмотр и серологический анализ для оценки эффективности лечения через 3, 6, 9, 12 и 24 месяца после лечения.
- При неэффективности лечения сифилиса или у лиц, которые имеют устойчивое четырехкратное увеличение титра на нетрепонемный тест, необходимо исследование ликвора и повторное лечение. Анализ ликвора и повторное лечение также настоятельно рекомендуется для лиц, чьи титры на нетрепонемный тест не уменьшаются в четыре раза в течение 6-12 месяцев терапии. Если ликвор в норме, то лечение бициллином G рекомендуется проводить в виде 2,4 млн. единиц, в/м, с недельным интервалом в течение 3 недель.
- Пациенты с нейросифилисом должны быть обследованы клинически и серологически через 6, 12, 18 и 24 месяцев после лечения. Если развиваются клинические симптомы, или

нетрепонемный титр увеличивается в четыре раза, то необходимо провести анализ ликвора и соответствующее лечение. Если в течение 12 - 24 месяцев нетрепонемный титр не уменьшается в четыре раза, то надо провести анализ ликвора и соответствующее лечение.

- Если плеоцитоз присутствовал изначально, то анализ ликвора следует повторять каждые 6 месяцев до тех пор, пока количество клеток не придет в норму.
- Если количество клеток не уменьшилось после 6 месяцев или если ликвор не пришел в норму после 2 лет, то необходимо назначить повторное лечение.

1.2. Генитальный герпес у ЛЖВ

У пациентов с ослабленным иммунитетом могут возникнуть длительные или тяжелые эпизоды генитального, перианального или орального герпеса.

Клиника: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Особенности:

- несмотря на то, что АРТ снижает тяжесть и частоту симптоматического генитального герпеса, возможны субклиническое течение;
- клинические проявления генитального герпеса могут ухудшиться вследствие ВСВИ после начала АРТ.

Диагностика: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Лечение: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

- Ацикловир, валацикловир и фамцикловир являются безопасными для использования у пациентов с иммунодефицитом в дозах, рекомендованных для лечения генитального герпеса. Для тяжелого течения ВПГ-инфекции может понадобиться начальная терапия ацикловиром 5 -10 мг/кг, внутривенно каждые 8 часов.
- Если герпетические поражения сохраняются или вновь возникают в то время, когда пациент получает противовирусное лечение, то следует подозревать устойчивость ВПГ к лечению **(после оценки приверженности лечению)**. В таком случае нужно получить вирусный изолят для теста на чувствительность. Все ацикловир-резистентные штаммы являются устойчивыми к валацикловиру, и большинство из них устойчивы к фамцикловиру.
- Для лечения генитального герпеса, устойчивого к ацикловиру, зачастую эффективным оказывается:
  - фоскарнет, 40 мг/кг, внутривенно каждые 8 часов до клинического разрешения;
  - цидофовир, 5 мг/кг, внутривенно один раз в неделю;
  - имиквимод, крем 5%, для местного применения на повреждения один раз в день в течение 5 дней;
  - цидофовир, гель 1%, для местного применения на повреждения один раз в день в течение 5 дней.

1.3. Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) у женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Колонии грибов рода Candida встречаются у женщин с ВИЧ чаще, чем среди женщин с серонегативной реакцией. С увеличением силы иммунносупрессии увеличивается степень колонизации.

Клиника: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Особенности:

- у женщин с ВИЧ кандидоз часто поражает не только орофарингеальную область, но и вульву, влагалище;
- клиника кандидоза выражена тяжелее, с частыми рецидивами.

Диагностика: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Лечение: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Особенности:

- может потребоваться повторный курс лечения;
- рекомендуется избегать предрасполагающих факторов, таких как использование антибиотиков, а также применение антисептиков/антибиотиков в качестве вагинальных препаратов или спринцеваний влагалища;
- для предупреждения рецидивов эффективно одновременное лечение ректальных поражений таблетированными формами нистатина или флуконазолом;
- хотя лечение половых партнеров не предусмотрено, можно рассмотреть эту возможность для женщин, которые имеют рецидивирующие инфекции.

1.4. Бактериальный вагиноз (БВ) у женщин, живущих с ВИЧ.

Женщины с БВ подвержены повышенному риску инфицирования некоторыми венерическими заболеваниями, в т.ч. ВИЧ, осложнений после гинекологических операций и во время беременности, а также рецидивов БВ.

Клиника: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Особенности:

- У женщин с ВИЧ рецидивы БВ возникают чаще.

Диагностика: (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Лечение: проводится по такой же схеме, как и у пациентов без ВИЧ (см. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

Особенности:

- в течение 5 дней после использования клиндамицина на масляной основе нельзя применять латексные презервативы и диафрагмы, т.к. идет процесс их разрушения;
- спринцевание может увеличить риск развития рецидива, поэтому его использование не рекомендуется.

Последующее наблюдение:

- Поскольку рецидивы БВ являются обычным явлением, женщинам следует рекомендовать прийти на повторный осмотр. Повторное лечение по уже использовавшейся схеме является приемлемым вариантом лечения рецидивирующего БВ на ранних стадиях инфекции.
- Для женщин с многочисленными рецидивами после завершения рекомендованной схемы лечения, назначение геля метронидазола два раза в неделю в течение 4-6 месяцев доказало снижение рецидивов, хотя этот эффект может не сохраниться, если прекратить подавляющую терапию.

- Альтернативным лечением является ежемесячный пероральный прием метронидазола одновременно с флуконазолом.
- Если симптомы исчезли, необходимости в последующих визитах нет.
- Обычными патогенными возбудителями, вызывающими урогенитальные выделения, являются *Neisseria gonorrhaeae* и *Chlamydia trachomatis*.

1.5. Синдром уретральных выделений у мужчин.

Ведение синдрома уретральных выделений у лиц с ВИЧ-инфекцией проводится согласно клиническому протоколу «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ приказ МЗ КР №54 от 29.01.14.

Мужчины с ВИЧ-инфекцией и с жалобами на выделения из уретры и/или дизурию должны обследоваться на наличие выделений.

1.6 Синдром вагинальных выделений

Жалобы на необычные вагинальные выделения обусловлены чаще всего вагинальной инфекцией (кандидоз, бактериальный вагиноз, трихоманиаз). В некоторых случаях это может быть результатом слизисто-гнойных цервицитов, вызванных *Neisseria gonorrhaeae и Chlamydia trachomatis.*

Ведение синдрома вагинальных выделений у лиц с ВИЧ-инфекцией проводится согласно клиническому протоколу «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

1.7 Синдром генитальной язвы

Заболевания, характеризующиеся генитальными, анальными и перианальными язвами (генитальный герпес, сифилис, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема) связывают с повышенным риском передачи ВИЧ.

Ведение синдрома генитальной язвы ведется согласно клиническому протоколу «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14.

- ЛЖВ с герпетической язвой подлежат проведению противовирусного лечения.

1.8. Ведение пахового бубона, острого отека мошонки, боли внизу живота у женщин (см. клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», приказ МЗ КР №54 от 29.01.14).

1.9. Уведомление и направление партнеров

- Важно провести лечение партнеров ЛЖВ с ИППП, в противном случае высока вероятность повторной инфекции.
- После оценки безопасности примите во внимание возможные последствия уведомления половых партнеров (например, оцените риск насилия со стороны полового партнера), пациентов нужно поощрять к тому, чтобы они стремились направить своих сексуальных партнеров на обследование и лечение.
- Стратегия лечения партнера основана на том, что сексуальные партнеры лиц с ИППП могут быть инфицированы теми же ИППП, но с бессимптомным протеканием, из-за чего они могут не обращаться за медицинской помощью, если их не уведомить.
- Для уведомления партнеров и лечения могут использоваться различные варианты, которые нужно обсудить с пациентом:

  - пациент информирует партнера и идет вместе с ним для тестирования;

- медицинский работник организует уведомление партнера с последующим тестированием и лечением, а также ускоренное лечение партнера, когда пациент доставляет лекарства для партнера без клинического обследования последнего.

- Если партнеры получили лечение, то для пациентов снижается риск повторного заражения.
- Можно предложить пациенту «лечение партнера путем доставки» (ЛПРД), форму ускоренной терапии партнера (УТП), когда партнеры инфицированных лиц получают назначение/лечение без предварительного медицинского осмотра или профилактического консультирования. Любое лекарство или рецепт, предусмотренные ЛПРД, должны сопровождаться инструкциями о лечении, соответствующими предупреждениями о лекарствах (при наличии беременности у партнерши или аллергии на лекарства), общими рекомендациями по вопросам здоровья, а также информацией, о том, что партнеру нужно получить индивидуальное медицинское обследование особенно, если партнер–женщина с симптомами ИППП или ВТО.
- Важным аспектом ведения партнеров лиц с ИППП является предоставление им консультаций и обучения по снижению рисков и использованию презервативов, а также рекомендации пройти тестирование на ВИЧ, если их ВИЧ-статус не известен.
- Важно тесное сотрудничество с другими учреждениями в уведомлении партнеров и лечении, для обеспечения комплексного подхода к укреплению системы надзора и уважительному решению деликатных вопросов.

2. Методы контрацепции у ЛЖВ

Репродуктивное здоровье – это способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы инфекций, передающихся половым путем, гарантия безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждения нежелательной. Право на репродуктивный выбор, планирование семьи и охрану репродуктивного здоровья относится к основным правам человека. Это право дает возможность получать информацию о безопасных, эффективных, доступных и приемлемых методах планирования семьи и иметь возможность пользоваться выбранным ими методом.

Планирование семьи – это система мероприятий, направленных на принятие и реализацию супругами или отдельными гражданами решения о рождении или отказе от рождения детей, их числе, интервалах между родами, на получение информации и средств, позволяющих обеспечить осознанный выбор (ст. 1. Закона КР «О репродуктивных правах граждан»).

Рекомендации по методам контрацепции основаны на материалах ВОЗ по критериям приемлемости использования контрацептивов и практическим рекомендациям. ВИЧ-инфекция включена в руководство как один из факторов, определяющих приемлемость основных методов контрацепции (см.табл.1).

Таблица 1. Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции (ВОЗ).

Категория	Клиническое обследование проведено в полном объеме	Провести клиническое обследование в полном объеме не предоставляется важным

1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	
3	Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента	Нет (использовать метод не рекомендуется)
4	Использование метода абсолютно противопоказано	

Кроме медицинских критериев приемлемости при выборе метода контрацепции необходимо также учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности пациентов.

Консультирование по планированию семьи должно начинаться во время послетестового консультирования при выявлении ВИЧ-инфекции и продолжаться регулярно на протяжении всего периода наблюдения и лечения. Для обеспечения непрерывности и преемственности оказания медицинской помощи необходимо укреплять связи между службами снижения вреда для ЛУИН и службами по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции.

Все медицинские работники должны понимать, что соблюдение врачебной тайны в отношении ВИЧ-статуса пациентов является их профессиональным долгом.

Большинство методов контрацепции эффективны и безопасны для женщин с ВИЧ, при этом надо учесть передачу ВИЧ и возбудителей других ИППП (ВИЧ/ИППП), так как предупреждение передачи возбудителей так же важно, как предупреждение беременности.

Медицинские работники, предоставляющие услуги по репродуктивному и сексуальному здоровью, должны создать условия, чтобы пациенты могли быть защищены от стигматизации, дискриминации и насилия благодаря наличию благоприятной социальной и правовой среды, что даст возможность улучшить доступ к услугам.

Консультирование должно помочь женщинам, живущим с ВИЧ, принять решение, касающееся деторождения.

С	Консультирование – важнейший компонент стратегии ведения ЛЖВ и подходящий момент для установления доверительных отношений между пациентом и работником здравоохранения.

Консультирование по контрацепции должно быть индивидуальным, отвечать требованиям каждой женщины или пары и учитывать стадию ВИЧ-инфекции, лечение, образ жизни и личные пожелания. Только сама женщина наилучшим образом может оценить, какие достоинства и недостатки могут иметь для нее предлагаемые методы.

Окончательное решение о выборе метода контрацепции должна сделать сама пациентка (или пациент). Для принятия решения необходима следующая информация:

- эффективность метода контрацепции и правильность его применения для предупреждения беременности и передачи возбудителей ИППП, включая ВИЧ-инфекцию;

- достоинства и недостатки;
- распространенные побочные эффекты;
- симптомы и признаки, при появлении которых необходимо обратиться к врачу;
- стоимость и удобство применения;
- взаимодействие АРВП и контрацептивов;
- взаимодействие метадона и контрацептивов;
- взаимодействие противотуберкулезных препаратов и контрацептивов;
- риск передачи ВИЧ-инфекции неинфицированному партнеру при попытке забеременеть;
- важность безопасного секса независимо от статуса полового партнера.

Дополнительную информацию можно получить в КП «Комбинированные оральные контрацептивы», «Внутриматочные средства», утвержденных Приказом МЗ КР № 54 от 29.01.2014; «Контрацептивы прогестинового ряда», утвержденных Приказом МЗ КР № 379 от 04.07.2014; «Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» данного КП.

2.1. Барьерные методы и спермициды

Барьерные методы контрацепции – это способы, которые механически препятствуют попаданию спермы в цервикальный канал и/или способствуют химической инактивации спермы во влагалище.

Виды барьерных методов контрацепции:

- Механические (мужской и женский презервативы, диафрагма, шеечный колпачок).
- Химические (спермицидные средства, вводимые во влагалище в различных формах: влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены и др.).

Тройная защита

Обсуждение стратегий тройной защиты должно быть частью любого консультирования и предоставления поддержки во всех службах репродуктивного здоровья.

А	Презерватив при правильном и постоянном использовании является единственным методом контрацепции, обладающим тройным эффектом - это одновременное предупреждение нежелательной беременности и передачи возбудителей ИППП и ВИЧ.

- Тройная защита также достигается при отказе от проникающего секса, особенно в ситуации высокого риска.
- Тройная защита может быть показана в тех случаях, когда необходимо компенсировать снижение эффективности гормональной контрацепции вследствие взаимодействия между АРВП и гормональными контрацептивами.

2.1.1. Мужские латексные презервативы

Презерватив представляет собой образование в виде мешочка из тонкой эластичной резины (латекса), толщиной около 1 мм, в результате чего обеспечивается возможность увеличения презерватива в зависимости от размеров полового члена.

- Презервативы непроницаемы для любых микроорганизмов, содержащихся в выделениях половых органов, в том числе для мельчайших вирусов.
- Они обладают высокой эффективностью - процент незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года при обычной практике применения, составляет 15%, при регулярном и правильном применении – 2%.

- Менее эффективно защищают от ИППП, которые передаются не через сперму и выделения половых органов (герпес, ВПЧ-инфекция, сифилис), поскольку инфицированные области могут быть не покрыты презервативом.
- У дискордантных пар при постоянном и правильном использовании презерватива предупреждается передача ВИЧ от женщины мужчине, от мужчины мужчине и от мужчины женщине.
- У конкордантных пар предупреждается заражение другими штаммами ВИЧ. Инфицирование несколькими штаммами ВИЧ может ускорять прогрессирование ВИЧ-инфекции.
- Следует особо подчеркнуть необходимость применения презерватива для профилактики передачи ВИЧ/ИППП в тех случаях, когда не стоит вопрос о предупреждении беременности, например, в случае уже наступившей беременности или любого вида бесплодия (после стерилизации или в менопаузе).
- В случае разрыва или сползания презерватива можно предложить экстренную контрацепцию как резервное средство.
- Чрезвычайно важны четкие инструкции по использованию презервативов (см. приложение 12.1.).

2.1.2. Женские презервативы (фемидон)

- Фемидон длиннее и шире мужского презерватива, его изготавливают из эластичного полиуретанового пластика. Это цилиндр длиной 15 и диаметром 7 см, один из концов которого закрыт и содержит фиксирующее кольцо.
- Постоянное и правильное использование женских презервативов обеспечивает защиту от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.
- Менее эффективны для предупреждения беременности, чем мужские. Однако у женских презервативов имеется ряд преимуществ, в том числе:
  - возможность введения во влагалище до полового акта;
  - отсутствие необходимости немедленного удаления после эякуляции;
  - преимущественный контроль со стороны женщины, хотя до определенной степени участие мужчины все же требуется (переговоры об использовании и поддержка).

2.1.3. Другие барьерные методы (влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки)

- Следует всегда помнить и знать, что только мужские и женские презервативы защищают от передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП (см. приложение 12.2.).
- Механические (диафрагма, шеечный колпачок) и химические спермицидные средства, вводимые во влагалище в различных формах (влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены и др.) не защищают от передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП
- Ноноксинол-9 и другие спермициды не назначают женщинам с ВИЧ–инфекцией или с **высоким риском инфицирования ВИЧ** в качестве самостоятельного средства.
- В сочетании с барьерными методами контрацепции, например влагалищными диафрагмами или шеечными колпачками, использование ноноксилона-9 не рекомендуется.
- Ноноксинол-9 может вызывать ряд побочных эффектов, поэтому презервативы с этим спермицидом использовать нельзя. С другой стороны, лучше использовать презерватив с ноноксинолом-9, чем вообще не использовать презерватив.
- Не доказано, что презервативы с ноноксинолом-9 предупреждают беременность и ИППП более эффективно, чем презервативы с силиконовой смазкой.

2.2. Гормональные контрацептивы

Классификация гормональных контрацептивов

Комбинированные гормональные контрацептивы (КОК)	**Контрацептивы прогестинового ряда (КПР)**
Содержат эстроген и гестаген	Содержат только гестаген
• Низкодозированные КОК -монофазные -двухфазные -трехфазные	• Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (оральные прогестиновые таблетки, мини-пили)
• Парентеральные (КИК) • Внутривлагалищные гормональные (комбинированное вагинальное кольцо) • Накожные гормональные (комбинированный пластырь)	• Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия (МОПАПД) и норэтистерона энантат (НЭЭ) • Подкожные имплантаты, содержащие прогестин • Левоноргестрел-содержащие внутриматочные средства (ЛНГ-ВМС)

2.2.1. КОК

У женщин с ВИЧ, не существует ограничений в отношении использования комбинированных контрацептивов в виде таблеток, инъекций (КИК), пластырей или влагалищных колец, за исключением получающих АРТ (см.приложение 12.2.).

- Данные о том, повышен ли риск заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, принимающих КОК, противоречивы.
- Отсутствует связь между использованием КОК и изменением уровня вирусной нагрузки и числа лимфоцитов CD4 у женщин с ВИЧ **(А).**
- Нулевая корреляция между использованием КОК и передачей ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине **(А).**
- АРВП могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов, поэтому эти случаи относят к категории 2 **(А).**
- Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ/ИППП. Это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов с целью предохранения от нежелательной беременности **(А).**

2.2.2. Контрацептивы прогестинового ряда

Контрацептивы прогестинового ряда (**КПР,** чисто прогестиновые контрацептивы, противозачаточные таблетки прогестинового ряда, чистые прогестагены) - препараты, содержащие малые дозы прогестина, являющегося искусственным аналогом естественного гормона прогестерона.

Виды контрацептивов прогестинового ряда:

- Оральные (мини-пили) - включают в себя микродозы гестагенов (30-500 мкг).
- Импланты - вживляемые под кожу капсулы небольших размеров, выделяющие активное гормональное вещество

- Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда - содержат прогестин, являющийся искусственным аналогом естественного гормона прогестерона.
- Внутриматочные гормональные рилизинг-системы (ЛНГ-ВМС) - удобная, долгосрочная, обратимая контрацепция, обеспечивающая надежную защиту от беременности в течение 5 лет. Содержит левоноргестрел 52 мг, скорость высвобождения левоноргестрела постоянна и равна 20 мкг в сутки.

Медицинские критерии допустимости применения КПР при ВИЧ-инфекции и других состояний иллюстрированы в приложении 12.2.

- Имеющиеся на сегодняшний день данные, с одной стороны, не дают оснований для утверждения о наличии четкой причинно-следственной связи между КПР и заражением ВИЧ, а, с другой стороны, не исключают полностью возможность наличия такой связи.
- АРВ-препараты могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов. Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ/ИППП и компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов **(А).**
- Неизвестно, снижается ли эффективность инъекционных КПР (таких, как МОПАПД или НЭЭ), поскольку они обеспечивают более высокую концентрацию гормона в крови, чем другие КПР и КОК. Проводятся исследования потенциального взаимодействия между МОПАПД и некоторыми ИП и ННИОТ.
- На фоне цервикальной интраэпителиальной неоплазии при хроническом течении ВИЧ-инфекции длительное применение МОПАПД (более 5 лет) может увеличивать риск возникновения преинвазивной (внутриэпителиальной) и инвазивной карциномы.

2.3.Внутриматочные контрацептивы

В настоящее время создано более 50 видов внутриматочных контрацептивов (ВМК, ВМС) из пластмассы и металла, которые отличаются друг от друга по жесткости, форме и размерам.

Медицинские критерии допустимости применения ВМК показаны в приложении 12.2.

- У женщин из групп риска медьсодержащий ВМК (Cu-ВМК) не повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией **(А).**
- ВМК не повышает риск общих или инфекционных осложнений у женщин с ВИЧ по сравнению с неинфицированными. Также не выявлено связи между использованием ВМК женщинами с ВИЧ и повышением риска передачи ВИЧ их половым партнерам **(А).**
- ВМК могут безопасно использовать женщины с ВИЧ, независимо от наличия симптомов ВИЧ-инфекции, проведения АРТ или хорошего общего состояния здоровья, однако у таких женщин необходим тщательный контроль ВЗОМТ **(А).**
- ВМК обычно не рекомендуется использовать женщинам, находящихся на IV клинической стадии ВИЧ-инфекции по ВОЗ, которые не получают АРТ, если доступны и не противопоказаны другие методы контрацепции, например презервативы или гормональные контрацептивы **(А).**

- Взаимодействие АРВП и ВМК не описано. При наличии IV клинической стадии ВИЧ-инфекции по ВОЗ ВМК относят к категории 3 для начала и к категории 2 для продолжения использования ВМК. При клиническом, иммунологическом и вирусологическом эффектах АРТ случай относят к категории 2 как для начала, так и для продолжения использования ВМК (А).
- ВМК, содержащее левоноргестрел (ЛНГ-ВМС), ежедневно выделяет 20 мкг этого гормона непосредственно в матку. ЛНГ подавляет пролиферацию эндометрия, что может приводить к уменьшению кровопотери во время менструации. У многих женщин через год после применения этого ВМК отмечаются скудные менструации или наступает аменорея.

2.4. Хирургическая стерилизация мужчин и женщин

Учитывая, что стерилизация – это необратимая хирургическая процедура, необходимо убедиться в том, что человек, который принял решение использовать этот метод контрацепции, сделал это добровольно и сознательно.

Все пациенты, независимо от их ВИЧ-статуса, должны понимать необратимость процедуры стерилизации, и им необходимо предоставить информацию об альтернативных методах контрацепции.

Показания и противопоказания к стерилизации у ВИЧ-положительных и не инфицированных ВИЧ пациентов одинаковы.

Поскольку стерилизация не защищает от заражения/передачи ИППП/ВИЧ, **важно** подчеркнуть необходимость использования презервативов, особенно учитывая, что стерилизация ассоциировалась со снижением частоты их использования. В процессе принятия решения также необходимо обсудить с пациентом или пациенткой национальные законы и правила, касающиеся процедуры стерилизации.

Необходимо тщательно обследовать состояние здоровья ЛЖВ, которые выбрали метод стерилизации, как это принято перед любой плановой операцией. Любое осложнение ВИЧ-инфекции, которое может ухудшить состояние пациента/пациентки во время или после операции, может служить противопоказанием к ее проведению.

ВИЧ-инфекция, включая IV клиническую стадию по ВОЗ и АРТ не являются противопоказанием для стерилизации.

Хирургическая стерилизация маточных труб ЛЖВ находящихся на IV клинической стадии по ВОЗ требует принятия специальных мер. Данная стадия ВИЧ-инфекции является показанием для отсрочки стерилизации или противопоказанием для ее проведения до улучшения клинической, иммунологической и вирусологической показателей.

2.5. Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт

Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванной половой акт характеризуются высокой частотой неудач из-за типичных ошибок при их использовании, поэтому не следует рекомендовать эти методы как ВИЧ-позитивным, так и не инфицированным ВИЧ женщинам.

2.6. Экстренная контрацепция

Экстренная контрацепция может предупредить наступление беременности, если:

- метод контрацепции применялся неправильно;
- метод контрацепции вообще не использовался;
- половой акт был принудительным.

Эффективность экстренной контрацепции при применении в течение 120 часов после полового акта:

- схема Юзпе (КОК) - предотвращает около 74% ожидаемых беременностей;
- прием прогестиновых мини-пилей - предупреждает 85% ожидаемых беременностей при типичном и 89% – при правильном применении;
- прогестиновые мини-пили вызывают меньше побочных эффектов по сравнению с КОК.

3. Естественное или искусственное оплодотворение у ЛЖВ.

Большинство ЛЖВ находятся в детородном возрасте и желают иметь детей. Они должны иметь такой же доступ к услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью, как и все другие люди. При бесплодии ВИЧ-инфекция не должна быть причиной отказа от искусственного оплодотворения.

3.1. Консультирование по репродуктивному здоровью для пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ.

Цели консультирования пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ, следующие:

- сокращение риска передачи ВИЧ неинфицированному партнеру и ребенку в серодискордантных парах (один из партнеров инфицирован ВИЧ);
- предоставление возможности сознательно выбрать способ зачатия;
- информирование пар о риске передачи ВИЧ и шансах забеременеть естественном путем или путем искусственного оплодотворения;
- психологическая подготовка пары к искусственному оплодотворению, включающая обсуждение таких тем, как:
  - доступность;
  - длительность необходимого лечения;
  - эффективность;
  - организация процесса;
- обсуждение при необходимости вопросов усыновления для пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ;
- информирование и рекомендации относительно гепатитов В и С, в том числе обсуждение риска половой (вирус гепатита В) и вертикальной передачи (вирусы гепатитов В и С) инфекции.

3.2. Фертильность

<u>Женщины</u>

- У большинства женщин с ВИЧ менструации регулярные; менструальный цикл длится 25–35 дней, что предполагает ежемесячную овуляцию. Медицинский работник должен помочь в оценке фертильности с помощью методов, основанных на определении фертильной фазы менструального цикла, т.е. периода времени, когда женщина может забеременеть.
- До настоящего времени влияние АРТ на фертильность женщин ВИЧ не исследовалось.
- Наркотики, в том числе метадон и психотропные препараты, могут вызывать нарушения менструального цикла у женщин с ВИЧ.
- При отсутствии тяжелого иммунодефицита и ОИ ВИЧ-инфекция может не влиять на репродуктивную функцию женщин. Тем не менее, фертильность у ВИЧ-позитивных женщин ниже, чем в общей популяции.

Мужчины

- ВИЧ можно обнаружить в сперме мужчин с ВИЧ, независимо от уровня вирусной нагрузки в крови.
- У многих мужчин с ВИЧ результаты исследования спермы (спермограмма) на фертильность нормальные.
- Результаты анализа спермы на фертильность у здоровых мужчин с ВИЧ и у не инфицированных ВИЧ мужчин сходны; у пациентов, находящихся на IV клинической стадии ВИЧ-инфекции по ВОЗ при исследовании спермы обнаруживаются значительные отклонения от нормы.
- Некоторые АРВП могут влиять на сперматогенез.
- У ВИЧ-позитивных мужчин возможны сексуальные расстройства, в том числе эректильная дисфункция.

3.3. Консультирование до зачатия

Для того чтобы помочь ЛЖВ принять решение о деторождении, в процессе консультирования необходимо затронуть следующие вопросы:

- риск передачи ВИЧ партнеру и меры, которые могут снизить его (см. раздел ниже);
- влияние ВИЧ-инфекции на течение беременности;
- безопасность АРТ во время беременности и возможные побочные эффекты лечения;
- эффективность профилактики передачи ПМР с помощью АРВП и кесарева сечения.

3.4. Снижение риска передачи ВИЧ половым путем во время зачатия

Особую поддержку следует оказывать парам, желающим иметь детей, в которых один из партнеров инфицирован ВИЧ.

- Такие пары нуждаются в консультировании и помощи для снижения риска передачи ВИЧ неинфицированному партнеру во время незащищенного полового акта.
- Необходимо провести консультирование по оценке фертильности у женщин. Женщин надо обучить определять начало и окончание фертильного периода менструального цикла (метод календарных дней, метод базальной температуры тела, цервикальный слизь и др.). Необходимо использовать и другие методы для оценки фертильности женщин (УЗИ, тест на овуляцию и др.), а также оценку проходимости маточных труб (см. Учебное пособие «Современные методы контрацепции», 2010 г.).
- Оценка фертильности у мужчин – исследование спермы (число, подвижность, прогрессия и морфология сперматозоидов).
- Пары, желающие иметь детей, у которых один из партнеров инфицирован ВИЧ, должны понимать важность достижения высокого уровня лимфоцитов CD4 (выше 500 клеток) и ВН (50 и ниже копий в 1 мл) для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции во время естественного планирования семьи и во время беременности от матери ребенку. Это условие также распространяется и на конкордантные пары**.**

3.5. Вспомогательные репродуктивные технологии при ВИЧ-инфекции

Перед процедурой искусственного оплодотворения необходимо диагностировать и провести лечение ИППП и оценить фертильность обоих партнеров. Уточняют, были ли беременности в прошлом, определяют показатели, характеризующие стадию ВИЧ-инфекции (включая число лимфоцитов CD4 и вирусную нагрузку), а также, какую схему АРТ получают один или оба партнера.

4. Безопасное прерывание беременности у ВИЧ-позитивных женщин

Безопасным называется аборт, который проводится при участии квалифицированного специалиста (врача, акушерки, медицинской сестры) с помощью одобренных и рекомендованных методов и в подходящей для этого ОЗ. С клинической точки зрения наличие ВИЧ-инфекции у женщины, которой выполняется искусственный аборт, требует соблюдения тех же мер предосторожности, что и выполнение других медицинских или хирургических вмешательств.

4.1. Медицинская помощь до прерывания беременности

Для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности необходимо соблюдение условий для выполнения процедуры и проведения клинической оценки (КП МЗ КР № 539 от 21.10.2008 и «Медикаментозный аборт I и II триместр беременности» № 466 от 23.09.2011).

1. Установление факта беременности, определение ее срока и подтверждение наличия плодного яйца в полости матки.

- Сбор анамнеза, физикальное исследование (пульс, артериальное давление, температура тела, осмотр и пальпация живота, бимануальное исследование, выявление симптомов ИППП и других инфекций половых органов),
- УЗИ и лабораторное тестирование являются специальными методами, но не должны считаться условиями для проведения аборта в первом триместре беременности. Определение факта и срока беременности - УЗИ матки и плода, определение гемоглобина и гематокрита, коагулограмма (тромбоциты, свертываемость крови) необходимо проводить при прерывании беременности во втором триместре.
- Определение противопоказаний к проведению прерывания беременности

2. Предоставление **объективной** информации о существующих методах, о преимуществах и недостатках каждого, включая метод обезболивания.
3. После выбора женщиной метода прерывания беременности - предоставление полной и точной информации о процедуре прерывания беременности и о возможных осложнениях и последствиях. Добровольное информированное согласие должно быть подтверждено письменно.
4.Рутинное предоставление методов контрацепции после аборта является необходимым и существенным компонентом всесторонней помощи при аборте. Вопросы контрацепции нужно обсуждать при каждом посещении (перед абортом, в периоде восстановления после аборта и при всех последующих визитах), если даже обстоятельства не позволяют сказать более нескольких слов.
5. Информирование о сроке зачатия вновь, ещё до появления очередной менструации. Плодовитость может восстановиться и в течение двух недель после аборта, но у большинства женщин (75%) овуляция происходит в течение шести недель.

- Женщина знает, что ей следует начать использовать контрацепцию сразу же после возобновления сексуальной активности.
- Ей известны безопасные методы предупреждения или отсрочки беременности.
- Она знает, где можно приобрести контрацептивные средства.

6. После аборта, женщине нужно предоставить в устной и письменной форме перечень обычных симптомов послеабортного периода и перечень симптомов, при которых нужно немедленно явиться в ОЗ для получения медицинской консультации.
7. В условиях осуждения ЛЖВ, и/или абортов женщины, живущие с ВИЧ, могут нуждаться в дополнительном консультировании и психосоциальной поддержке.
8. Оказание психологической поддержки для снижения тревожности пациентки.

4.2. Методы прерывания беременности:

1. Медикаментозные методы (медикаментозный искусственный аборт) – применение лекарственных средств для прерывания беременности.
2. Хирургические методы прерывания беременности (хирургический искусственный аборт) – применение трансцервикальных хирургических вмешательств для прерывания беременности, в том числе расширение (дилатация) канала шейки матки и эвакуация содержимого полости матки (ДиЭ), а также вакуумная аспирация.

4.2.1. Методики искусственного аборта (Источник WHO, 2013г.)

Таблица № 1

Методы прерывания беременности	В сроке до 9 недель беременности (63 дня аменореи)	В сроке 9-12 недель беременности (63-84 дня аменореи)	В сроке свыше 12 недель беременности (более 84 дня аменореи)
Медикаментозное прерывание беременности	Применение мифепристона 200 мг внутрь с последующим назначением мизопростола через 1–2 дня (24–48ч). Рекомендуемая доза мизопростола для интравагиналь-ного, сублингвального и букального применения – 800 мкг. Для прерывания беременности в сроке 7-9 недель назначать мизопростол внутрь не следует. (Настоятельность рекомендаций: высокая.)	Применение комбинации мифепристона в дозе 200 мг внутрь и мизопростола в дозе 800 мкг интравагинально через 36–48 ч. Далее мизопростол назначают в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 ч до изгнания плодного яйца из матки, но не более 4 раз. (Настоятельность рекомендаций: низкая.)	Применение комбинации мифепристона в дозе 200 мг внутрь с последующим (через 36–48 ч) повторным назначением мизопростола. (Настоятельность рекомендаций: высокая.)
Прерывание беременности хирургическим методом	Рекомендуемый хирургический метод прерывания беременности сроком до 12–14 недель – вакуумная аспирация: мануальная вакуум-аспирация (МВА),		Эвакуация содержимого полости матки электрической вакуум-аспирацией

	электрическая вакуум-аспирация (ЭВА). Дополнять ее выскабливанием полости матки во всех случаях не следует. **Расширение канала шейки матки и выскабливание (РВ), если оно еще используется для прерывания беременности, должно быть заменено вакуумной аспирацией.** (Настоятельность рекомендаций: высокая.)	(ЭВА), канюлей диаметром 12–16 мм и абортцангом.
Подготовка шейки матки перед хирургическим прерыванием беременности	Применить один из следующих методов подготовки шейки матки: – мифепристон, 200 мг внутрь за 24–48 ч до аборта, или – мизопростол, 400 мкг сублингвально за 2–3 ч до аборта, или – мизопростол, 400 мкг интравагинально за 3 ч до аборта, или – палочки ламинарии интрацервикально за 6–24 ч до аборта. (Настоятельность рекомендаций: высокая.)	Рекомендуемые методы подготовки шейки матки к расширению канала шейки матки и эвакуации плодного яйца (РЭ) при сроке беременности более 14 недель -применение осмотических расширителей или мизопростола. (Настоятельность рекомендаций: высокая.)

- Частота осложнений низкая, если искусственный аборт проведен в соответствии с международными стандартами (Методика проведения мануальной вакуум аспирации).
- Необходимо определить уровень гемоглобина и при необходимости начать этиотропное лечение анемии.
- Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, независимо от риска воспалительных заболеваний половых органов до или во время вмешательства должна быть проведена надлежащая антимикробная профилактика.
- При проведении медикаментозного аборта проводить антимикробную профилактику во всех случаях не рекомендуется.
- В настоящее время нет данных об эффективности рекомендованных доз мифепристона и мизопростола (или гемепроста) у женщин с ВИЧ, поэтому эти препараты им назначают в тех же дозах, что и женщинам, не инфицированным ВИЧ.
- В настоящее время нет данных о возможных взаимодействиях между мифепристоном, мизопростолом и АРВП у ВИЧ-положительных женщин.

4.2.2. В случае ИППП/ВИЧ:

- Рутинное назначение антибиотиков – снижает риск инфицирования
  <u>однако:</u> не следует отказывать женщине в аборте если лечение антибиотиками невозможно.
- В случае явной инфекции – необходимо немедленно начать лечение инфекции и производить аборт.

5. Ведение цервикальных интраэпителиальных поражений и рака шейки матки у ВИЧ-положительных женщин.

Рак шейки матки – один из самых распространенных видов рака, являющегося причиной женской смертности во всем мире. По оценкам, ежегодно раком шейки матки заболевают около 500 000 женщин.

Этиологическую роль в развитии предраковых заболеваний и злокачественных новообразований нижних отделов генитального тракта, в том числе рака шейки матки, играют высокоонкогенные генотипы ВПЧ. Развитие рака из предраковых поражений – длительный процесс, который может продолжаться до 20 лет.

Относительный риск дисплазии или цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) у женщин, живущих с ВИЧ, в 5–10 раз выше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ. У ВИЧ-положительных женщин инфекция, вызываемая ВПЧ, носит более упорный характер.

Хотя у ВИЧ- положительных женщин повышен риск предраковых заболеваний и рака шейки матки, их скрининг, наблюдение и лечение могут не быть для них первоочередными из-за других более серьезных социальных и медицинских проблем.

Женщинам должны быть предоставлены одинаковые возможности скрининга рака шейки матки независимо от того, являются ли они ВИЧ-положительными или не инфицированными ВИЧ.

5.1. Первичная и последующая оценка

- Все женщины, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, должны пройти полное гинекологическое обследование, включая исследование Пап-мазка (окрашенный по Папаниколау мазок с шейки матки для цитологического исследования) и исследование органов малого таза (см. приложение 12.3.). Женщине должна быть предоставлена информация (см. приложение 12.4.) и она должна заполнить бланк информированного согласия (см. приложение 12.5.).
- Цитологическое исследование мазков с шейки матки одинаково эффективно у ВИЧ-положительных и не инфицированных ВИЧ женщин.
- У ВИЧ- положительных женщин часто наблюдаются остроконечные кондиломы и дисплазия вульвы, поэтому гинекологическое исследование должно включать тщательный осмотр наружных половых органов.
- Цитологический скрининг (исследование Пап-мазка) информативен у женщин, живущих с ВИЧ.
- Цитологическое исследование Пап-мазков необходимо предлагать женщинам, живущим с ВИЧ, не реже 1 раза в год. Исследование проводят так же, как не инфицированным ВИЧ женщинам.
- При наличии предраковых заболеваний в анамнезе цитологическое исследование Пап-мазков проводят каждые 4–6 месяцев до получения 3 нормальных результатов подряд.
- При обнаружении атипичных клеток плоского эпителия неопределенной значимости (АПНЗ) или атипичных клеток плоского эпителия, не позволяющих исключить плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести, проводят исследование для выявления генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (ПЦР).
- Для подтверждения цитологических и визуальных отклонений от нормы полное исследование нижних отделов генитального тракта (включая влагалище, вульву, перианальную область), кольпоскопия, биопсия шейки матки проводится в следующих случаях:

- патология при цитологическом исследовании Пап-мазков (персистирующие интраэпителиальные поражения низкой степени тяжести с выявлением АПНЗ или цервикальные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести);
- выделение типа ВПЧ высокого онкогенного риска;
- в анамнезе патология в Пап-мазке без последующего лечения.

5.2. Общие принципы ведения пациенток с ЦИН

- Тактика ведения женщин с ВИЧ, у которых обнаружена ЦИН, не отличается от таковой у женщин, не инфицированных ВИЧ. Несмотря на то, что АРТ иногда вызывает спонтанную регрессию ЦИН, тактика лечения пациенток, получающих и не получающих АРТ, одинакова.
- При гистологически подтвержденном диагнозе ЦИН 1 (легкая степень) рекомендуется наблюдение. Исключение составляют следующие случаи:
  - поражения персистируют в течение более 18–24 месяцев;
  - поражения эволюционируют в ЦИН 2 или наблюдается еще более тяжелая степень поражения;
  - пациентка не выполняет рекомендации по наблюдению.

5.3. Лечение цервикальных интраэпителиальных поражений (см. КП «Ведение больных раком и преинвазивными заболеваниями шейки матки на первичном и вторичном уровнях здравоохранения»; Руководство № 392 от 08.07.2015 и Ведение больных раком шейки матки на третичном уровне №29 от 22.01.2015)

- Перед началом лечения ВИЧ- положительной женщине необходимо объяснить необходимость тщательного наблюдения и, возможно, повторного лечения.
- Конусовидная биопсия проводится под местной анестезией в амбулаторных условиях с использованием техники «холодного ножа» или петлевой электроэксцизии (LEEP).
- При ЦИН 2 и ЦИН 3 применяют как методы деструкции, так и иссечения измененных тканей.
- У женщин с ВИЧ, наблюдается высокая вероятность рецидива, персистенции и прогрессирования умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки (ЦИН 2 и ЦИН 3) после лечения (40–60% случаев), поэтому обследование необходимо проводить каждые 6 месяцев. При обнаружении рецидива, персистенции или прогрессирования поражений высокой степени злокачественности показано неотложное лечение.
- В отсутствие сопутствующих гинекологических заболеваний, подлежащих хирургическому лечению, гистерэктомия по поводу предраковых заболеваний шейки матки противопоказана.
- Лечение ЦИН у пациенток, получающих и не получающих АРТ, одинаково.
- ЦИН не является показанием к назначению или изменению схемы АРТ.
- После лечения рекомендуется воздерживаться от влагалищных половых контактов. Если это невозможно, необходимо постоянное и правильное использование презервативов.

5.4. Лечение инвазивного рака

- Для определения стадии рака шейки матки используют классификацию Международной федерации акушеров и гинекологов.
- Если число лимфоцитов CD4 <200 клеток/мкл, предпочтительно хирургическое лечение (по показаниям) или щадящая химио- или лучевая терапия.
- На поздних стадиях ВИЧ-инфекции прогноз при всех методах лечения рака шейки матки плохой. Если число лимфоцитов CD4 >200 клеток/мкл, возможно стандартное лечение.

- Для улучшения качества жизни ВИЧ- положительных женщин с раком шейки матки необходимы комплексные программы паллиативного лечения.

5.5. Вакцинация против ВПЧ.

Существующая рекомендация по вакцине против ВПЧ для девочек REC B.33: ВОЗ рекомендует вакцину против ВПЧ для девочек в возрастной группе 9-13 лет. Девочки, получающие первую дозу вакцины против ВПЧ до 15 лет, могут использовать двухдозовый график. Интервал между двумя дозами должен составлять шесть месяцев. Между двумя дозами нет максимального интервала; однако предлагается интервал не более 12-15 месяцев. Если интервал между дозами короче пяти месяцев, то третью дозу следует назначать по меньшей мере через шесть месяцев после первой дозы. Иммунокомпрометированные индивидуумы, в том числе живущие с ВИЧ, и женщины в возрасте 15 лет и старше должны также получать вакцину и нуждаться в трех дозах (в 0, 1-2 и 6 месяцев) для полной защиты. (Сила рекомендации и качество доказательств: информация не предоставлена, но исходный источник указывает на использование методологии GRADE [145]).

Приложение 12.1

Взаимодействие препаратов для лечения ИППП/ИРТ и АРВП

Если ЛЖВ получают АРТ, необходимо учесть возможные взаимодействия АРВП с препаратами для лечения других ИППП и обсудить этот вопрос с пациентами/пациентками (см. табл.).

Препарат для лечения ИППП/ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП/ИРТ	АРВП	Дозы АРВП	Влияние препарата для лечения ИППП/ИРТ на концентрацию АРВП	Влияние АРВП на концентрацию препарата для лечения ИППП/ИРТ	Потенциальный клинический эффект	Рекомендации	Альтернативные препараты
Азитромицин	600 мг однократно	**EFV**	400 мг в течение 7 суток	Изменения статистически не значимы	ПФК азитромицина: изменения статистически не значимы; C_{max} ↑ на 22%	–	Коррекция дозы не требуется	–
	1200 мг однократно	**Индинавир**	800 мг 3 раза в сутки	Изменения статистически не значимы	–	–	Коррекция дозы не требуется	–
Котримоксазол (ТМП/СМК)	160/800 мг каждые 12 часов в течение 7 суток	**Индинавир**	400 мг каждые 6 часов в течение 7 суток	Изменения статистически не значимы	ПФК ТМП: ↑ на 19%; ПФК СМК: изменения статистически не значимы	–	Коррекция дозы не требуется	–
Метронидазол	–	**Ампренавир**	Раствор для приема внутрь (содержит пропиленгликоль)	–	–	Токсическое действие пропиленгликоля (ацидоз, угнетение ЦНС)	Не применять одновременно с пероральным раствором ампренавира	Ампренавир в капсулах

Препарат для лечения ИППП/ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП/ИРТ	АРВП	Дозы АРВП	Влияние препарата для лечения ИППП/ИРТ на концентрацию АРВП	Влияние АРВП на концентрацию препарата для лечения ИППП/ИРТ	Потенциальный клинический эффект	Рекомендации	Альтернативные препараты
	–	**Лопинавир/ритонавир**	Раствор для приема внутрь (содержит алкоголь)	–	–	Антабусная реакция (артериальная гипотония, головная боль, тошнота, рвота)	Не применять одновременно; рассмотреть возможность приема лопинавира/ритонавира в капсулах	–
	–	**Ритонавир**	Раствор для приема внутрь (содержит алкоголь) и капсулы	–	–	Антабусная реакция (головная боль, артериальная гипотония, приливы, рвота)	Не применять одновременно	–
Сульфаметоксазол	1000 мг однократно	**Диданозин**	200 мг (забуференный порошок) однократно	Изменения статистически не значимы	Изменения статистически не значимы	–	Коррекция дозы не требуется	–
Триметоприм (Тримпекс)	200 мг однократно	**Диданозин**	200 мг (забуференный порошок) однократно	ПФК диданозина: изменения статистически не значимы; C_{max} ↑ на 17%	ПФК триметоприма: изменения статистически не значимы; C_{max} ↓ на 22%	–	Коррекция дозы не требуется	–
Фамцикловир (Фамвир)	500 мг однократно	**Эмтрицитабин**	200 мг внутрь однократно	Изменения статистически не значимы	–	Изменения статистически не значимы	Коррекция дозы не требуется	–

Препарат для лечения ИППП/ ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП/ ИРТ	АРВП	Дозы АРВП	Влияние препарата для лечения ИППП/ ИРТ на концентрацию АРВП	Влияние АРВП на концентрацию препарата для лечения ИППП/ИРТ	Потенциальный клинический эффект	Рекомендации	Альтернативные препараты
Ципрофлоксацин	750 мг каждые 12 часов в течение 3 суток	**Диданозин**	200 мг (забуференный порошок) каждые 12 часов в течение 3 суток	ПФК диданозина: ↓ на 16%; C_{max} ↓ на 28%	ПФК ципрофлоксацина: ↓ в 15 раз (при одновременном назначении); на 26%, если ципрофлоксацин назначают за 2 ч до или через 6 ч после диданозина	↓ действия ципрофлоксацина	Рассмотреть возможность назначения диданозина в капсулах в кислотоустойчивой оболочке или назначить прием таблеток/ суспензии диданозина за 6 часов до или через 2 часа после приема ципрофлоксацина	–
	750 мг однократно	**Диданозин**	400 мг (капсулы в кислотоустойчивой оболочке) однократно	Не изучена	Изменения статистически не значимы	–	Коррекция дозы не требуется	–
Эритромицин основание	–	**Ампренавир**	–	Не изучена; могут ↑ уровни ампренавира	Не изучена; могут ↑ уровни эритромицина	–	Целесообразность коррекции дозы не установлена	Азитромицин, кларитромицин

Препарат для лечения ИППП/ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП/ИРТ	АРВП	Дозы АРВП	Влияние препарата для лечения ИППП/ИРТ на концентрацию АРВП	Влияние АРВП на концентрацию препарата для лечения ИППП/ИРТ	Потенциальный клинический эффект	Рекомендации	Альтернативные препараты
	250 мг 4 раза в сутки в течение 7 суток	**Саквинавир**	1200 мг 3 раза в сутки	ПФК саквинавира: ↑ на 99%; C_{max} ↑ на 106%	–	↑ действие саквинавира	Целесообразность коррекции дозы не установлена	–

ПФК – площадь под фармакокинетической кривой; C_{max} – максимальная сывороточная концентрация; ↑ – увеличивается; ↓ – уменьшается.
Источник: HIV InSite, 2005 *(19)*.

Приложение 12.2

Сбор сексуального анамнеза

Нужно включить сексуальный анамнез в сбор медицинского анамнеза у ЛЖВ. Это поможет работнику обсудить стратегии по снижению риска для предотвращения дальнейшей передачи ВИЧ, такие как сокращение числа сексуальных партнеров или использование презервативов, и сделать соответствующие направления к специалистам. Медицинские работники должны иметь непредвзятое отношение относительно диапазона и разнообразия сексуальных практик и условий среди своих пациентов. Отношение медицинского персонала будет влиять на качество и эффективность помощи, оказываемой ЛЖВ.

Медицинские работники должны:

- быть открытыми и способными обсудить секс и другие деликатные вопросы;
- быть готовыми собрать обширный сексуальный анамнез;
- быть способными к ведению изнурительных проблем СРЗ, с которыми сталкиваются пациенты;
- быть деликатными к потребностям ЛЖВ, которые могли подвергаться насилию;
- владеть текущей информацией и направлять пациентов для получения соответствующей поддержки.

Все медицинские работники должны соблюдать этику при использовании своих профессиональных навыков и знать все соответствующие законы. Основные этические принципы медицинской профессии — это, во-первых, не навредить и уважать права пациента, гарантировать информированное согласие и строго соблюдать врачебную тайну.

Начните составлять сексуальный анамнез со слов:
«Поскольку секс является важной частью общего состояния здоровья, мы всем задаем эти вопросы. Пожалуйста, отвечайте только на те вопросы, на которые вы можете мне ответить, не чувствуя при этом дискомфорта».

Сексуальная ориентация

1. Вы занимаетесь сексом с мужчинами, женщинами или и с теми и с другими?

2. Вы считаете себя гетеросексуальным, гомосексуальным, бисексуальным или другое?
3. Если применимо: вы считаете себя мужчиной или женщиной?
    а). Проходили ли вы гормональную терапию?
    б). Вы меняли пол или рассматривали ли вы возможность смены пола?
    в). Были ли у вас или рассматривали ли вы возможность операции по смене пола?

Сексуальные практики и сексуальное благополучие
1. Какой вид секса вы практикуете
    а). оральный секс
    б). вагинальный секс
    в). анальный секс
    г). другое
2. Как вы защищаетесь от ВИЧ/ИППП?
3. Вы когда-нибудь использовали презервативы или другие барьерные методы?
4. Если да, то, при каком виде секса?
5. Если МСМ:
    а). Вы чаще активный или пассивный партнер?
    б). Как вы защищаетесь при исполнении каждой из ролей?
6. Когда у вас в последний раз был незащищённый секс?
7. Вы принимаете алкоголь или наркотики до или во время секса?
8. Как вы считаете, алкоголь или наркотики влияют на ваше решение и возможность иметь безопасный секс?
9. Вы довольны своей сексуальной жизнью?
10. У вас есть какие-нибудь проблемы во время секса (сексуальные дисфункции)?
11. Если да, то какие?
12. Вы когда-то страдали от депрессии?

Профилактика
1. Вы изменили своё сексуальное поведение из-за ВИЧ/ИППП?
2. Как вы защищаете своего сексуального партнёра от ВИЧ?
3. Как часто вы и ваш партнер(ы) используете презервативы (или другие барьерные контрацептивы, такие как диафрагмы или колпачки)?

Коммерческий секс
1. Вы когда-нибудь предоставляли сексуальные услуги в обмен на питание, жилье, наркотики или деньги?
2. Вы зарабатываете на жизнь коммерческим сексом?

Контрацепция
1. Для гетеросексуальных/бисексуальных партнёров:
    а). Какой метод предупреждения беременности Вы используете?
    б). Как долго Вы его используете?
    в). Вы используете какие-нибудь дополнительные барьерные контрацептивы?
2. Вы хотите забеременеть?
3. Если да, есть ли у Вас планы, когда вы хотите забеременеть? Вы заинтересованы в планировании беременности?

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП)
1. Вас когда-нибудь лечили от:

а). сифилиса
б). гонореи
в). проктита
г). вагинита
д). генитальногогерпеса
е). хламидиоза
ж). уретрита
з). воспалительных заболеваний тазовых органов
и). генитальныхбородавок

2. Запишите место, дату, лечение и приверженность
3. Брали ли у Вас мазок по Папаниколау?
а). Когда это было в последний раз?
б). По Вашей информации, были ли какие-либо из них ненормальными?

Употребление психоактивных веществ

1. Вы курите или жуёте табак?
а). Как часто Вы употребляете в день сигарет/жуете табак/нюхаете табак?
б). Как долго Вы употребляете табак?
2. Как часто Вы пьёте алкоголь? Сколько в среднем Вы пьете в неделю?
а). Вы когда-нибудь напивались до такой степени, чтобы на следующий день Вы не могли вспомнить что Вы делали накануне («отключались»)?
б). У Вас когда-нибудь были синдромы абстиненции (желание опохмелиться, «трясучка», белая горячка)?
в). Вы когда-нибудь переживали о своей тяге к алкоголю?

3. Вы принимаете наркотики для веселья?
а). Какие виды наркотиков?
б). Как часто Вы их принимаете (ежедневно, еженедельно, ежемесячно, иногда)?
в). Как долго Вы их принимаете?
г). Вы когда-нибудь принимали так много, что на следующий день Вы не помнили, что вы делали?
д). Вас когда-нибудь беспокоило то, что вы употребляете наркотики?
4. Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства, чтобы расслабиться или уснуть? Если да, то, какие?
5. Принимаете ли Вы какие-нибудь обезболивающие препараты? Если да, то, какие?
6. Вы когда-нибудь употребляли инъекционные наркотики и лекарства (в том числе стероиды и витамины)?
7. Если да, то пользовались ли Вы общими иглами, хотя бы раз?
8. Кто-нибудь из Ваших прошлых или нынешних половых партнеров принимает инъекционные наркотики?

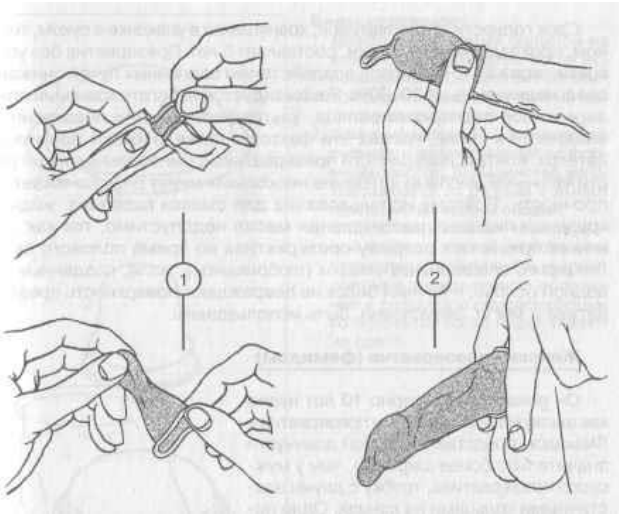
Интимный партнер или гендерное насилие

1. Вы когда-нибудь подвергались сексуальному насилию, нападению или изнасилованию?
2. Во взрослой жизни, Вы когда-нибудь жили в ситуации с физическим насилием или запугиванием?
3. Если Вы ответили «да» на любой из вышеупомянутых вопросов, то когда это происходило?
4. Вы в настоящее время подвергаетесь ли дискриминации, унижению или физическому, или сексуальному насилию?

5. Боитесь ли Вы за свою безопасность? Например, подвергаетесь ли Вы физическому принуждению к половому акту против Вашей воли? Занимаетесь ли Вы половым актом, потому что боитесь того, что Ваш партнер может сделать?
6. Принуждают ли Вас к каким-нибудь сексуальным действиям, которые Вы считает разрушительными или унизительными?

Приложение 12.3

Инструкция по применению презервативов



- Не открывать упаковку острых презерватива при помощи предметов;
- Не хранить презервативы в тёплом месте, вблизи обогревателей, источников света, при повышенной влажности и давлении;
- Не использовать презерватив при нарушении герметичности упаковки;
- Начинать использование презерватива с самого начала полового акта;
- Использовать презерватив одноразово;
- Не использовать жиросодержащие составы и кремы (пищевые жиры, детский крем, вазелин) для смазки презерватива, поскольку это нарушает его целостность;
- Для предупреждения соскальзывания презерватива и в целях повышения эффективности метода необходимо извлекать половой член из влагалища сразу после эякуляции;
- При соскальзывании презерватива или его разрыва во время полового акта необходимо использовать метод экстренной контрацепции.
- Скрученный кондом надевают на половой член, находящийся в состоянии эрекции, когда головка не покрыта крайней плотью.
- Сразу после эякуляции захватить ободок презерватива пальцами и извлечь половой член из влагалища до того, как начнет спадать эрекция.
- Завернуть использованный презерватив исходную упаковку и утилизировать его.

Приложение 12.4

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции

	КОК, комбинированные инъекционные контрацептивы, комбинированное вагинальное кольцо, комбинированные пластырь	Контрацептивы прогестинового ряда (оральные, инъекционные, импланты)	Левоноргестрел-содержащие ВМК	Медьсодержащие ВМК	Мужские и женские презервативы	Спермициды	Диафрагмы Шеечные колпачки	МЛА
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	1	1 2	2	2	1	4	3	-
ВИЧ-инфекция	1	1	2	2	1	4	3	1у
СПИД	1	1	3	2	1	4	3	1у
Проводится антиретровирусная терапия								
НИОТ	1	1	2/3 (начало применения) 2 (при продолжении)	2/3 (начало применения) 2 (при продолжении)	1	4	3	
ННИОТ	2	ДМПА-1 НЭТ-ЭН-2 Импланты	2/3 (начало	2/3 (начало	1	4	3	

		-2	приме нения) 2 (при продол жении)	при мен ени я) 2 (при про дол жен ии)				
ИП	3	ДМПА-1 НЭТ-ЭН-2 Импланты -2	2/3 (начал о приме нения) 2 (при продол жении)	2/3 (нач ало при мен ени я) 2 (при про дол жен ии)	1	4	3	

[У]**При ВИЧ-инфекции рекомендуется исключительно грудное вскармливание** на фоне АРТ матери. ВИЧ-позитивные матери должны кормить своих детей исключительно грудью на протяжении 6 месяцев жизни, после чего водятся соответствующие прикормы, и грудное вскармливание продолжается на протяжении первых 12 месяцев жизни. Исключительное грудное вскармливание означает применение исключительно грудного молока, без применения воды, молочных смесей.

Приложение 12.5

Исследование при помощи Пап-теста

Пап-тест (Мазок Папаниколау, тест Папаниколау или цитологический мазок) — тест, с помощью которого можно достаточно эффективно выявлять предраковые изменения эпителия — цервикальные внутриэпителиальные неоплазии различной степени тяжести.

Показания для исследования:

- профилактический осмотр;
- носительство вируса папилломы человека высокого онкогенного риска;
- наличие зоны измененного эпителия при кольпоскопическом исследовании шейки матки.

Согласно международным стандартам, первый Пап-тест выполняется через 3 года после начала половой жизни или в возрасте 21 года (в зависимости от того, что случится раньше). Затем — раз в год. Если в течение 3-х лет подряд результаты Пап-теста не обнаруживают изменений в строении клеток шейки матки, Пап-тест проводят 1 раз в 2-3 года до 65 лет. После 65 лет выполнение Пап-теста можно прекратить, при условии, что все предшествующие результаты были отрицательными.

Более частое проведение анализа показано женщинам с ВИЧ-инфекцией, иммунодефицитом, после лечения рака или предраковых заболеваний (CIN 2, CIN 3), при частой смене половых партнеров, а также имеющим различные гинекологические заболевания (кровотечение, боль, воспалительные заболевания, выделения, зуд). Также более частый скрининг показан в случае, если выявлены изменения в предыдущих результатах ПАП-мазка или выявлен папилломавирус (ВПЧ).

Условия перед проведением теста по Папаниколау:

- Не рекомендуется проводить обследование во время менструации, при наличии любого воспалительного процесса.
- Пациенткам рекомендовано за 48 часов до взятия Пап-мазка воздержаться от сексуальных контактов, применения тампонов, использования любых вагинальных кремов, суппозиториев и лекарств, спринцеваний и вагинального душа. Также целесообразно принимать душ вместо ванны за 2 суток до проведения Пап-теста.
- Мазок следует брать до гинекологического осмотра, кольпоскопии или не ранее чем через 48 часов после этих манипуляций.

Инструменты для исследования:

- мыло и вода для мытья рук;
- источник света для осмотра шейки матки;
- гинекологическое кресло, накрытое чистой бумажной или полотняной простынью;
- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагалищное зеркало (может быть нестерильным);
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) многоразовые перчатки;
- деревянный или пластиковый шпатель с расширенным концом (шпатель Айре) или цитощетка или другой инструмент для получения материала с шейки матки (не рекомендуется использовать ватный тампон);
- предметное стекло с матовым краем и карандаш для маркировки;
- фиксатор (95% этиловый спирт, лучше в аэрозольной упаковке);
- форма для записи;
- бланк информированного согласия;

- дезинфицирующий раствор для обработки инструментов и перчаток согласно нормативно-правовым документам КР по инфекционному контролю.

Техника получения мазка

1. Объясните суть процедуры, что означают результаты исследования и почему важно вернуться для получения результатов и соблюдать данные в соответствии с ними рекомендации. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Проведите осмотр шейки матки в зеркалах.
3. Введите длинный кончик расширенной части шпателя (если мазок берется при помощи шпателя Эйра) или заостренный конец цитощетки в наружный маточный зев и однократно поверните его вокруг своей оси на 360°.
4. Аккуратно перенесите материал с обеих сторон шпателя или цитощетки на предметное стекло 1—2 движениями, стараясь не повредить образец. Если Вы выявили патологию за пределами зоны, с которой получен мазок, возьмите материал оттуда и поместите его на отдельное стекло.
5. Сразу фиксируйте все мазки. Для этого либо используйте аэрозольный фиксатор (его наносят на стекло под прямым углом с расстояния 20 см) или поместите стекло в 95% этиловый спирт, по крайней мере, на 5 минут. Если мазок фиксирован не сразу, клетки высыхают и деформируются, и может быть трудно оценить их состояние в лаборатории.
6. Аккуратно закройте створки зеркала и извлеките его.
7. Положите все использованные инструменты в дезинфицирующий раствор.
8. Готовый препарат поместить в индивидуальную упаковку (полиэтиленовый или бумажный пакет) и отправить в лабораторию.

Допускается хранение стекол с фиксированными или высушенными мазками в герметичной упаковке при температуре 2-8 ^{o}C в течение 10 суток.

Интерпретация результатов.

Мазок по Папаниколау может быть положительным или отрицательным. В норме атипичных клеток нет, все клетки одинаковой формы и размеров (отрицательный Пап-мазок). Наличие разных по форме и размерам клеток, патологическое их положение характеризуется как положительный мазок по Папаниколау.

Цитологическая классификация по Папаниколау:

1-й класс — нормальная цитологическая картина;

2-й класс — изменение морфологии клеток, обусловленное воспалительным процессом во влагалище и (или) шейке матки;

3-й класс — единичные клетки с аномалией ядер и цитоплазмы (подозрение на злокачественное новообразование);

4-й класс — отдельные клетки с явными признаками озлокачествления;

5-й класс — большое число типично раковых клеток. Диагноз злокачественного новообразования не вызывает сомнений.

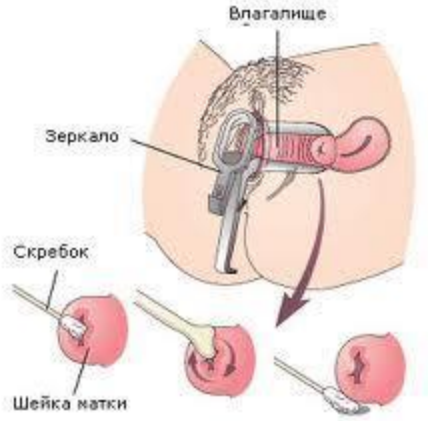
Гарантию достоверной интерпретации данных дает только комплексное обследование (кольпоскопия шейки матки, биопсия слизистой оболочки и др.).

Приложение 12.6

Цитологический мазок (Пап-тест). Информация для пациента

Цитологический (цервикальный) мазок (*анализ Папаниколау, Пап-тест или Пап-мазок*) - простое, быстрое и безболезненное исследование, которое позволяет на ранних стадиях обнаружить те изменения в клетках шейки матки, которые впоследствии могут перерасти в раковые образования. Помимо диагностики клеточных аномалий, мазок показывает наличие ряда патогенных микроорганизмов во влагалище и позволяет определить состояние слизистой оболочки. Результаты мазка часто не позволяют поставить окончательный диагноз и требуют других методик обследования.

Мазок основан на микроскопическом изучении клеток, взятых из шейки матки. Цитологический мазок проводится во время осмотра на гинекологическом кресле. Во влагалище вводится металлическое или пластмассовое гинекологическое зеркало. Материал для исследования берется из различных участков слизистой влагалища при помощи специальных шпателей или цитощеток (см. рисунок).



После взятия каждый образец наносится на стекло, фиксируется, а затем отправляется в цитологическую лабораторию, где его окрашивают и исследуют под микроскопом, чтобы определить состояние эпителиальных клеток.

С профилактической целью мазок делается каждой женщине ежегодно, начиная с момента начала ею половой жизни.

Лучшее время для мазка Папаниколау - любое время без менструальных выделений. За два дня до начала теста нужно избегать следующих событий, поскольку они могут замаскировать аномальные клетки и привести к неправильным результатам мазка:

- Половые сношения
- Спринцевания
- Применение вагинальных препаратов
- Применение вагинальных контрацептивов (контрацептивные пены, кремы или желе).

Отрицательные или нормальные результаты теста означают, что шейка матки выглядит здоровой, имеет здоровую форму, размер; цитология и микрофлора в пределах нормы.

Положительные или ненормальные результаты мазка означают, что что-то необычно в образце, найдены аномальные клетки различного размера и формы. Если женщина имеет ненормальный повторный результат мазка Папаниколау, мазки должны браться врачом через 4-6 месяца в течение 2 лет до получения 3 последовательных отрицательных тестов.

В мазке Папаниколау можно обнаружить также вирусные инфекции (например, вирус папилломы человека - ВПЧ) и другие провоцирующие рак факторы.

Если положительный результат Папаниколау получен из-за инфекции, нужно лечить основную причину. Пап-тест должен быть повторен в течение 2-3 месяцев, потому что рак шейки матки может быть скрыт инфекцией.

Своевременное лечение может остановить цервикальный рак до того, как он полностью разовьется. Женщина может иметь рак шейки матки и не знать об этом, потому что рак часто протекает бессимптомно.

Существуют следующие факторы риска рака шейки матки:

-несколько сексуальных партнеров (или сексуальных партнеров, которые имеют несколько партнеров);
-начало половой жизни в раннем возрасте;
-вирусные инфекции, такие, как ВПЧ, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), или вирус простого герпеса;
-ослабленная иммунная система;
-наличие в прошлом рака половой системы;
-курение.

Ранние стадии предраковых заболеваний шейки матки и рак часто не имеют признаков или симптомов. Поэтому очень важно делать регулярные мазки Папаниколау. Симптомы обычно появляются, когда рак прогрессирует и его уже сложно остановить.

При следующих симптомах немедленно обратитесь к врачу:

- Необычные вагинальные выделения
- Пятна крови или легкие кровотечения, помимо обычного срока менструации
- Кровотечение или боль во время секса

Эти симптомы не однозначно обозначают рак, эти симптомы могут вызывать и другие факторы, но необходима проверка, чтобы определить причину.

Уточнить информацию и задать дополнительные вопросы вы можете у своего лечащего врача.

Приложение 12.7

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение скрининга рака шейки матки

Я, _____года рождения, согласно Закону Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 года № 147 полностью информирована о своих правах как пациентка.

Претензий по соблюдению медицинским работником моих прав не имею.

Я получила от медицинского работника всю необходимую информацию об обследовании на предраковые процессы и рак шейки матки при помощи Пап-теста.

Мне понятно, что будет происходить во время обследования, в том числе риск и осложнения, связанные как с его проведением, так и с отказом от его проведения. Я осознаю, что мой отказ от обследования не приведет ни к каким карательным мерам.

Я понимаю, почему важно вернуться для получения результатов обследования и готова прийти на повторное консультирование. Если результаты моего обследования покажут какие-то изменения, я готова продолжить дальнейшее обследование.

Я даю информированное согласие на проведение данного обследования.

«_____» _____20____г.

Подпись клиентки_____

«_____» _____20____г.

Подпись медицинского работника _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 13
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)

Шифр B20 – B 24, O98.7, R 75, Z 21

1. Общие положения

1.1. В настоящем документе определены алгоритмы тестирования, методы и схемы применения антиретровирусных препаратов при беременности, в родах и после родов с целью предотвращения инфицирования ВИЧ детей грудного возраста.
1.2. АРТ следует начинать всем ВИЧ-позитивным беременным и кормящим грудью женщинам, независимо от клинической стадии заболевания, срока гестации и при любом количестве лимфоцитов CD4.
1.3. При отсутствии профилактических мероприятий риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет 15-25% в развитых странах и 25-45% - в развивающихся странах.
1.4. Профилактика передачи от матери ребенку (ППМР) - это комплекс мер по профилактике передачи ВИЧ от ВИЧ-позитивной женщины плоду или ребенку во время беременности, родов, при вскармливании.
1.5. ВИЧ-позитивным беременным следует предоставить возможность осознанно решать судьбу своего здоровья и будущего ребенка, для чего её необходимо обеспечить полной информацией о риске передачи вируса ребенку.
1.6. Склонять ВИЧ-позитивную беременную к прерыванию беременности недопустимо.
1.7. Предоставление ППМР ВИЧ-позитивным беременным женщинам не должно зависеть от того, потребляют они наркотики или нет.

Основные принципы ППМР:

- предтестовое консультирование женщины и ее партнера по профилактике заражения ВИЧ и ППМР;
- тестирование женщины и ее партнера (при наличии риска) на ВИЧ после получения их письменного информированного согласия;
- послетестовое консультирование с целью сохранения ВИЧ-отрицательного статуса при отрицательном результате теста;
- послетестовое консультирование с оказанием помощи и поддержки при положительном результате теста;
- назначение АРВ-препаратов новорожденному с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ;
- назначение АРТ женщинам во время беременности, родов и после родов, а также детям с установленным ВИЧ-статусом;
- выбор более безопасного метода родоразрешения с информированного согласия беременной;

- консультирование женщины (при необходимости предоставление консультации партнеру и/или другим членам ее семьи) по безопасным методам вскармливания новорожденного.

При правильном соблюдении всех указанных мероприятий риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет <2% при искусственном вскармливании и <5% при грудном вскармливании.

2. Предтестовое консультирование.

Главная задача профилактики вертикальной передачи ВИЧ - установление ВИЧ-статуса женщины для дальнейшего своевременного вмешательства.

Консультирование и тестирование на ВИЧ беременной женщины и ее полового партнера являются жизненно важными процедурами для предупреждения вертикальной передачи ВИЧ. Кроме того, установление ВИЧ-статуса отца будущего ребенка играет ключевую роль в сохранении здоровья матери и ребенка в последующем, поэтому медицинским работникам рекомендуется проводить обследование на ВИЧ как беременной женщины, так и ее полового партнера (при наличии риска, см. КП «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции»).

ТиК при ВИЧ-инфекции должно проводиться во всех ОЗ, куда может обратиться беременная женщина – (Приложение 13.1).

Основными методами предоставления информации по тестированию на ВИЧ и предупреждению вертикальной передачи вируса от матери ребенку являются рутинное групповое, индивидуальное или парное консультирование.

Групповое консультирование.

Одним из эффективных методов предоставления информации является групповое консультирование:

- Каждой, впервые обратившейся женщине рекомендуется принимать участие в групповой обучающей беседе, которую проводит акушерка или медицинская сестра еще до того, как она будет принята врачом. Во время группового консультирования участники получают общую информацию и используют рекомендуемые обучающие материалы.
- При взятии беременной на учет медицинский работник дополняет групповое информирование индивидуальным или парным консультированием, с учетом особенностей семейной пары и помогает принять осознанное решение о тестировании.
- Медицинский работник объясняет женщине важность участия ее супруга/ партнера в консультировании и его тестировании на ВИЧ для сохранения здоровья ребенка и всей семьи, поэтому рекомендуется приглашать для участия в данных беседах половых партнеров.

Индивидуальное или парное (с супругом) консультирование на ВИЧ.

Индивидуальное или парное (с супругом) консультирование на ВИЧ проводится:

- если женщина или ее партнер сами попросили об этом;

- если женщина или ее партнер отказываются проходить тестирование.

Администрация ОЗ обязана принять все меры по соблюдению принципов конфиденциальности при проведении ТиК при ВИЧ-инфекции, а все медицинские работники должны их строго выполнять.

3.Тестирование на ВИЧ.

Стандартной процедурой лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции является обнаружение антител и антигенов к ВИЧ.

Экспресс-тестирование проводится в случаях поступления женщины **на роды без наличия результатов обследования на ВИЧ** (см. алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции, приказ МЗ КР № 87 «Инструкция по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции в КР» от 04.02.2016).

Получение первого положительного результата экспресс-теста или ИФА в родах являются достаточным основанием для решения вопроса о назначении АРВ-препаратов для профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

Если в случае тестирования на ВИЧ результат окажется отрицательным, **прием препаратов нужно будет прекратить**. В случае положительного результата анализа на ВИЧ в **учетной медицинской документации** родовспомогательного ОЗ диагноз не указывается, но код **Z21** обязательно выставляется.

4. Послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование проводится как при отрицательном, так и при положительном результатах тестирования. Содержание послетестового консультирования зависит от результата теста (см. КП «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции»).

Дальнейшее наблюдение и ведение ВИЧ-позитивной беременной женщины осуществляется семейным врачом совместно с врачом инфекционистом ПМСП, специалистом ОДН центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Антиретровирусные препараты назначаются и выдаются врачами ПМСП по месту жительства. Также, ведется контроль и поддержка по соблюдению приверженности приему препаратов, выявление побочных эффектов, принимается решение о выборе метода родоразрешения.

Главной задачей для ВИЧ-позитивной беременной женщины является рождение ребенка без ВИЧ.

Для успешного выполнения этой задачи необходимо дополнительное обследование:

- обследование на количество лимфоцитов CD4;
- определение уровня вирусной нагрузки;
- принятие решения о необходимости начала АРТ;
- формирование устойчивой приверженности к приему АРВ-препаратов;
- предоставление психосоциальной поддержки и др.

5. Использование АРВ-препаратов у ВИЧ-позитивных женщин во время беременности, родов и после родов.

5.1. АРТ начинать всем ВИЧ-позитивным беременным и кормящим грудью женщинам, независимо от клинической стадии заболевания, срока гестации и при любом количестве лимфоцитов CD4 и продолжать лечение пожизненно.

Предпочтительная схема АРТ для беременных и кормящих грудью женщин:
Тенофовир 300 мг/ эмтрицитабин 200мг /эфавиренц 600 мг 1 раз в сутки, внутрь.

Беременные и кормящие грудью ВИЧ-позитивные женщины с ВИЧ, начавшие АРТ до беременности.
Продолжать прием АРТ во время беременности, родов и после родов по той же схеме.

5.2 Беременные женщины с ВИЧ, обратившиеся за помощью поздно или к моменту родов (не получали АРВП во время беременности).
Роженицы, не получавшие дородовой помощи, нередко принадлежат к ключевым группам населения. В связи с высоким риском ВИЧ-инфекции у таких рожениц очень важно оценить их ВИЧ-статус. В этих случаях женщинам предлагают пройти экспресс-тестирование и при положительном результате, **НЕ** дожидаясь подтверждения результата, назначить АРТ по схеме тенофовир 300 мг/ эмтрицитабин 200 мг/ эфавиренц 600 мг 1 раз в сутки, внутрь и продолжать АРТ.

5.3. ВИЧ-позитивная женщина, выявленная после родов.

Новорожденному назначаются АРВ-препараты (в первые 48 часов жизни) для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ.
Женщина направляется в ОЗ (ЦСМ/ЦОВП, ЦПБС) для дальнейшего обследования и лечения.

6. Выбор метода родоразрешения у ВИЧ-позитивных женщин.

У значительного числа (до 60 %) ВИЧ-позитивных беременных дети заражаются ВИЧ во время родов. Снизить риск передачи можно путем сокращения контакта плода с кровью и другими биологическими жидкостями матери. Все инвазивные процедуры повышают риск инфицирования плода и их назначение возможно лишь по жизненным показаниям.

Решение о способе родоразрешения принимается в соответствии с конкретной ситуацией, в зависимости от уровня вирусной нагрузки (ВН), с учетом выбора женщины.

Для выбора оптимального метода родоразрешения необходимо определить уровень вирусной нагрузки (ВН) у женщины в сроке 36 недель беременности. Если ВН **менее 50 копий/мл**, то следует проводить роды через естественные родовые пути.

Плановое кесарево сечение, проведенное до начала родовой деятельности и разрыва плодных оболочек, в 2 раза снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку, предотвращая длительный контакт плода с инфицированными секретами родовых путей матери.

Таким образом, кесарево сечение, проведенное до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод, является важным методом профилактики вертикальной

передачи ВИЧ-инфекции. Женщина должна быть проконсультирована о преимуществах и возможных осложнениях кесарева сечения.

Показания для проведения планового кесарева сечения на 39 неделе до начала родовой деятельности:

- нет возможности определить ВН;
- уровень ВН более 50 копий/мл;
- продолжительность приема АРТ во время беременности менее 4-х недель (при невозможности определения вирусной нагрузки).

- **Способ родоразрешения: На 36-й неделе ВН <50 копий/мл: рекомендуются роды через естественные родовые пути, если нет акушерских показаний к ПКС. ПКС на сроке 39 недель (если на 36-й неделе у матери ВН >50 копий/мл или неизвестна).**

Необходимо проводить антибиотикопрофилактику в стандартных дозировках во время проведения КС. При возникновении осложнений лечение проводится согласно общепринятым схемам.

В активной фазе родов, после излития околоплодных вод, проводить кесарево сечение не целесообразно.

Медицинские работники должны соблюдать единые меры предосторожности при любых родах, включая роды у ВИЧ-позитивных женщин.

Рекомендуется стандартный метод оперативного родоразрешения. Если методом родоразрешения выбраны самопроизвольные роды через естественные родовые пути, необходимо избегать вмешательств, повышающих риск передачи ВИЧ:

- родовозбуждение и родоусиление;
- искусственное вскрытие плодного пузыря (амниотомия);
- перинео- (эпизио-) томия;
- частые вагинальные исследования и осмотры шейки матки (выполнять осмотр шейки матки только при крайней необходимости, обязательно соблюдая правила асептики);
- наложение акушерских щипцов;
- вакуум-экстракция плода;
- затяжные роды.

Не рекомендуется использовать инвазивные методы для оценки состояния плода при принятии решения о проведении акушерских вмешательств. Для оценки родовой деятельности использовать партограмму.

Риск развития послеродовых кровотечений снижается путем активного ведения третьего периода родов, а также путем ушивания разрывов родовых путей с тщательным удалением остатков последа.

7. Применение антиретровирусных препаратов у новорожденного, рожденного от ВИЧ-позитивной женщины

• Детям с высоким риском заражения ВИЧ [б] находящимся на искусственном вскармливании с весом ≥2500г. и/ или неизвестным уровнем ВН у матери назначается двухкомпонентная профилактика: **Зидовудин** по 15 [а] мг два раза в день и **Невирапин** по 15 [а] мг один раз в день в течение первых 6 недель жизни.

• Дети, с высоким риском заражения ВИЧ [б], находящиеся на грудном вскармливании, а также дети, у которых контакт с ВИЧ впервые был установлен не позднее 48 часов после родов, или если неизвестен уровень ВН у матери, должны продолжать профилактику еще в течение 6 недель: **Невирапин** по 20 мг один раз в день либо **Зидовудин** по 20мг два раза в день. (продолжительность младенческой профилактики 12 недель).

• Детям, независимо от вида вскармливания с весом ≥2500г., рожденным от ВИЧ-позитивных матерей, получающих АРТ с ВН <1000 копий/мл, назначается младенческая профилактика продолжительностью 6 недель с использованием: **Невирапин** 15 [а] мг один раз в день (или **Зидовудин** по 15 [а] мг два раза в день).

[а] Недоношенным детям с массой тела при рождении **2000−2499гр** Зидовудин по 10 мг два раза в день и Невирапин по 10 мг один раз в день.

[б] К группе **высокого риска** относятся:

– младенцы, родившиеся от ВИЧ-позитивных женщин, которые к моменту родоразрешения получили АРТ менее четырех недель; ИЛИ

– младенцы, родившиеся от ВИЧ-позитивных женщин с документированным уровнем ВН >1000 копий/мл (или неизвестна) в течение четырех недель перед родоразрешением; ИЛИ

– младенцы, родившиеся от ВИЧ-позитивных женщин, обратившихся за помощью поздно, к моменту родов или кормящих грудью и не получающих АРТ; ИЛИ

– младенцы, родившиеся от матерей с отсутствием пренатального тестирования на ВИЧ, и впервые выявленной ВИЧ-инфекцией в родах и послеродовом периоде.

Начать прием препаратов у новорожденного необходимо в течение первых 4 часов после рождения.

В условиях высокого риска передачи ВИЧ от матери ребенку, помимо обеспечения дополнительной профилактики для младенца, следует срочно начинать АРТ у всех беременных и кормящих грудью женщин, даже если инфекция выявлена на поздних этапах беременности или после родов, поскольку наиболее эффективным способом предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку является снижение уровня ВН у матери.

В случае рождения ребенка от ВИЧ-позитивной матери в **учетной медицинской документации** родовспомогательной ОЗ диагноз не прописывается, но код **R75** обязательно указывается, и отмечаются полученные АРВП.

8. Выбор метода вскармливания новорожденного

Рекомендуется **исключительно грудное вскармливание** на фоне АРТ матери. ВИЧ-позитивные матери должны кормить своих детей исключительно грудью на протяжении 6 месяцев жизни, после чего вводятся соответствующие прикормы, и грудное вскармливание продолжается на протяжении первых 12 месяцев жизни.

Исключительное грудное вскармливание означает применение исключительно грудного молока, без применения воды, молочных смесей.

При установлении ВИЧ-инфекции у ребенка методом ранней диагностики младенца (РДМ) рекомендуется грудное вскармливание как можно дольше по возможности и приемлемости.

В основу рекомендаций ВОЗ легли данные, полученные из исследований. Было доказано, что у детей, находящихся на грудном вскармливании в первые 12 месяцев жизни у матерей, получающих АРТ, снижается риск смерти от диареи, пневмонии и дефицита питания и риск передачи ВИЧ.

Альтернативным методом вскармливания ребенка является **искусственное вскармливание** только при соблюдении критериев ПОДСБ (если это приемлемо, осуществимо, доступно, стабильно и безопасно, см. Приложение 13.2).

Матерей необходимо информировать о преимуществах и недостатках грудного и искусственного вскармливания в связи с ВИЧ-инфекцией. Первое консультирование должно состояться на ранних этапах беременности. Повторные консультирования должны проходить сразу после рождения ребенка, а также на всех этапах наблюдения за ребенком в течение первого года жизни.

Окончательное право выбора метода вскармливания остается за женщиной.

8.1 Этапы консультирования женщин с ВИЧ по вопросам выбора метода вскармливания ребенка:

1. Рассказать о риске вертикальной передачи ВИЧ.
2. Рассказать о преимуществах и недостатках различных методов вскармливания, начав с метода, на который изначально настроена женщина. При обсуждении различных методов вскармливания необходимо учитывать и уважать местные традиции, обычаи и убеждения.
3. Обсудить с женщиной отношения в ее семье, условия проживания с учетом раскрытия ее ВИЧ статуса другим членам семьи (супруг, свекровь и т.п.) и возможности использования, выбранного ей метода вскармливания.
4. Помочь женщине выбрать наиболее подходящий для нее метод вскармливания после проведенной беседы, выяснив ее особенности проживания и отношения в семье. Поддержать женщину в принятом решении, предоставив информацию о способах снижения возможных рисков, связанных с выбранным методом вскармливания
5. Продемонстрировать основные приемы, необходимые для вскармливания ребенка данным методом. Во время пребывания в родильном отделении персонал должен обучить женщину, и убедиться в том, что она правильно выполняет технику, выбранного ею метода вскармливания ребенка.
6. Помочь женщине в безопасном вскармливании ребенка после выписки из родильного отделения. Консультировать и контролировать выполнение рекомендаций, не ущемляя достоинства женщины.

Дети, рожденные от ВИЧ-позитивных матерей, обеспечиваются заменителями грудного молока до достижения возраста одного года за счет средств республиканского и местного бюджетов (см. Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» №149 от 13.08.05г., статья 12 (стр.10).

- **9. Уход и наблюдение за ВИЧ - позитивной женщиной во время беременности и послеродовом периоде.**

- Семейный врач совместно с ответственным лицом по ВИЧ-инфекции ПМСП и специалистом отдела ОДН ЦПБС обсуждают ведение беременности и родов. Определяется ОЗ, где будут проводиться роды и выбор метода родоразрешения, дата плановой госпитализации, проводится консультирование по вопросам выбора метода вскармливания ребенка. На этом этапе к обсуждению привлекается акушер-гинеколог стационара, где будут проводиться роды. (Сроки проведения лабораторных исследований в зависимости назначенных АРВ-препаратов см. таблицу в КП «АРТ у взрослых и у подростков» 1).

В послеродовом периоде проводится консультация, которая включает в себя следующую информацию: использование презервативов остается предпочтительным методом предупреждения нежелательной беременности и профилактики передачи ВИЧ.

Женщинам, употребляющим наркотики инъекционным путем, в дополнение к барьерным методам контрацепции, рекомендуется применение гормональных контрацептивов длительного действия (инъекционные) и др. (см. КП «СРЗ у ЛЖВ)

9.1. Направление для получения дальнейшей помощи (1 уровень)

ВИЧ-позитивные женщины, их новорожденные дети и их семьи должны получать качественные медицинские услуги по месту жительства и/или по выбору пациента.

- Педиатрическая помощь новорожденному, рожденному от ВИЧ-позитивной матери:
  - АРВП с целью профилактики передачи ВИЧ.
  - Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции.
  - Профилактика пневмоцистой пневмонии котримоксазолом проводится с 4-6 недель жизни (доза котримоксазола: с 4-6 недель до 6 месяцев по 1 таблетке 100/20мг 1 раз в сутки; с 6 до 18 месяцев по 2 таблетки 100/20мг один раз в сутки):
    - детям с положительным результатом обследования на ДНК ВИЧ (48 часов и 4-6 недель);
    - детям, не охваченным ранней диагностикой ВИЧ-инфекции, ПТК проводится до возраста 18 месяцев;
    - детям, находящимся на грудном вскармливании и относящимся к группе высокого риска передачи ВИЧ (см. Раздел 7 настоящего КП), независимо от результатов обследования на ДНК ВИЧ (48 часов и 4-6 недель).

Детям с низким риском передачи ВИЧ, при получении отрицательного результата обследования на ДНК ВИЧ ПТК не назначается.

Критерии отмены ПТК:

- Детям, не охваченным ранней диагностикой ВИЧ-инфекции отмена ПТК проводится в случае получения отрицательного результата обследования на ДНК ВИЧ в более поздние сроки (3-18 месяцев), при условии, что они не относятся к группе высокого риска и не получают грудного вскармливания.
- Детям, находящихся на грудном вскармливании и относящихся к группе высокого риска передачи ВИЧ, в случае, если через 4-6 недель после прекращения грудного вскармливания получен отрицательный результат обследования на ДНК ВИЧ, ПТК можно отменить.

- Послеродовая контрацепция.
- Лечение и помощь матери.
- Лечение наркотической зависимости и помощь в рамках программ снижения вреда.

Для обеспечения соответствующего наблюдения и предоставления дальнейшей помощи в роддоме должна быть составлена подробная выписка с данными приема АРВП у матери и ребенка. Эту выписку следует передать врачам ГСВ через пациентку по месту жительства и/или по выбору пациентки врачам другого ОЗ.

9.2. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденного

Диагностика ВИЧ - инфекции у младенца проводится методом ПЦР на ДНК ВИЧ в возрасте 48 часов после рождения. Положительный результат ПЦР – основание для предварительного диагноза ВИЧ - инфекции и указание на необходимость начала АРТ.

Независимо от результата, второе исследование необходимо повторить в возрасте 4-6 недель жизни (см. Приложение 13. 3).

При положительных результатах предыдущих ПЦР исследований в возрасте 3-4 месяца жизни ребенка проводится определение ВН методом ПЦР РНК и продолжается АРТ.

Если результаты ПЦР отрицательные, то рекомендуется провести исследование методом ИФА на определение антител/антиген к ВИЧ в 18 месячном возрасте. При появлении симптомов ВИЧ до возраста 18 месяцев жизни, необходимо провести ПЦР тестирование.

Если при исследовании в возрасте 18 месяцев методом ИФА у ребенка не обнаружены антигены/антитела к ВИЧ, то результат трактуется, как отрицательный и дальнейшее наблюдение как здорового ребенка.

Если ребенок находится на грудном вскармливании ВИЧ позитивной матерью и в 18 месяцев в его крови антигены/антитела к ВИЧ отсутствуют, исследование необходимо повторить через 6 недель после прекращения грудного вскармливания (если до этого срока у ребенка появятся клинические признаки, указывающие на ВИЧ-инфекцию, исследование проводят раньше).

9.3. Иммунизация

Всех детей, рожденных от ВИЧ позитивных матерей, необходимо вакцинировать против гепатита «В» в роддоме по тому же графику.

При получении отрицательного результата РДМ (см. раздел 9.2), необходимо вакцинировать против туберкулеза - вакциной БЦЖ в роддоме или по месту наблюдения в ГСВ. Младенцы с ВИЧ позитивным или неизвестным ВИЧ-статусом не должны вакцинироваться. Ревакцинация БЦЖ отменена.

При наличии симптомов ВИЧ, БЦЖ вакцинация проводится после отрицательной пробы Манту. Вакцинация откладывается, когда у матери или близкого окружения выявляется активный туберкулез, при этом ребенку проводится профилактическая терапия изониазидом (см. КП «Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у детей»).

Другие прививки проводятся в соответствии с Национальной программой иммунизации. (см.КП «Иммунизация лиц, живущих с ВИЧ»).

10. Ведение ВИЧ позитивных беременных, употребляющих инъекционно наркотики

Женщины, употребляющие инъекционные наркотики относятся к группе риска по перинатальной патологии, ВИЧ-инфекции и ИППП.

При выявлении низкой и умеренной степени риска употребления ПАВ, следует объяснить потенциальные угрозы для развития плода и её собственного здоровья, а также предоставить информацию по снижению последствий от употребления ПАВ. При высокой степени риска употребления ПАВ, следует организовать дальнейшее совместное ведение со специалистом наркологом (см. КП «ВИЧ у лиц, употребляющие инъекционно наркотики: лечение и помощь»).

10.1. Оценка наркотической зависимости и синдрома отмены у беременных женщин

У женщин, признающих факт употребления наркотиков, и у женщин, которые отрицают (скрывают) это, но имеют следы от инъекций или подозрительные симптомы, необходимо провести дополнительное обследование (см. КП «Скрининг беременных на потребление ПАВ с применением ASSIST» Приказ МЗ КР №389 от 04.07.2014г.).

10.2. Заместительная терапия метадоном (см. Клиническое руководство по ЗПТМ при синдроме зависимости от опиоидов, приказ МЗ КР №497 от 11.10.10г.)

Лекарственные взаимодействия метадона и АРВ-препаратов

У беременных женщин взаимодействия метадона и АРВ-препаратов такие же, как у других пациентов. Если в составе схемы АРТ беременная получает ННИОТ (невирапин или эфавиренц), дозу метадона необходимо повысить, так как ННИОТ существенно снижают концентрацию метадона, что может вызывать синдром отмены.

При исследовании серии случаев показано, что у пациенток, длительно получавших метадон, с началом приема невирапина для устранения симптомов отмены ежедневную дозу метадона приходилось повышать на 50-100%. Синдром отмены обычно развивался на 4-8-е сутки после начала приема невирапина.

Метадон существенно повышает концентрацию зидовудина (до 43%), что увеличивает риск побочных эффектов. В связи с этим необходимо тщательное наблюдение за пациентками.

10.3. Ведение ВИЧ позитивных женщин с наркотической зависимостью, поступивших в момент родов в родовспомогательные учреждения и не получавших дородовой помощи.

АРТ у ВИЧ позитивных женщин с наркотической зависимостью должна проводится по тем же правилам, что и у остальных женщин (схемы для беременных и кормящих грудью женщин с ВИЧ, не получавших АРТ во время беременности представлены в разделе 5).

Большинство беременных, употребляющих наркотики, не обращаются за дородовой помощью и поступают в родовспомогательные учреждения непосредственно перед родами или в родах. В этих случаях необходимо, чтобы персонал родовспомогательных учреждений был готов предпринять следующие действия:

- оценить наркотическую зависимость и сообщить результаты оценки неонатологу;
- провести экспресс-тест на ВИЧ, если ВИЧ-статус роженицы неизвестен или во время беременности был отрицательным;
- назначить лечение синдрома отмены;
- при необходимости начать ЗПТМ совместно с наркологом;
- провести консультирование о влиянии наркотиков на исход беременности, на новорожденного, а также на выбор лечения.

10.5. Обезболивание

Обезболивание требует особого внимания во время родов и в послеродовом периоде, особенно после КС. У женщин с зависимостью от опиоидов его проводят так же, как у остальных беременных и рожениц. Для устранения боли могут потребоваться более высокие дозы анальгетиков. Если возможно, эпидуральную анестезию необходимо провести на самом раннем этапе родов, ее можно повторить в раннем послеродовом периоде, особенно после КС.

10.6. Ведение новорожденных с наркотической зависимостью и синдромом отмены

Синдром отмены наблюдается у 50—80% новорожденных, которые подвергались воздействию опиоидов внутриутробно (обычно в первые 24-72 часа жизни). Однако тяжелые симптомы, требующие медикаментозного лечения, наблюдаются только у 5-20% этих детей. Метадоновый синдром отмены обычно длится не более 4 суток. Синдром отмены у новорожденных различается по тяжести и продолжительности и включает следующие симптомы:

- тремор, мышечный гипертонус, беспокойство, нарушения сна, продолжительный плач, гиперрефлексию;

- частые срыгивания, рвоту, диарею;
- тахипноэ;
- малые симптомы: лихорадка, чихание, потливость, заложенность носа, зевание.

У новорожденного с абстинентным синдромом, мать которого употребляла наркотики или подозревается в их употреблении, тяжесть синдрома отмены необходимо оценивать каждые 4 часа. Оценку тяжести нужно проводить по одной и той же системе (см. Приложение 14.4). На основании этой оценки подбирают дозы препаратов для лечения данного синдрома (см. КП «Клиническое ведение неонатального абстинентного синдрома новорожденного» Приказ МЗ КР №389 от 07.07.2014г.).

11.Мониторинг

Следующие данные должны собираться в каждой ОЗ на регулярной основе (раз в месяц, квартал, полугодие и год).

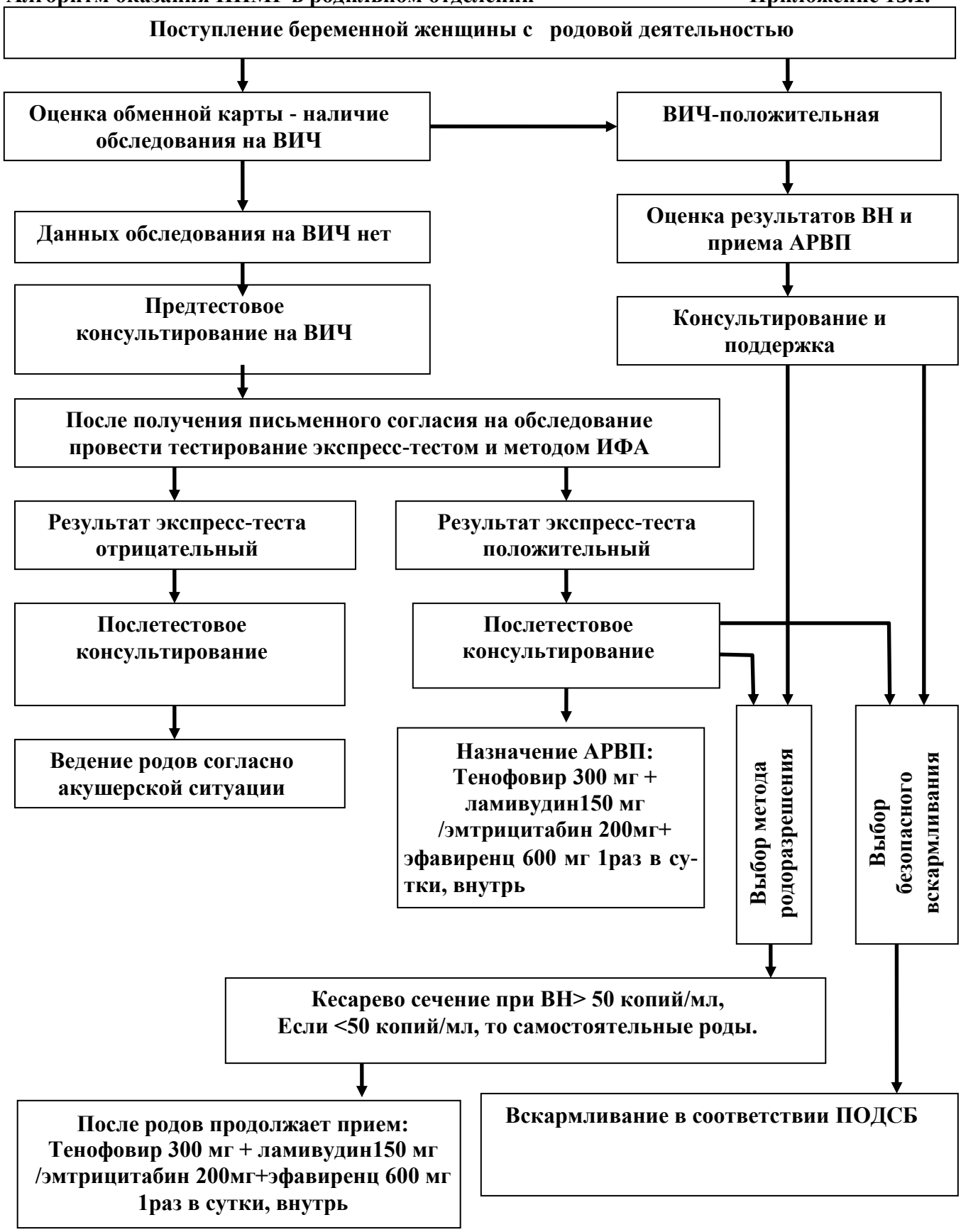
В службах ФАП/ГСВ/ЦСМ/ЦОВП совместно со специалистами по профилю:

- число беременных;
- число беременных, прошедших тестирование на ВИЧ;
- число беременных, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свои результаты
- число беременных с положительным результатом теста на ВИЧ;
- число беременных и кормящих грудью женщин с ВИЧ, получающих АРТ;
- число беременных и кормящих грудью женщин с ВИЧ, начавших АРТ до беременности;
- число беременных и кормящих грудью женщин с ВИЧ, обратившиеся за помощью поздно или к моменту родов (не получали АРВП во время беременности);
- число беременных с ВИЧ/ЛУИН;
- число беременных с ВИЧ, получивших ЗПТМ;
- число новорожденных, прошедших обследование на ВИЧ методом ПЦР ДНК;
- число новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей:
  - -получивших АРВ-профилактику;
  - -получивших исключительно грудное вскармливание;
  - -получивших искусственное вскармливание;
  - -получивших смешанное вскармливание.

В роддоме:

- число поступивших беременных:
  - не прошедших тестирование на ВИЧ во время беременности
  - прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ;
  - имеющих положительный результат экспресс-теста
- число ВИЧ-инфицированных беременных, не получивших АРВП во время родов;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, получивших АРВП во время родов;
- число ВИЧ-инфицированных женщин, родивших естественным путем;
- число ВИЧ-инфицированных женщин, у которых проведено кесарево сечение;
- число новорожденных, родившихся от матерей с ВИЧ - получивших АРВП.

Алгоритм оказания ППМР в родильном отделении **Приложение 13.1.**



Приложение 13.2. Определение приемлемости, осуществимости, доступности, стабильности и безопасности искусственного вскармливания – ПОДСБ

Приемлемость. У матери нет никаких препятствий к искусственному вскармливанию, связанных с культурными традициями или социальными условиями либо вызванных страхом стигматизации или дискриминации. Приемлемость означает, что-либо женщина не испытывает социального или культурного давления, направленного против искусственного вскармливания, и ее решение об искусственном вскармливании поддерживается семьей и окружающими, либо она сможет противостоять давлению семьи и друзей, настаивающих на кормлении грудью, и справиться со стигмой в связи с искусственным вскармливанием.

Осуществимость. У матери (и ее семьи) достаточно времени, знаний, навыков и других условий для приготовления молочной смеси, и кормления ребенка до 12 раз в сутки. Мать способна разобраться в инструкциях по приготовлению смеси и следовать им; у нее есть поддержка со стороны близких, что позволит ей правильно готовить смесь и кормить ребенка днем и ночью с учетом того, что ей придется отвлекаться от приготовления еды для семьи и другой работы по дому.

Доступность. Мать (и ее семья) при поддержке общественных организаций или системы здравоохранения (если необходимо) способны оплачивать расходы, связанные с покупкой, приготовлением и использованием заменителей грудного молока, а также все другие расходы, связанные с искусственным вскармливанием (топливо, чистая вода, мыло, другие принадлежности), не нанося ущерба здоровью и питанию семьи. Понятие доступности также распространяется на доступность (в случае необходимости) медицинской помощи при диарее у ребенка и наличие средств на оплату такого лечения.

Стабильность. Постоянное и непрерывное обеспечение и надежная система распределения всех ингредиентов и продуктов, необходимых для искусственного вскармливания; они должны быть доступны на протяжении всего времени, пока ребенок в них нуждается — до годовалого возраста и позже. Это означает низкую вероятность того, что смесь нельзя будет найти, или она окажется не по средствам. Кроме того, стабильность означает, что другое лицо всегда сможет приготовить смесь и накормить ребенка в отсутствие матери.

Безопасность. Смесь для искусственного вскармливания готовится правильно с соблюдением гигиенических норм и правильно хранится; ребенок получает ее в достаточных количествах с соблюдением гигиенических требований (мытье рук и чистая посуда, предпочтительно - чашка). Безопасность означает, что мать или другой человек, ухаживающий за ребенком:

-имеет доступ к надежному источнику безопасной воды (из водопровода или другого надежного источника);

-готовит смесь, полноценную по составу и не содержащую возбудителей инфекций;

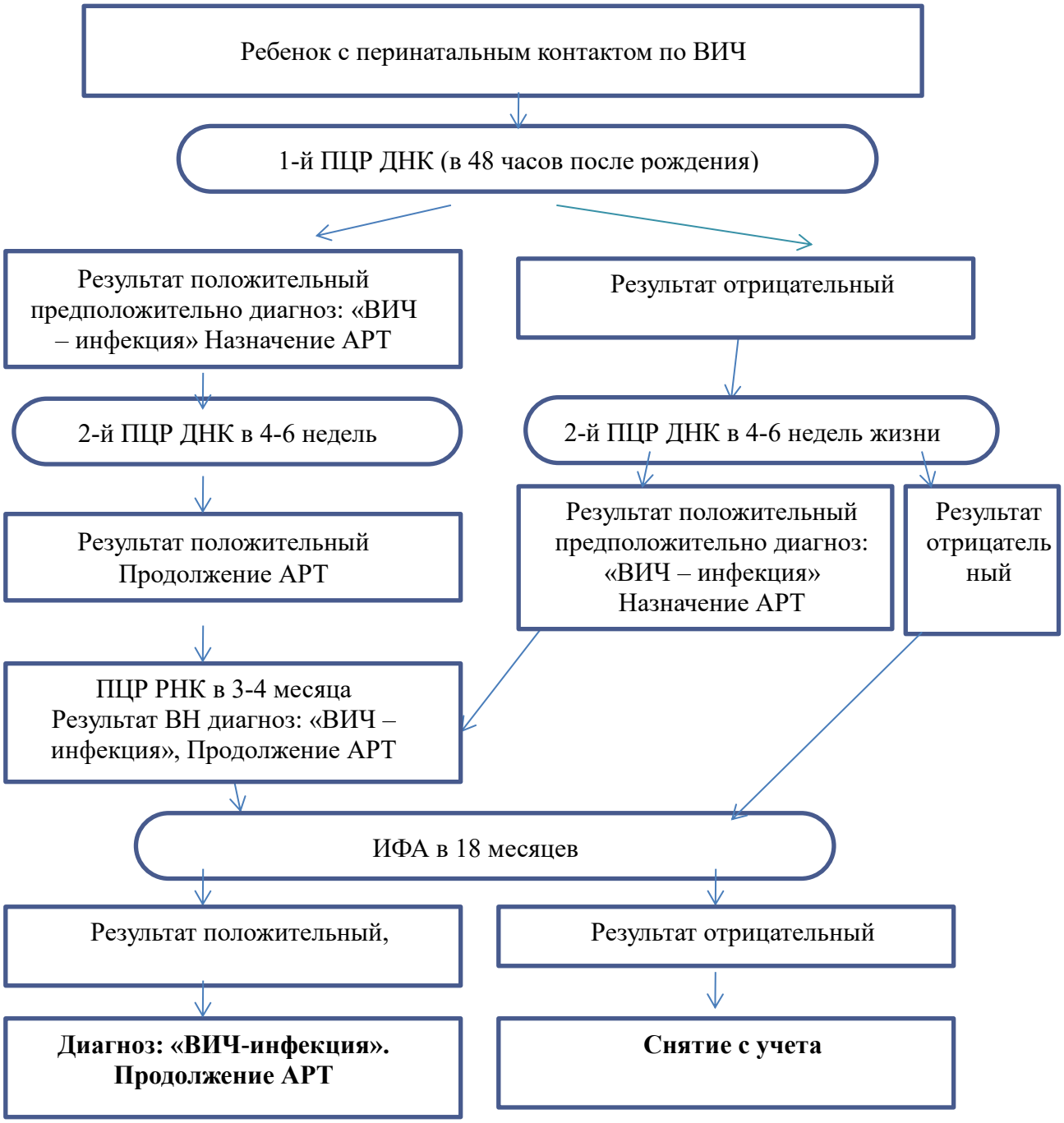
-имеет возможность тщательно мыть руки и посуду с мылом и регулярно кипятить принадлежности, используемые для кормления ребенка, для обеспечения их стерильности;

-имеет возможность кипятить воду для приготовления смеси при каждом кормлении ребенка;

-имеет возможность хранить сухие смеси в чистых, закрытых контейнерах, защищенных от насекомых, грызунов и других животных.

Приложение 13.3

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у детей



Приложение 13.4.

Оценка тяжести неонатального абстинентного синдрома (НАС) в баллах

Признак или симптом	**Баллы**
Нарушения со стороны ЦНС	
Пронзительный плач <5мин	2
Продолжительный пронзительный плач > 5мин	3
Сон <1 часа после кормления	3
Сон <2 часов после кормления	2
Сон <3 часов после кормления	1
Повышенный рефлекс Моро	2
Резко повышенный рефлекс Моро	3
Легкий тремор при беспокойстве	1
Умеренный и сильный тремор при беспокойстве ребенка	2
Легкий тремор в состоянии покоя	3
Умеренный и сильный тремор в состоянии покоя	4
Гипертонус мышц	2
Экскориации (специфические области)	1
Миоклонические судороги	3
Генерализованные судороги	5
Метаболические, вазомоторные, дыхательные нарушения	
Потливость	1
Лихорадка 37,2—38,2°С	1
Лихорадка 38,4°С и выше	2
Частое зевание (>3—4 раз за время обследования)	1
Мраморный рисунок кожи	1
Заложенность носа	1
Чихание >3—4 раз за время обследования	1
Раздувание крыльев носа	2
Частота дыхания >60 в мин	1
Частота дыхания >60 в мин с втяжением податливых участков	2
Желудочно-кишечные нарушения	
Чрезмерно жадное сосание	1
Вялое сосание при кормлении	2
Частое срыгивание (>2раз за время или после кормления)	2
Рвота фонтаном	3
Жидкий стул	2
Водянистый стул	3

ПРИЛОЖЕНИЕ 14
к приказу МЗ КР № _____
от «_____» _____ 2017г.

Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у детей
Шифр B20-B24, Z21, R75

9. Определение

Антиретровирусная терапия (АРТ) – метод лечения ВИЧ-инфекции, направленный на подавление репликации ВИЧ, которое приведет к улучшению качества жизни ВИЧ-позитивных лиц, снижению их заболеваемости и смертности.

ВИЧ-инфекция – хроническое медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, вызываемое ВИЧ, протекающее со специфическим поражением иммунной системы, приводящее к появлению вторичных инфекционных или опухолевых заболеваний и развитию синдрома приобретённого иммунного дефицита (СПИД).

10. Код (коды) по МКБ-10 (подробно в Приложении 14.1)**:**

B20–B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней.

11. Пациенты в стабильном состоянии. Согласно ВОЗ, пациенты на фоне АРТ находятся в стабильном состоянии с учетом следующих критериев: АРТ в течение 1 года, отсутствие активных заболеваний или беременности, хорошее понимание необходимости пожизненного проведения терапии и доказательства успешного лечения (при двух определениях уровень вирусной нагрузки ниже 1000 копий/мл).

12. Клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ у детей:

Клиническая стадия 1

• бессимптомное течение;
• персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Клиническая стадия 2

• персистирующая гепатоспленомегалия неясного происхождения;
• зудящая папулезная сыпь;
• распространенная инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (множественные бородавки);
• распространенный молюск;
• онихомикозы;
• рецидивирующие язвы на слизистой оболочке полости рта;
• линейная эритема десен;
• ангулярный хейлит;
• необъяснимое увеличение околоушных слюнных желез;
• опоясывающий лишай;
• бессимптомная лимфоидная интерстициальная пневмония;
• рецидивирующие или хронические инфекции верхних дыхательных путей (средний отит, оторея, синусит, тонзиллит).

Клиническая стадия 3

• умеренные необъяснимые нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечение;
• туберкулез легких;
• туберкулез периферических лимфоузлов;

• необъяснимая хроническая диарея (14 дней и более);
• необъяснимая упорная лихорадка (выше 37,5^{o}С перемежающаяся или постоянная, дольше месяца);
• постоянный кандидозный стоматит (у детей старше 6 недель);
• кандидоз рта (у детей старше 2 месяцев);
• волосистая лейкоплакия полости рта;
• острый язвенно-некротический гингивит или периодонтит;
• тяжелая рецидивирующая бактериальная пневмония;
• хронические поражения легких, обусловленные ВИЧ-инфекцией, включая бронхоэктазы;
• клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;
• необъяснимая анемия (гемоглобин <80г/л) или нейтропения – число нейтрофилов <0,5х10^{9}л), или постоянная тромбоцитопения (<50х10^{9}л).

Клиническая стадия 4

• необъяснимое тяжелое истощение, задержка роста или выраженные нарушения питания, не поддающиеся стандартному лечениею;
• пневмоцистная пневмония;
• рецидивирующие тяжелые бактериальные инфекции, кроме пневмонии (например, эмпиема плевры, пиомиозит, инфекции костей и суставов, менингит);
• хроническая ВПГ-инфекция (герпес губ и полости рта или кожи длительностью более месяца, либо висцеральный любой локализации);
• внелегочный туберкулез, включая туберкулез внутригрудных лимфоузлов и туберкулезный плеврит;
• саркома Капоши;
• кандидозный эзофагит (или кандидоз трахеи, бронхов или легких);
• токсоплазменный энцефалит (кроме новорожденных);
• ВИЧ-энцефалопатия;
• ЦМВ-инфекция (ретинит или поражение других органов), развившаяся у ребенка старше 1 месяца;
• внелегочный криптококкоз, включая криптококковый менингит;
• диссеминированный глубокий микоз (например, внелегочный гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз, пенициллиоз);
• хронический криптоспоридиоз (с диарейным синдромом);
• хронический изоспороз;
• диссеминированная инфекция, вызваниая атипичными микобактериями;
• лимфома головного мозга или В-клеточная неходжкинская лимфома;
• прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия;
• ВИЧ-кардиомиопатия или ВИЧ-нефропатия

13. Оценка состояния ВИЧ-положительного ребенка до начала АРТ

Первичное обследование	• Определение клинической стадии ВИЧ-инфекции • решение вопроса о проведении профилактических мероприятий – назначение котримоксазола (ТМП/СМК) и изониазида, • предоставление консультирования и поддержки ВИЧ-положительного ребенку и его родителям.
Клиническое обследование	• Оценка физического развития: вес, рост в любом возрасте и окружность головы (до 2-х летнего возраста). *Задержка физического развития – один из самых частых симптомов у ВИЧ-*

	положительных детей.
	• Оценка психомоторного и умственного развития;
	• Оценка психологического состояния родителей и ребенка;
	  • собрать анамнез вскармливания (вид и количество пищи, аппетит, длительность кормлений, проблемы при кормлении);
	  • оценить общие санитарные условия, наличие холодильника для хранения лекарств, наличие безопасной питьевой воды;
	  • собрать анамнез получения ребенком антиретровирусных препаратов (АРВП), включая препараты, которые принимала мать с целью ППМР;
	  • оценить текущие симптомы, чтобы определить клиническую стадию ВИЧ-инфекции;
	  • выявить оппортунистические инфекции и ко-инфекции (туберкулез, гепатиты В и С).

Лабораторное исследование	• определение числа лимфоцитов CD4 (абсолютное число, у детей <6 лет еще и процентное содержание числа лимфоцитов); • определение вирусной нагрузки (ВН) до начала АРТ, • провести тест на беременность у девочек-подростков (при необходимости); • общий анализ крови; • биохимический анализ крови (при необходимости, с учетом клинической симптоматики) и др.
Поддержка питания	• При бессимптомном течении инфекции рекомендуется повысить калорийность рациона на 10% от нормы для данного возраста и пола. • У детей с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, а также у детей, выздоравливающих после острых инфекций, калорийность рациона нужно увеличить на 20-30% от нормы. Содержание белка не обязательно повышать более нормы в сбалансированном рационе (12-15% калорийности рациона.) • Детям с высоким риском дефицита витамина А (дети с тяжелыми инфекциями или выраженной белково-энергетической недостаточностью) показаны препараты этого витамина. • У детей с тяжелой диареей нередко имеется обратимая лактазная недостаточность, поэтому рекомендуются низколактозные смеси согласно возрасту ребенка и исключение цельного коровьего молока. • У детей с непереносимостью белка коровьего молока рекомендуется использовать специальные молочные смеси и молоко, не содержащее белок коровьего молока.

14. Диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне до начала АРТ:

- ОАК (гемоглобин, подсчет тромбоцитов и эритроцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ);
- ОАМ;
- биохимические показатели функции печени (АлАТ, АсАТ, билирубин);

- холестерин, ЛПВП, ЛПНП;
- ИФА на гепатит С (anti-HCV) и гепатит В (HBsAg);
- ИФА на сифилис у подростков по показаниям;
- тест на беременность у девочек-подростков по показаниям;
- сывороточный креатинин и расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ);
- рентгенография органов грудной клетки (по показаниям);
- ЭКГ (по показаниям);
- УЗИ органов брюшной полости (по показаниям);
- Gen-Xpert (согласно алгоритма диагностики ТБ), микроскопия мазка мокроты.

Предварительный диагноз: _____
(клиническая стадия по ВОЗ с указанием всех оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний)

Обоснование диагноза _____

15. План ведения:

1. Проведение послетестового консультирования при ВИЧ-инфекции.
2. Полное обследование.
3. Консультирование о соблюдении конфиденциальности (УККР, Статья № 145 «Разглашение врачебной тайны»).
4. Консультирование об ответственности за заражение ВИЧ (УККР, Статья № 117).
5. Консультирование о раскрытии статуса перед своим половым партнером и приглашение на обследование на ВИЧ.
6. Консультирование по оценке готовности к АРТ.
7. Консультирование по формированию приверженности к АРТ.
8. Консультирование о побочных эффектах АРТ и эффективности лечения.
9. Выявление показаний для профилактической терапии ОИ (ПТИ, ПТК и др.).
10. Консультирование о профилактике ОИ (критерии назначения и отмены ПТИ и ПТК и мониторинг уровня приверженности).
11. Оценка потребности в услугах ухода и поддержки (социальная, правовая, психологическая поддержка и др.).
12. Дата следующего визита.

7.1. Подготовка ВИЧ-позитивных лиц к АРТ.

Перед началом АРТ необходимо:

- провести подробное обсуждение желания и готовности (Приложение 14.2) пациентов начать АРТ, получить информированное согласие на проведение АРТ (Приложение 14.3);
- при готовности начать АРТ обсудить режим лечения АРВ-препаратами, дозировок, графика приема, возможных преимуществ, возможных нежелательных эффектов и необходимого наблюдения и мониторинговых визитов;
- провести оценку статуса питания пациента (Приложение 14.4) и сопутствующих заболеваний;
- выяснить прием других лекарственных препаратов, для того чтобы оценить возможные взаимодействия, противопоказания и коррекции дозы;
- если имеются проблемы психического здоровья или злоупотребления наркотиками, или же другие потенциальные факторы, препятствующие началу АРТ или приверженности лечению, следует предоставить ему необходимую поддержку сообщества и членов социальной группы и через определенные интервалы повторно оценивать его готовность начать АРТ;

- обратить внимание пациента на то, что многие нежелательные эффекты носят временный характер или могут контролироваться, и что часто АРВ-препараты, ассоциирующиеся с нежелательными эффектами, могут быть заменены на другие.
  лицам, начинающим АРТ, следует дать рекомендации относительно безопасного секса, в частности, использования презервативов, и относительно необходимости избегать других рискованных действий, например, использования общих инъекционных материалов, для того чтобы предотвратить передачу ВИЧ другим людям.

16. Показания для консультации специалистов:

- Специалист ОЦПБС или РЦ СПИД: признаки/подозрение на неэффективность АРТ , смена схемы АРТ;
- Инфекционист: признаки/подозрение на оппортунистические инфекции, вирусный гепатит;
- Фтизиатр: признаки/подозрение на туберкулез, МАК-комплекс;
- Невропатолог: признаки/подозрение на криптококковый менингит, ВИЧ-энцефалопатию, токсоплазмоз ЦНС, ПМЛ, лимфомы головного мозга, периферической полинейропатии;
- Психиатр: признаки/подозрение на психическое расстройство, депрессию, ВИЧ-энцефалопатию/деменцию;
- Психотерапевт (психолог): при психологических проблемах;
- Офтальмолог: признаки/подозрение на ретинит (исследование глазного дна, особенно при низком числе лимфоцитов CD4<100 клеток/мкл);
- Кардиолог: признаки/подозрение на кардиомиопатию;
- Онколог: признаки/подозрение на злокачественное новообразование;
- Гинеколог: признаки/подозрение на рак шейки матки;
- Другие специалисты – по показаниям.

9. Показания для госпитализации:

• тяжелое течение оппортунистических и других вторичных заболеваний;
• воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ);
• нежелательные явления на прием АРВ препаратов 3-й и 4-й степени тяжести:
3 степень (тяжелая) - повседневная жизнь существенно нарушена, часто требуется дополнительная помощь близких, медицинская помощь и лечение, возможно в стационаре;
4 степень (крайне тяжелая, жизнеугрожающая) - нормальная повседневная жизнь невозможна, требуется постоянная помощь посторонних, серьезное лечение, чаще всего в стационаре.

10. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

10.1. Цели АРТ.

- Клиническая:
  - улучшение качества и продление жизни пациента;
  - снижение риска развития тяжелых, угрожаемых жизни ОИ и других вторичных заболеваний.
- Вирусологическая:
  - снижение вирусной нагрузки.
- Иммунологическая:
  - восстановление функции иммунной системы.
- Эпидемиологическая:

- снижение риска передачи ВИЧ другим лицам.

10.2. Когда начинать АРТ у младенцев и детей младше 15 лет.

АРТ следует у всех живущих с ВИЧ младенцев и детей младше 15 лет, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и при любом количестве лимфоцитов CD4.

Стадия ВИЧ-инфекции на основе содержания лимфоцитов CD4 или процента CD4 от общего количества лимфоцитов

Стадия ВИЧ-инфекции	Возраст на момент определения уровня CD4					
	< 1 года		1 – 5 лет		≥ 6 лет	
	клеток/мкл	%	клеток/мкл	%	клеток/мкл	%
1	≥ 1,500	≥34	≥ 1,000	≥30	≥ 500	≥26
2	750–1499	26–33	500–999	22–29	200–499	14–25
3	<750	<26	<500	<22	<200	<14

10.3. Схемы АРТ первой линии

Категории пациентов	Предпочтительные схемы первой линии	Альтернативные схемы первой линии
Дети младше 3 лет	ABC (или AZT) + 3TC + LPV/r	ABC (или AZT) + 3TC + NVP
Дети от 3 лет и младше 10 лет	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV (или NVP) TDF + 3TC (или FTC) + EFV (или NVP)
Дети от 10 лет и младше 15 лет	TDF + FTC + EFV[а]	• AZT[б] + 3TC + EFV (или NVP) • TDF + 3TC (или FTC) + NVP • ABC + 3TC+ EFV (или NVP) • TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + DTG[в], • TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + EFV_{400}

[а] EFV не назначают лицам с тяжелым психическим заболеванием в анамнезе.

[б] вместо AZT при анемии или гранулоцитопении (уровень гемоглобина> 90 г/л или количество нейтрофилов> 1000 клеток/мкл) рекомендуется назначать TDF (или ABC).

[в] DTG использовать у детей старше 12 лет.

Последовательность АРВ-препаратов для новорожденных,начинающих лечение примерно в сроке рождения.

Схемы АРТ	0 – 2 недели ➡	2 недели – 3 месяца ➡	3 – 36 месяцев
Предпочтительная	AZT + 3TC + NVP	ABC(или AZT) + 3TC + LPV/r сироп	ABC (или AZT) + 3TC + LPV/r пеллеты
Альтернативная	AZT + 3TC + NVP		ABC(или AZT) + 3TC + LPV/r пеллеты
Особые обстоятельства	AZT + 3TC + NVP	ABC/AZT + 3TC + RAL	

10.4. Режимы дозирования лекарственных препаратов в детских формах для младенцев и детей в возрасте 4 недель и старше

Наименование АРВП	Доза АРВП	Доза АРВП в зависимости от массы тела									
		3,0– 5,9 кг		6,0– 9,9кг		10,0–13,9кг		14,0–19,9кг		20,0–24,9кг	
		утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер
AZT (сироп)	10мг/мл	6мл	6мл	9мл	9мл	12мл	12мл	–	–	–	–
NVP (сироп)	10мг/мл	5мл	5мл	8мл	8мл	10мл	10мл	–	–	–	–
NVP (таб)	50мг	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3
EFV[a] (таб)	200мг	–	–	–	–	1		1,5		1,5	
LPV/r (сироп)	80/20 мг/мл	1мл	1мл	1,5мл	1,5мл	2мл	2мл	2,5мл	2,5мл	3мл	3мл
AZT /3TC (таб)	60/30мг	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3
ABC/3TC (таб)	60/30мг	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3

[a]Эфавиренц не рекомендуется для детей младше 3 лет и массой тела менее 10 кг.

10.5. Мониторинг ответа на АРТ и установление неэффективности лечения.

Лабораторный мониторинг АРТ.

- ВН ВИЧ (перед началом АРТ, через 6 и 12 месяцев после начала АРТ, затем каждые 12 месяцев, если пациент на фоне АРТ находится в стабильном состоянии).
- Количество клеток CD4 (каждые 3-6 месяцев).
- При постоянном доступе к рутинному тестированию ВН у лиц, находящихся в стабильном состоянии на фоне АРТ, стандартный мониторинг с использованием CD4 можно прекратить.

Лабораторные показатели	Перед началом АРТ	После начала АРТ		
Вирусная нагрузка	X	Через 6 мес	Через 12 мес	Каждые 12 месяцев на фоне стабильного состояния[a]
Число CD4 лимфоцитов	X	Через 6 мес	Через 6 мес	• При неопределяемой ВН и стабильном состоянии на АРТ можно не определять; Каждые 6 месяцев, если рутинное определение ВН невозможно

[a] Согласно ВОЗ, пациенты на фоне АРТ находятся в стабильном состоянии с учетом следующих критериев: АРТ в течение 1 года, отсутствие активных заболеваний или беременности, хорошее понимание необходимости пожизненного проведения терапии и доказательства успешного лечения (при двух определениях уровень вирусной нагрузки ниже 1000 копий/мл).

Сроки проведения лабораторных исследований после начала АРТ, в зависимости от назначенных АРВП

Показатели	Время после начала АРТ (или назначения нового препарата)							
	Перед	2 неде-	4 неде-	12 не-	24 не-	1 год	Каждые	Каждые

	начало м АРТ	ли	ли	дель	дель		3–6 мес	полгода
Общий анализ крови	X		X	X		X	(X)	X
АЛТ	X	X (NVP)	X	X (NVP)	X (NVP)	X	(X)	X
Холестерин и триглицериды	X					(X)		(X)
Креатинин	X	X (TDF)	X	X		X	(X)	X

X – означает, что исследование показано независимо от используемых АРВ-препаратов;
X (препарат) - означает, что, исследование показано пациентам, которые получают указанный в скобках АРВ-препарат;
(X) – означает необязательность исследования

10.6. Клинический мониторинг

• Осмотр пациентов необходимо проводить не реже чем 1 раз в 3 месяца, при этом осуществляют оценку:
– физического развития (определение веса, роста);
– психомоторного развития и неврологических симптомов у детей с энцефалопатией;
– типа и частоты ОИ (бактериальные, кандидозный стоматит и т.д.).
• Контроль соответствия дозы АРВП весу и росту ребенка.
• Коррекция питания при каждом контакте с ребенком и ухаживающим за ним лицом, желательно каждый месяц.

11. Клиническая, иммунологическая и вирусологическая неэффективность АРТ (по определению ВОЗ) и решение вопроса о смене схем АРТ

Неэффективность	Определение	Комментарии
Клиническая	Впервые возникшие или рецидивирующие клинические явления, указывающие на крайне тяжелый или тяжелый иммунодефицит (клиническая стадия 3-4 по ВОЗ, клинические состояния, за исключением ТБ) после 6 месяцев эффективной терапии.	Это состояние необходимо дифференцировать от воспалительного синдрома иммунного восстановления, наблюдающегося после начала АРТ.

Иммунологическая	До 5 лет персистирующий уровень CD4 <200 клеток/мкл Старше 5 лет персистирующий уровень CD4 <100 клеток/мкл	При отсутствии признаков сопутствующей или недавно перенесенной инфекции, вызывающей транзиторное снижение уровня CD4.
Вирусологическая	Вирусная нагрузка выше 1000 копий/мл по данным двух последовательных измерений вирусной нагрузки в течение 3 месяцев с поддержкой приверженности после первого тестирования вирусной нагрузки	Прежде чем можно будет сделать вывод о неэффективности схемы лечения, пациент должен получать АРТ как минимум в течение 6 месяцев

12. Виды токсичности, связанные с приемом основных АРВ-препаратов

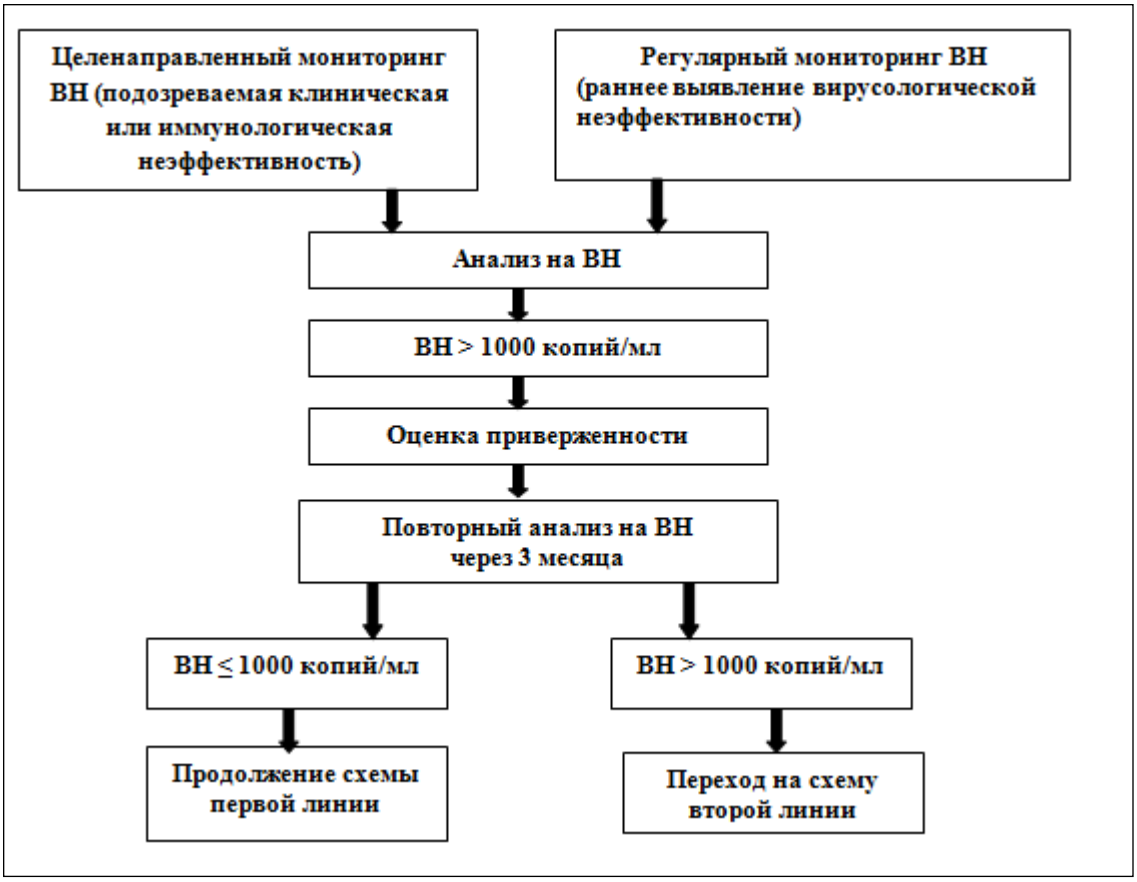
АРВ-препарат	**Основные типы токсичности**	**Факторы риска**	**Предлагаемая тактика ведения**
ABC	Реакция гиперчувствительности	Наличие аллеля HLA-B*5701	Заменить на AZT или TDF
AZT	Тяжелая анемия, нейтропения	КоличествоCD4 ≤200 кл/мкл	Заменить на ABC или TDF.
	Лактоацидоз и тяжелая гепатомегалия со стеатозом Липоатрофия, липодистрофия, миопатия	Пролонгированная экспозиция НИОТ	
TDF	Острая почечная недостаточность и синдром Фанкони	Исходное заболевание почек Сопутствующее использование нефротоксичных препаратов или усиленных ИП	Заменить на AZT или ABC. Не начинать лечение TDF при рСКФ <50 мл/мин
	Снижение минеральной плотности костей	В анамнезе рахит и патологические переломы. Дефицит витамина D	
	Лактоацидоз и тяжелая гепатомегалия со стеатозом	Длительное использование аналогов нуклеозидов Болезнь печени	
NVP	Гепатотоксичность Тяжелые кожные реакции и реакции гиперчувствительности, включая синдром Стивенса-Джонсона	Исходное заболевание печени. Коинфекция ВГВ или ВГС. Сопутствующее применение гепатотоксичных препаратов	Если гепатотоксичность выражена слабо можно заменить на EFV. При тяжелой гепатотоксичности или реакциях гиперчувствительности заменить на усиленные ИП.
EFV	Стойкое токсическое влияние на ЦНС (головокружение, бессонница, нарушение сна) или психические симптомы (тревога, депрессия, спутанность сознания)	Нарушения психического статуса в настоящем или в прошлом	Препарат принимать в ночное время. Заменить на NVP или LPV/r. При доступности использовать EFV в низкой дозе (400 мг в сутки), DRV/r, ATV/r
	Судороги	Судороги в анамнезе	
	Гепатотоксичность	Исходное заболевание печени	

		Ко-инфекция ВГВ или ВГС Сопутствующее применение гепатотоксичных препаратов	
	Тяжелые кожные реакции и реакции гиперчувствительности	Факторы риска неизвестны	
	Гинекомастия	Факторы риска неизвестны	
LPV/r	ЭКГ отклонения (удлинение интервалов PR и QRS, пируэтная тахикардия)	Лица с исходным нарушением сердечной проводимости Врожденный синдром длинного QT-интервала Гипокалиемия	Использовать с осторожностью при исходном нарушении проводимости
	Гепатотоксичность	Исходное заболевание печени Ко-инфекция ВГВ или ВГС Сопутствующее применение гепатотоксичных препаратов	Если LPV/r используется в составе АРТ первого ряда у детей, заменить на NVP у детей до 3 лет и на EFV у детей 3 лет и старше. У детей старше 6 лет может использоваться ATV при доступности.
	Панкреатит	Выраженная стадия ВИЧ-инфекции	
	Диарея		Заменить на ATV/r, DRV/r или ингибиторы интегразы

12.1. Замена препаратов в связи с токсическим действием АРВП

- При развитии лекарственной токсичности или во избежание нежелательных лекарственных взаимодействий может потребоваться замена схемы лечения или одного из компонентов. Слишком поздняя замена препаратов или переход на другую схему лечения может привести к неблагоприятным последствиям и повлиять на приверженность лечению, вызвав преждевременную отмену препарата, развитие резистентности и неудачу лечения (Приложение 14.3).
- Если требуется прервать прием препарата из-за возникновения тяжелых или угрожающих жизни нежелательных реакций, важно рассмотреть данные о времени полувыведения различных АРВП. Например, если прекращается прием ННИОТ, то использование основной схемы (НИОТ) продлевается на две-три недели. В качестве альтернативного варианта ННИОТ может быть временная замена на усиленный ИП.

12.2. Стратегия перехода на схему второй линии



12.3. Важнейшие взаимодействия АРВ-препаратов

АРВ-препарат	Ключевые взаимодействия	Проявление токсичности	Предлагаемые меры
LPV/r ATV/r, DRV/r,	Рифампицин	Снижение концентрации ИП на 72%	Рифампицин не используется. Заменить рифампицин на рифабутин
	Астемизол и терфенадин	Тяжелые и угрожающие жизни реакции в виде нарушения ритма сердца	Использовать альтернативный антигистаминный препарат (лоратадин или цетиризин)
DTG	Поливалентные катионы, включая Mg, Al, Fe, Ca и Zn	Рискобразования хелатных связей	Принимать DTG не менее чем за 2 часа до и не менее чем через 6 часов после приема добавок, содержащих поливалентные катионы, в том числе (но не ограничиваясь перечисленным): поливитаминно-минеральные добавки с содержанием Fe, Ca, Mg или Zn, минеральные добавки, катионсодержащие слабительные и антациды, содержащие Mg, Al, Fe, Ca и Zn. Мониторинг вирусологической эффективности
EFV	Астемизол и терфенадин	Тяжелые и угрожающие жизни реакции в виде нарушения ритма сердца	Использовать альтернативный антигистаминный препарат (лоратадин или цетиризин)

NVP	Рифампицин	Снижается сыворо-точная концентрация NVP на 58%	Заменить NVP на EFV
	Астемизол и терфенадин	Тяжелые и угрожающие жизни реакции в виде нарушения ритма сердца	Использовать альтернативный антигистаминный препарат (лоратадин или цетиризин)
	Итраконазол и кетоконазол	Снижение концентрации противогрибковых препаратов до субтерапевтического уровня	Использовать альтернативный противогрибковый препарат (флуцитозин или флуконазол)
(https://arvt.ru)			

7. Схемы АРТ второй линии

Группа пациентов	Неудачная схема первого ряда	Предпочтительная схема второго ряда	Альтернативная схема второго ряда
Дети до 3 лет	ABC (или AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (или ABC) + 3TC + RAL[a]	Продолжать неэффективную схему на основе LPV/r и перейти на 2 НИОТ[b] +EFV в возрасте 3 лет
	ABC (или AZT) + 3TC + NVP	AZT + 3TC + ATV/r или LPV/r[c]	
Дети старше 3 лет и младше 10 лет	ABC + 3TC + LPV/r	AZT (или ABC) + 3TC + EFV или RAL	2 НИОТ[b] + RAL[c]
	AZT + 3TC + LPV/r	ABC или TDF[b] +3TC+EFV или RAL	
	ABC (или AZT) + 3TC + EFV (или NVP)	AZT (или ABC) + 3TC + ATV/r или LPV/r[c]	2 НИОТ[b] + ATV/r[c]
Дети от 10 лет и младше 15 лет	2 НИОТ + EFV (или NVP) 2 НИОТ + DTG[d]	2 НИОТ[b] + ATV/r или LPV/r [2]	2 НИОТ[b] + DRV/r[c]

[a] Если RAL недоступен, вносить изменения не рекомендуется. В этом случае следует рассмотреть возможность перехода на схему на основе NVP. В соответствии с одобренным использованием EFV у детей до 3 лет, в качестве альтернативы (в особых случаях) можно рассмотреть схему на основе EFV.
[b]TDF может применяться только у детей старше 2 лет.
[c]ATV/r может использоваться в качестве альтернативы LPV/r у детей старше 3 месяцев.
[d]DTG использовать у детей старше 12 лет

8. АРТ третьей линии

- Схемы третьей линии должны включать новые препараты с минимальным риском перекрестной устойчивости к ранее использовавшимся схемам, такие как ИИ и ННИОТ второго поколения и ИП.
- Пациенты с неудачей терапии второйлинии, для которых нет новых АРВП,должны продолжить лечение по переносимой схеме.

Обзор вариантов последовательности АРТ первой, второй и третьей линии у детей

Группа пациентов	Схемы первой линии	Схемы второй линии	Схемы третьей линии
Дети (от 0 до 10лет)	2 НИОТ+ LPV/r	Дети до 3 лет:	RAL (или DTG)[c] + 2

		2 НИОТ + RAL[a]	НИОТ
		Дети старше 3 лет: 2 НИОТ + EFV или RAL	DRV/r[d] + 2НИОТ
	2 НИОТ + EFV	2 НИОТ + ATV/r[b] или LPV/r	DRV/r[d] + RAL (или DTG)[c] ± 1–2 НИОТ
Дети от 10 лет и младше 15 лет	2 НИОТ + EFV (или NVP)	2 НИОТ + ATV/r или LPV/r	DRV/r[a] + DTG[b] ± 1–2 НИОТ
		2 НИОТ + DRV/r[a]	
	2 НИОТ + DTG	2 НИОТ + ATV/r или LPV/r	DRV/r[a] + 2 НИОТ ± ННИОТ
		2 НИОТ + DRV/r	Оптимизация схемы с использованием генотипического профиля

[a]Если RAL недоступен, вносить изменения не рекомендуется. В этом случае следует рассмотреть возможность перехода на схему терапии второго ряда на основе NVP. В соответствии с одобренным использованием EFV у детей до 3 лет, в качестве альтернативы (в особых случаях) можно рассмотреть схему на основе EFV.
[b]ATV/r может использоваться в качестве альтернативы LPV/r у детей старше 3 месяцев.
[c]RAL может использоваться у детей с неэффективностью терапии второго ряда на основе ИП, если DTG недоступен и если RAL не применялся в предыдущих схемах. **В настоящее время DTG одобрен только для детей 12 лет и старше**, однако продолжаются исследования, направленные на определение дозировки этого препарата у младших детей, и в ближайшее время ожидается, что он будет одобрен для младших возрастных групп.
[d]DRV/r не следует использовать у детей младше 3 лет.

9. Воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ)

Воспалительный синдром восстановления иммунитета представляет собой спектр клинических проявлений, обусловленных восстановлением функций иммунной системы под действием АРТ**.** ВСВИ развивается в первые недели или месяцы после начала АРТ, чаще у пациентов с низким исходным уровнем CD4(<15%). Симптомы ВСВИ сходны с симптомами оппортунистических инфекций, которые появляются на фоне быстрого подъема уровня CD4. Самая частая ОИ, активирующаяся при ВСВИ у детей-туберкулез. У тех, кто получает лечение по поводу пневмоцистной пневмонии, а также у детей с простым герпесом могут развиться грибковые, паразитарные и другие инфекции. ВСВИ может ассоциироваться с введением БЦЖ вакцины (возможны как местные, так и системные проявления).

Появление признаков ВСВИ требует и лечения ОИ,и применения НПВС. При подозрении на ВСВИ зачастую бывает трудно исключить другие острые инфекционные заболевания, поэтому может оказаться необходимым одновременно с лечением синдрома начать эмпирическую антимикробную терапию. Синдром иногда прогрессирует и требует проведения короткого курса лечения ГКС, а изредка - даже временного прекращения АРТ. После улучшения состояния следует возобновить АРТ по той же схеме.

10. Профилактика котримоксазолом

ПТК проводится:

1. **Детям, рожденным от ВИЧ-позитивных женщин,** профилактика пневмоцистой пневмонии котримоксазолом проводится с 4-6 недель жизни (доза котримоксазола: с 4-6 недель до 6 месяцев по 1 таблетке 100/20мг 1 раз в сутки; с 6 до 18 месяцев по 2 таблетки 100/20мг один раз в сутки):

- детям с положительным результатом обследования на ДНК ВИЧ (48 часов и 4-6 недель);

• детям, не охваченным ранней диагностикой ВИЧ-инфекции, ПТК проводится до возраста 18 месяцев;
• детям, находящимся на грудном вскармливании и относящимся к группе высокого риска передачи ВИЧ (см. Раздел 7 настоящего КП), независимо от результатов обследования на ДНК ВИЧ (48 часов и 4-6 недель).

Детям с низким риском передачи ВИЧ, при получении отрицательного результата обследования на ДНК ВИЧ ПТК не назначается.

Критерии отмены ПТК:

• Детям, не охваченным ранней диагностикой ВИЧ-инфекции отмена ПТК проводится в случае получения отрицательного результата обследования на ДНК ВИЧ в более поздние сроки (3-18 месяцев), при условии, что они не относятся к группе высокого риска и не получают грудного вскармливания.
• Детям, находящихся на грудном вскармливании и относящихся к группе высокого риска передачи ВИЧ, в случае, если через 4-6 недель после прекращения грудного вскармливания получен отрицательный результат обследования на ДНК ВИЧ, ПТК можно отменить.

2. **Всем детям младше 5 лет**, вне зависимости от клинической стадии ВОЗ или уровня лимфоцитов CD4;
3. **Всем детям старше 5 лет** с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции (клиническая стадия ВОЗ 3 или 4) или с уровнем CD4 ≤200 клеток/мкл.

Профилактика может быть прекращена у детей старше 5 лет, клинически стабильных, с признаками восстановления иммунитета и/или вирусной супрессии на фоне АРТ. Показателем восстановления иммунитета у детей старше 5 лет является уровень CD4 >200 клеток/мкл и снижение ВН.

Лекарственные формы и дозы котримоксазола (ТМП/СМК) для детей

Возрастная группа	**Рекомендованиая доза для приема 1 раз в сутки**			
	Суспензия или сироп (5 мл по 40/200 мг)	Детская форма (таблетка по 20/100 мг)	Стандартная форма таблетка по 80/400 мг	Таблетка с удвоенной дозой (160/800 мг)
Младше 6месяцев	2,5 мл	1 таблетка	1/4 таблетки, можно смешать с пищей	–
6 месяцев –5 лет	5 мл	2 таблетки	1/2 таблетки	–
6лет – 14 лет	–	4 таблетки	1 таблетка	1/2 таблетки
Старше 14 лет	–	–	**2** таблетки	1 таблетка

11. Диагностика и лечение ОИ

Несмотря на успешное внедрение АРТ, профилактика и лечение ОИ остаются важнейшими компонентами ухода за ВИЧ-позитивными детьми.

1. Острыебактериальныеинфекции

Этиологические факторы	**Клиническая картина**	**Диагностика**	**Лечение**

Самыечастыевоз будители: *Streptococcus pneumonia* и*Haemophilus influenza,* Нередко – *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas aeruginosa*.	Лихорадка, повышение количества лейкоцитов, но при глубоком иммунодефиците они могут отсутствовать. Клинические проявления: бактериемия/сепсис, остеомиелит/септический артрит, пневмония, менингит, гайморит/отит. Без АРТ, острая пневмония, бронхоэктазы и другие хронические болезни легких протекают с частыми обострениями.	Выделение возбудителя из крови, ликвора, плевральной жидкости. У маленьких детей из-за сложности получения мокроты, бактериальная пневмония устанавливается предварительно на основании клинических симптомов.	Препараты выбора: • Цефтриаксон 50–100 мг/кг 1 раз в сутки, или 25–50мг/кг 2 раза в сутки в/в или в/м (макс. доза 4 г. в сутки), или • Цефотаксим 40–50 мг/кг 4 раза в сутки, или 50–65мг/кг 3 раза в сутки (макс.доза 8–10г в сутки) • Амоксициллин 45мг/кг 2 раза в сут (макс. доза 4г в сутки) при легкой степени иммуносупрессии на фоне АРТ при нетяжелой внебольничной пневмонии. • Для лечения внебольничных возбудителей пневмонии (*Mycoplasma pneumo-niae, Chlamydia pneumoniae*) необходимо добавить азитромицин. • При метициллин-резистентном *S.aureus* необходимо добавить клиндамицин или Ванкомицин. • Препараты с активностью против *P. Aeruginosa* – цефтазидим или цефепим. Препарат резерва: Цефуроксим, 35–50мг/кг 3 раза в день (макс.доза 4–6г в сутки)
Первичная профилактика Дополнительные показания для использования ВВИГ: Гипогаммаглобулинемия (при концентрации IgG <400 мг/дл).	***Предпочтительная*:** 1) ВИЧ-позитивным детям показана иммунизация против *S. Pneumoniae* и *H. Influenzae* с использованием конъюгированных вакцин. 2) Внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) 400 мг/кг веса каждые 2–4 недели. ***Альтернативная:*** Котримоксазол 40 мг/кг по сульфаметоксазолу и 8 мг/кг по триметоприму в течение месяца по 2 раза в день. Критерии для прекращения первичной профилактики: устранение гипогаммаглобулинемии. Критерии для возобновления первичной профилактики: Рецидив гипогаммаглобулинемии.		
Вторичная профилактика Показания: >2 эпизодов тяжелой бактериальной инфекции в течение 1 года у	***Предпочтительная*:** 40 мг/кг по сульфаметоксазолу и 8 мг/кг по триметоприму в течение месяца по 2 раза в день. ***Альтернативная:*** Внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) 400 мг/кг веса каждые 2–4 недели. Критерии прекращения вторичной профилактики: Устойчивое (≥ 3 месяца) восстановление иммунитета (у детей ≤6 лет – CD4≥25%, у детей >6 лет – CD4 ≥20% или CD4>350клеток/мкл). Критерии повторной вторичной профилактики: > 2 эпизодов тяжелых		

детей без АРТ.	бактериальных инфекций в течение 1 года, на фоне приема АРТ.

14.2. Микобактериальные инфекции

Комплекс Mycobacteriumavium (MAC) относится к распространенным видам нетуберкулезных микобактерий, которые широко распространены в окружающей среде.

Этиологические факторы	Клиническая картина	Диагностика	Лечение
Mycobacterium avium, Mycobacterium intracellulare, Mycobacterium paratuberculosis	Лихорадка постоянная или рецидивирующая, потеря веса или неспособность набрать вес, потливость, усталость, постоянная диарея и постоянная или рецидивирующая боль в животе. Мезентериальный аденит может имитировать острый аппендицит. Могут возникать лимфаденопатия, гепатомегалия и спленомегалия.	Выделениевозбудителя из крови или из биопсийного материала (костный мозг, лимфатический узел). Лабораторные изменения: анемия, лейкопения и тромбоцитопения, повышение уровней ЩФ или ЛДГ.	Начальная терапия с помощью комбинирования двух препаратов продолжительностью не менее 12 месяцев. Препараты выбора: • Кларитромицин 7,5–15 мг /кг (макс.500мг) внутрь 2 раза в сутки**плюс** Этамбутол 15–25 мг/кг (макс.2,5 г в сутки) внутрь 1 раз в сутки. Препарат резерва: При непереносимости Кларитромицина замена на Азитромицин 10–12 мг/кг (макс.500мг в сутки) внутрь 1раз в сутки. При диссеминированной форме добавить Ципрофлоксацин 10–15 мг /кг внутрь 2 раза в сутки (макс.1,5 г в сутки), или Левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки, или Амикацин 15–30 мг/кг 1 или 2 раза в сутки (макс.доза 1,5 г в сутки).
Первичная профилактикапри следующих пороговых значениях CD4: • Детям <1года: <750 клеток/мкл • Детям от 1 до 2 лет: <500кл/мкл • Детям от 2 до 6 лет: <75 кл/мкл • Детям ≥6 лет: <50 клеток/мкл	***Предпочтительная:*** Кларитромицин 7,5мг/кг (макс. 500мг) внутрь 2 раза в сутки, ИЛИ Азитромицин 20 мг/кг (макс. 1200мг) внутрь 1 раз в неделю. ***Альтернативная:***Азитромицин5 мг/кг (250мг) внутрь 1 раз в день. Критерии прекращения первичной профилактики: • Не рекомендуется прекращать лечение в возрасте до 2 лет. После ≥6 месяцев АРТ: • Детям от 2 до 6 лет при CD4 >200 кл/мкл в течение 3 месяцев; • Детям ≥6 лет при CD4>100 клеток/мкл в течение 3 месяцев. Критерии повторной первичной профилактики: • Детям от 2 до 6 лет при CD4<200 клеток/мкл; • Детям ≥6 лет при CD4<100 клеток/мкл.		
Вторичная профилактика Показание: перенесенное	***Предпочтительная:*** Кларитромицин 7,5мг/кг (макс. 500 мг) внутрь 2 раза в сутки**плюс** Этамбутол 15–25 мг/кг (макс. 2,5 г) внутрь 1 раз в сутки. ***Альтернативная:*** Азитромицин 5 мг/кг (макс.250мг) внутрь 1 раз в сутки, **плюс** Этамбутол 15–25 мг/кг (макс.2,5г) внутрь 1 раз в день.		

заболевание.	Критерии прекращения вторичной профилактики • Проведение ≥6 месяцев АРТ; • Проведение ≥12 месяцев лечения МАС-инфекции; • Исчезновение признаков и симптомов МАС-инфекции; • Детям от 2 до 6 лет при CD4>200 кл/мклв течение ≥6 месяцев; • Детям ≥6 лет при CD4>100 кл/мкл в течение ≥6 месяцев. Критерии повторной вторичной профилактики: • Детям от 2 до 6 лет при CD4<200 клеток/мкл; • Детям ≥6 лет при CD4 <100 клеток/мкл.

Примечания:

• Клофазимин не следует использовать у детей.

• Дети, получающие этамбутол, должны ежемесячно проходить исследования глаз (мониторинг остроты зрения и цветовой дискриминации).

• Фторхинолоны (например, ципрофлоксацин и левофлоксацин) не показаны детям в возрасте <18 лет из-за опасений воздействия на хрящевую ткань. Использование у молодых людей требует оценки потенциальных рисков и выгод.

14.3.Грибковые инфекции

Грибковые инфекции часто осложняют течение ВИЧ-инфекии у детей и нередко приводят к смерти. Большинство детей с низким числом лимфоцитов CD4 страдают кандидозом слизистых, тяжесть которого нарастает по мере углубления иммунодефицита.

Грибковая инфекция	Клиническая картина	Диагностика	Лечение
Кандидозный стоматит	Эритема слизистой, бляшко молочно-белого цвета	Микроскопия препарата	Препараты выбора: Нистатин 200тыс. – 600тыс. ЕД каждые 6 часов ИЛИ Клотримазол 10мг 5 раз в сутки внутрь ИЛИ Флуконазол 3–12 мг/кг в сутки внутрь в течение 7 – 14 дней. Препараты резерва: Итраконазол 5–12 мг/кг в сутки внутрь ИЛИ Кетоконазол 5–10мг/кг в сутки внутрь ИЛИ Амфотерицин В 0,5–1мг/кг в сутки в/в.
Кандидозный эзофагит	Дисфагия, одинофагия (загрудинная боль)	Рентгенография с контрастированием: изъеденность слизистой пищевода из-за бляшек и изъязвлений Эндоскопия: эритема слизистой, бляшки молочно-белого цвета. Биопсия и посев пораженной ткани.	Препараты выбора: Флуконазол 3–12мг/кг в сутки внутрь или в/в ИЛИ Амфотерицин В 0,5–1мг/кг в сутки в/в. Препараты резерва: Итраконазол 5–12 мг/кг в сутки внутрь ИЛИ Кетоконазол 5–10мг/кг в сутки внутрь.
Вторичная профилактика		Препараты выбора: Флуконазол 3–12мг/кг в сутки внутрь.	

		Препараты резерва: Итраконазол 5–12 мг/кг в сутки внутрь ИЛИ Кетоконазол 5–10мг/кг в сутки внутрь.	
Диссеминированный кандидоз	Лихорадка, эндофтальмит, сыпь	Посев крови, биопсия элементов сыпи.	Препараты выбора: АмфотерицинВ 0,6–1,5 мг /кг в сутки в/в ± Фторцитозин внутрь 100–150мг/кг в сутки каждые 6часов Флуконазол 8–12мг/кг в/в в сутки. Препараты резерва: Вориконазол 6мг/кг каждые 12 часов в/в или внутрь в первый день и 4мг каждые 12 часов в/в или внутрь в дальнейшем.
Криптококкоз	Лихорадка, головная боль, затемнения в легких, нарушения сознания, септический шок	ИФА: Определение титра антигена *Cryptococcusneoformans* в сыворотке и ликворе. Микроскопия и посев мокроты и жидкости, полученной при БАЛ, посев крови и ликвора.	Препараты выбора: Амфотерицин В 0,7–1мг /кг в сутки в/в плюс Фторцитозин 100–150мг/кг каждые 6 часов внутрь. Препараты резерва: Флуконазол 12 мг/кг в сутки внутрь или в/в.
Вторичная профилактика		Препарат выбора: Флуконазол 12мг/кг в сут внутрь или в/в. Препараты резерва: АмфотерицинВ 0,5–1мг/кг в неделю в/в. Итраконазол 5–12 мг/кг в сутки внутрь.	
Пневмоцистная пневмония	Лихорадка, тахипноэ, одышка и кашель. Физикально: двусторонние хрипы с признаками респираторного дистресса и гипоксии. Внелегочные формы: локализация Pneumocystis может быть на разных участках внутренних органов.	Обнаружение возбудителя (*Pneumocystisjiurovesi*) в содержимом носоглотки (полученном путем аспирации), мокроте (полученной методом стимуляции), жидкости, полученной при бронхоальвеолярном лаваже, или в биопсийном материале.	Препарат выбора: Котримоксазол – детям >2 месяцев в/в в дозе 15–20 мг/кг в сутки в пересчете на Триметоприм и 75-100 мг/кг в сутки в пересчете на Сульфаметоксазол, разделив суточную дозу на 3-4 введения; курс лечения 21 день. Препараты резерва: Пентамидин, Дапсон, Атоваквон или Клиндамицин. При среднетяжелой и тяжелой форме можно назначить преднизолон перорально.
Первичная профилактика Показания: • Все ВИЧ-позитивные или ВИЧ-неопределенные младенцы от 4-6 недель до 12 месяцев независимо от количества клеток		Препарат выбора: Котримоксазол (см. п. 13 «Профилактика котримоксазолом»). Препарат резерва: Детям ≥1 месяцев: Дапсон 2 мг/кг (не более 100 мг) внутрь 1 раз в сут или 4 мг/кг (макс. 200 мг) внутрь один раз в неделю.	

CD4; • ВИЧ-позитивные дети 1– 6 лет при CD4 <500 кл/мкл или CD4 <15%; • ВИЧ-позитивные дети 6-12 лет при CD4 <200 кл/мкл или CD4 <15%.	Критерии прекращения первичной профилактики: • Не прекращать лечение детям <1 года; После ≥6 месяцев АРТ: • Детям 1–6 лет при CD4 ≥15% или CD4 ≥500 кл/мкл в течение >3 месяцев; • Детям ≥6лет, при CD4≥15% или CD4≥200кл/мкл в течение >3 месяцев.

14.4. Токсоплазмоз

Возбудитель – *Toxoplasma gondii* у ВИЧ-позитивных детей встречается нечасто. Профилактический прием котримоксазола предотвращает развитие токсоплазмоза. Для лечения используют пириметамин и сульфадиазин.

14.5.Герпесвирусные инфекции

Этиологические факторы	Клиническая картина	Диагностика	Лечение
ЦМВ	Ретинит Пневмония Колит Эзофагит Гепатит Панкреатит Энцефалит Полирадикулопатия	ПЦР – выявление ДНК ЦМВ в крови или ликворе	Препарат выбора: Ганцикловир 5мг/кг в/в 2 раза в сутки в течение 14 суток. Препараты резерва: Фоскарнет – в/в: 90мг/кг два раза в сутки или 60мг/кг три раза в сутки в течение 14 суток. Цидофовир – В/в: 5 мг/кг в неделю (двукратно), перед инъекцией назначают пробенецид и проводят инфузию физ. раствора.
	Поддерживающая терапия		Препарат выбора: Ганцикловир – В/в: 5мг/кг в сутки. Препараты резерва: Ганцикловир – внутрь 1 г 3 раза в сутки. Фоскарнет – В/в: 90–120 мг/кг каждые 2 недели. Цидофовир – В/в: 5 мг/кг каждые 2 недели, перед инъекцией назначают пробенецид и проводят инфузию физ.раствора
ВПГ	Стоматит Герпес лица и полости рта Герпес половых органов Эзофагит	ПЦР - обнаружение ДНК ВПГ в крови или ликворе	Ацикловир: В/в: по 20 мг/кг 4 раза/сут Внутрь: 80 мг/кг в сутки в 4 приема.
	Энцефалит		Ацикловир – 30мг/кг в сут в 3 приема.
Вирус *Varicella-Zoster*	Ветряная оспа Опоясывающий лишай Хроническое	ПЦР - обнаружение вируса в крови или ликворе	Ацикловир: В/в: 30мг/кг в сут в 3 приема Внутрь: 80 мг/кг в сутки в 4 приема. Устойчивость к ацикловиру:

	поражение кожи Энцефалит		Фоскарнет

Приложение 14. 1

Международная статистическая классификация болезней (МКБ-10)

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) B20 – B24

B20	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней**
	Исключен:острый инфекционный синдром, вызванныйВИЧ(B23.0)
B20.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микробактериальной инфекции Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением туберкулеза
B20.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций
B20.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания
B20.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций
B20.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза
B20.5	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов
B20.6	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystiscarinii*
B20.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций
B20.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней
B20.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточнённых инфекционных и паразитарных болезней. Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями инфекции БДУ
B21	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований**
B21.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши
B21.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта
B21.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом
B21.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей
B21.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований
B21.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований
B21.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточнённых злокачественных новообразований
B22	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней**
B22.0	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии. Вызванное ВИЧ слабоумие
B22.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита
B22.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями угасания жизни Истощающая болезнь (синдром резкого похудания)
B22.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках
B23	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других состояний**
B23.0	Острый ВИЧ- инфекционный синдром

B23.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями персистентной генерализованной лимфаденопатии.
B23.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках
B23.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточнённых состояний
B24	**Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), неуточненная.** Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) БДУ СПИД-ассоциированный комплекс (САК) БДУ
R75	**Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)** Неокончательный тест на ВИЧ, выявленный у детей
Z21	**Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)** ВИЧ-позитивные БДУ

Оценка готовности ВИЧ-позитивных пациентов начать и продолжать АРТ

Цель: помочь пациентам начать и/или продолжать АРТ	
Для того, чтобы АРТ была успешной, необходима готовность пациента ее начать и его приверженность выбранной схеме лечения в течение продолжительного периода времени. От осознания проблемы до применения АРТ пациент проходит путь, состоящий из 5 стадий. Понимание стадии готовности пациента, врач, используя специальные методы, помогает ему начать и продолжать АРТ.	Определите стадию готовности пациента, используя технику WEMS[1], и проведите с ним беседу, стимулируя его к разговору и задавая вопросы, допускающие несколько ответов. «Я бы хотел поговорить с вами о лечении ВИЧ» «что вы об этом думаете?» На основании ответов пациента, определите стадию его готовности и дальше действуйте соответственно[2]
Стадии готовности начать АРТ	
Неосознанность: «Мне это не нужно, я хорошо себя чувствую». «Я не хочу об этом думать».	**Поддержка**: покажите, что вы уважаете позицию пациента / постарайтесь понять убеждения пациента в отношении здоровья и лечения / установите доверие / предоставьте пациенту краткую информацию, в соответствии с его индивидуальными потребностями / назначьте дату следующего посещения.
Неосознанность: «Мне это не нужно, я хорошо себя чувствую». «Я не хочу об этом думать».	**Поддержка**: покажите, что вы уважаете позицию пациента / постарайтесь понять убеждения пациента в отношении здоровья и лечения / установите доверие / предоставьте пациенту краткую информацию, в соответствии с его индивидуальными потребностями / назначьте дату следующего посещения.
Подготовка: «Я хочу начать; я думаю, что лекарства позволят мне жить нормальной жизнью». **Начать АРТ**	**Поддержка:** поддержите решение пациента / вместе с пациентом выберите наиболее подходящую схему лечения / расскажите ему о приверженности к лечению, о резистентности, о побочных эффектах и т.д. / обсудите включение лечения в обычный распорядок дня / оцените веру пациента в собственные силы / Оцените самоэффективность. **Задайте вопрос:** Уверены ли вы, что, начав лечение, сможете и в дальнейшем принимать лекарства так, как мы с вами договорились (указать, как именно)? Используйте шкалу VAS 0-10[3] **Обдумайте наработку навыков:** • Обучение приему препаратов, возможно с применением MEMS; • Лечение под непосредственным наблюдением, с обучением и поддержкой; • Использование подручных средств (коробочки для таблеток, напоминания на мобильном телефоне и т.д.); • Привлечение, по мере надобности, вспомогательных средств и помощи других

	людей.
Стадия лечение **Поступок: «Я сейчас начну»**	**Последняя проверка: После того как план лечения разработан, способен ли пациент начать АРТ?**
Лечение: «Я буду продолжать» или «У меня есть затруднения, которые продолжаются в течение длительного времени» Предостережение: Пациент может вернуться на одну из предыдущих стадий, даже со стадии «лечение» на стадию «неосознанность»	**Оцените:** Приверженность - каждые 3-6 месяцев[4] **Оцените приверженность:** Пациентам с хорошей приверженностью: покажите, что вы цените их успехи. **Оцените:** Мнение самого пациента о том, может ли он продолжать лечение и соблюдать схему лечения. Задайте вопрос: Вы уверены, что в следующие 3-6 месяцев вы будете принимать эти лекарства? Используйте шкалу VAS 0-10[3] . Для пациентов с удовлетворительной приверженностью: используйте метод "отражения"[5] при обсуждении проблем; для выявления опасений в отношении неспособности пациента соблюдать схему лечения задавайте вопросы, допускающие несколько ответов **Оцените:** Стадию готовности и соответствующим образом поддержите пациента **Оцените:** Препятствия и облегчающие факторы[6] Назначьте дату следующего посещения и еще раз поддержите пациента

[1] WEMS: Ожидание (> 3 сек.), отклик, отражение, резюме

[2]Пациенты, приходящие к врачу, могут находиться на разных стадиях готовности: неосознанность, осознание или подготовка. Прежде всего, нужно определить ту стадию, на которой находится пациент, а затем – поддержать его и далее действовать соответственно. В случае позднего обращения за медицинской помощью (CD4 < 350 кл/мкл), следует начать АРТ незамедлительно. Пациент нуждается в пристальном наблюдении и оптимальной поддержке. Назначьте дату следующего посещения в ближайшее время, т.е. через 1-2 недели.

[3] VAS – это визуальная аналоговая шкала с диапазоном от 0 до 10 (0 = я не справлюсь, 10 = я уверен, что справлюсь).

[4]Рекомендуемые вопросы по приверженности: «Как часто в последние 4 недели вы пропускали прием препаратов для лечения ВИЧ: каждый день, более 1 раза в неделю, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц, никогда?» / «Случалось ли вам пропускать два или более приемов подряд?».

[5]Отражение: ответное повторение того, что пациент сказал или выразил невербальным образом (например, гнев или разочарование) БЕЗ введения новых элементов путем новых вопросов или сообщений.

[6]Приверженность долгосрочному лечению

Приложение 14.3

БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ
на проведение АРТ

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. родителя или ухаживающего лица_____

Я осведомлен (а) о том, что АРВ-препараты: _____ предназначенные для лечения ВИЧ-инфекции, основаны на рекомендациях клинического протокола по лечению ВИЧ-инфекции, утвержденного приказом МЗ КР.

Я осведомлен (а) о том, что АРТ назначена с целью клинического, иммунологического, вирусологического и эпидемиологического эффектов.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею и др.

Я осведомлен (а) о том, что для достижения оптимальных результатов лечения необходимо строгое соблюдение режима АРТ, поскольку при недостаточном уровне приверженности к лечению возникает опасность развития лекарственной устойчивости ВИЧ, отсутствия эффекта от лечения, прогрессирования заболевания и возрастает риск передачи заболевания другим лицам.

Подпись _____ **Дата** _____

Приложение 14.4.

Оценка состояния питания
(пищевого статуса, антропометрических данных и состава тела)

***Основные принципы нутриционной поддержки ВИЧ-положительных больных*:**

1. Оценка нутриционного статуса должна осуществляться у всех ВИЧ-положительных пациентов в бессимптомной стадии.
2. У больных СПИДом с необъяснимой потерей массы тела необходимо подсчитать энергетическую ценность и химический состав рациона, чтобы оказать соответствующую нутриционную поддержку.
3. Основные причины белково-энергетической недостаточности должны быть диагностированы и, по возможности, устранены.
4. Лечебное питание должно входить в общий план лечения. Диетические рекомендации и пищевые добавки могут изменяться в зависимости от стадии заболевания: оральная диета, зондовое питание, парентеральное питание.
5. Риск развития инфекционных осложнений при проведении энтерального и парентерального питания должен быть минимальным.

Методики оценки нутриционного статуса

- Пищевой анамнез и анализ диеты
- Физикальный осмотр

Эксперты ВОЗ описывают следующие клинические признаки белково-энергетической недостаточности:

- выступание костей скелета;
- потеря эластичности кожи;
- тонкие, редкие, легко выдергиваемые волосы;
- депигментация кожи и волос;
- отеки;
- мышечная слабость;
- снижение умственной и физической работоспособности.

Особое значение в физикальном осмотре занимают антропометрические измерения. Антропометрические измерения являются простым и доступным методом, позволяющим с помощью расчетных формул оценить состав тела больного и динамику его изменения. Правильным является сравнение выявленных показателей с данными этого же больного в его благоприятный период.

Масса тела сравнивается обычно с идеальной (рекомендуемой) массой тела. За рекомендуемую массу может быть принята масса тела, рассчитанная по одной из многочисленных формул и нормограмм либо масса тела, наиболее "комфортная" в прошлом для данного больного.

На достоверность оценки массы тела может влиять отечный синдром. При отсутствии отеков масса тела, рассчитанная как процент от идеальной, служит полезным индикатором жировой ткани плюс тощей массы тела.

Идеальная масса тела может быть вычислена по стандартной таблице рост/масса тела.

Снижение отношения измеренная масса тела/идеальная масса тела до 80 % или менее того обычно сигнализирует о недостаточном белково-энергетическом питании.

Биохимические методы

В настоящее время разработан ряд лабораторных методов, позволяющих оценить содержание в организме практически любого нутриента.

Если антропометрические измерения позволяют судить в первую очередь о периферических запасах белков, то биохимические показатели отражают состояние висцерального пула.

- Общий белок
- Альбумин
- Трансферрин
- Транспортные белки
- Баланс азота
- Экскреция креатинина
- Креатинино/ростовой индекс

Комплексные методы оценки нутриционного статуса

По рекомендациям Европейского общества парентерального и энтерального питания (ESPEN) диагноз состояния недостаточного питания можно поставить на основании следующих показателей:

- Снижение массы тела более чем на 10%.
- Снижение общего белка крови ниже 65 г/л.
- Снижение альбумина крови ниже 35 г/л.
- Снижение абсолютного числа лимфоцитов менее 1800 в мкл.

Субъективная глобальная оценка по A. S. Detskyи соавт. (1987) включает клиническую оценку 5 параметров:

- Потерю массы тела за последние 6 мес.
- Изменения в питании (оценка диеты).
- Гастроинтестинальные симптомы (анорексия, тошнота, рвота, диарея), длящиеся более 2 недель.
- Функциональные возможности (постельный режим или нормальная физическая активность).
- Активность заболевания (степень метаболического стресса).

Параллельно с перечисленными исследованиями проводится субъективное и физикальное обследование: потеря подкожно-жировой клетчатки, мышечное истощение, наличие отеков.

По вышеперечисленным показателям больные делятся на три категории:

- С нормальным состоянием питания.
- С умеренным истощением.
- С тяжелым истощением.

Оценка состояния питания производится по показателям, совокупность которых характеризует питательный статус больного и его потребность в нутриентах:

- Антропометрические данные: рост; масса тела; индекс массы тела (ИМТ); окружность плеча; измерение кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ).
- Биохимические показатели: общий белок; альбумин; трансферрин.
- Иммунологические показатели: общее количество лимфоцитов.

Пищевой анамнез и анализ диеты

У людей, живущих с ВИЧ, часто возникают вопросы относительно того, какие продукты употреблять, особенно если принять во внимание тот факт, что симптомы заболевания и принимаемые препараты АРТ зачастую влияют на аппетит и возможность употреблять ту или иную пищу. Универсального и однозначного ответа на эти вопросы не существует, но есть общие рекомендации (табл.).

Рекомендации по рациону питания для людей, живущих с ВИЧ

Пищевая группа	**Предлагаемая норма в день**	**Продукты, составляющие одну порцию**
Жидкости	Не менее 8-10 стаканов – 1 стакан на каждые 7 кг веса тела	1 стакан нежирного молока, молочный коктейль, нектар, фруктовый сок, овощной сок, электролитный напиток, вода, бульон, травяной чай, напиток из блендера. Примечание. Питательные жидкости помогут решить проблему калорий и белков. Вода и чай могут быть не самым лучшим выбором в решении проблемы веса. Избегайте принятия алкоголя. Начинайте и заканчивайте день со стакана воды.
Хлебопродукты, крупы и макаронные изделия	Не менее 8 порций	Выбирайте цельнозерновые продукты: 1 кусок хлеба; половина булочки для гамбургера, рогалик, печенье, булочка, кусок зернового хлеба; полчашки приготовленных хлопьев, риса, макарон; 1 небольшая картофелина или половина 1 большой картофелины; три четверти чашки готового завтрака из злаков; 6 простых крекеров; 3 пшеничных крекера.
Мясо, птица, рыба, соя, яйца, сухие бобы и горох, орехи, семечки	Не менее 3-х порций	Выбирайте постное мясо и ограничивайте потребление жареной пищи: 85 г приготовленного мяса, рыбы, птицы; 2 яйца; 4 ст. ложки арахисового масла; 1 чашка приготовленных бобов; полчашки орехов. Примечание. Половина грудки цыпленка - это около 85 г или 1 порция, 85 г мяса – это кусок размером и толщиной с колоду карт.
Молоко, сыр, йогурт, Не молочные источники кальция	Не менее 3-х порций; 4 порции для беременных женщин, кормящих матерей и подростков; 5 порций для беременных и подростков и для кормящих матерей и подростков	Выбирайте нежирные или обезжиренные продукты: 1 чашка молока, обогащенное соевое молоко или молоко с пониженным содержанием лактозы; 1 чашка йогурта; 50 г сыра; полчашки творога. Примечание. Другие богатые кальцием продукты – 100 г сардин или лосося с костями, 2 чашки листового салата.
Фрукты	Не менее 3-х порций	Целый фрукт, такой как яблоко среднего размера, банан или апельсин; половина грейпфрута; долька дыни; три четверти чашки сока; полчашки ягод; полчашки консервированных фруктов; четверть чашки сухофруктов.

Пищевая группа	Предлагаемая норма в день	Продукты, составляющие одну порцию
		Примечание. Выбирайте фрукты, богатые витамином А и С, каждый день. Тщательно мойте все фрукты перед едой.
Овощи	Не менее 3-х порций	Полчашки приготовленных овощей; 1 чашка нарезанных сырых овощей; 1 чашка листовых сырых овощей, таких как шпинат или салат; три четверти чашки овощного сока. Примечание. Выбирайте овощи, богатые витамином А и С, каждый день. Тщательно мойте все сырые овощи перед едой.
Жиры, сладости и масла	Продукты этой группы можно употреблять умеренно, если нет проблем с массой тела. Если существует проблема веса, то небольшое количество жиров, сладостей и масел может быть включено в диету в дополнение к рекомендованному количеству продуктов из других групп.	Примерами жиров и масел могут быть: сливочное масло, сало, майонез, крем, соусы, масло авокадо, оливковое масло и оливки. Сладости: сахар, мед, джем, желе, сироп, конфеты, желатин, большинство десертов.

Пирамида здорового питания

Приложение 14.5

Оценка приверженности

Используют количественные методы - спрашивают ребенка или ухаживающих за ним людей, сколько доз было пропущено за последние 3, 7 или 30 дней; однако ответы зачастую не отражают истину, поскольку многие пациенты быстро понимают, какой ответ от них хотели бы получить. Ценную информацию о приверженности могут дать проверка аптечных формуляров с подсчетом таблеток и измерение ВН.

Текущий контроль соблюдения режима АРТ (проводится медицинскими и социальными работниками)

Оценить соблюдения режима терапии можно по формуле:

(Nв-No) /Nд x100%

Nв – количество выданных таблеток;

No – количество оставшихся таблеток;

Nд – количество таблеток, которые пациент должен принять.

В идеале этот показатель должен быть равен 100%. Если пациент принял более 95% необходимого числа таблеток, считается, что он соблюдает режим терапии хорошо.

Трудности в обеспечении приверженности среди детей

Регулярному приему назначенных препаратов могут препятствовать неприятный вкус, большое количество таблеток или большой объем жидкости, необходимость приема лекарств многократно в течение суток или в связи с приемом пищи, а также побочные эффекты. Матери многих ВИЧ-позитивных детей сами инфицированы ВИЧ. По причине плохого здоровья матери уход за ребенком может быть далек от идеального.

Повышение приверженности

Первые шаги - разработка плана обеспечения приверженности и обучение самих детей, их родителей или других ухаживающих за ними лиц. Обучение начинается с рассказа о ВИЧ-инфекции и ее течении, о пользе АРВП и их побочных эффектах, о том, как надо принимать лекарства, и как важно не пропускать ни одной дозы. Если препарат смешивают с едой или растворяют в воде, чтобы принять полную дозу, нужно съесть всю еду или выпить всю воду. Кроме того, при лечении детей младшего возраста может потребоваться научить родителей отмерять нужные объемы жидкостей или научить ребенка глотать таблетки. Врачу нужно постараться «вписать» график приема лекарств в образ жизни ребенка и ухаживающих за ним лиц. Кроме того, нужно подготовить ребенка и родителей к возникновению частых, но не тяжелых побочных эффектов.

Под строгим соблюдением (высоким уровнем приверженности) подразумевается ежедневный прием всех препаратов в указанное время, в дозах, назначенных врачом, на протяжении всего времени лечения, соблюдая предписания по приему жидкости и пищи.

Несоблюдение режима лечения (низкий, или недостаточный уровень приверженности) имеет отрицательные последствия для пациентов. Несоблюдение режима лечения повышает риск прогрессирования болезни.

Приложение 14.6.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ВИЧ-инфекция – что это означает?

ВИЧ-инфекция – это заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Основная особенность ВИЧ-инфекции – преимущественное поражение иммунной системы, из-за чего организм человека с течением времени становится беззащитным даже перед сравнительно безобидными микроорганизмами, а также злокачественными опухолями. Последнюю стадию ВИЧ-инфекции называют СПИДом – синдромом приобретенного иммунодефицита.

Лечение ВИЧ-инфекции

Зачем нужна антиретровирусная терапия (АРТ)?
Ответ прост: АРТ повышает продолжительность жизни ВИЧ-позитивных детей, улучшает качество их жизни – принимая АРТ, можно работать, иметь семью и жить полноценной жизнью.
Когда нужно начинать терапию?
Оптимальное время, когда необходимо начать АРТ, определяет врач. Для этого осуществляется наблюдение за состоянием здоровья ребенка, проводятся общие обследования крови, мочи и специальные обследования (определение вирусной нагрузки и иммунного статуса).
Начиная лечение, родители ВИЧ-позитивного ребенка или ухаживающее лицо принимают на себя ряд обязанностей:

- проходить медицинское обследование ребенка по установленному графику;
- давать ребенку лекарственные препараты строго в соответствии с предписаниями врача;
- незамедлительно сообщать врачу обо всех нарушениях в приеме препаратов;
- незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья ребенка, поскольку они могут быть связаны с приемом препаратов;
- не давать ребенку никаких других препаратов, не посоветовавшись со своим врачом.

От чего зависит эффективность терапии? Что такое приверженность?

Эффективность терапии зависит, в первую очередь, от того, насколько точно соблюдаются предписания врача. Приверженность лечению – это соблюдение режима приема назначенных препаратов именно так, как они были назначены – то есть вовремя и с соблюдением необходимых условий (по приему пищи и других).

Высокая приверженность терапии обычно наблюдается в том случае, если Вы сами положительно настроены на лечение, ожидаете хорошего результата терапии, доверяете Вашему врачу, ощущаете эмоциональную и практическую поддержку от близких людей.

Что такое побочный эффект препаратов?

Для того, чтобы лечение было эффективным и не появились формы вируса, устойчивые к антиретровирусным препаратам с самого начала лечения нужно принимать одновременно не менее трех препаратов, это необходимо для снижения количества вируса в крови и повышения количества клеток CD4.

Лекарства против ВИЧ достаточно эффективны, но в то же время оказывают на организм и его органы дополнительное влияние – не всегда отрицательное, но отличающееся от цели

лечения. Это влияние и есть побочный эффект. Словосочетание «побочный эффект» иногда можно заменить на «побочное явление», «нежелательное явление» или «токсичность препарата».

Побочные эффекты появляются потому, что препараты, действуя на причину развития болезни, могут вместе с тем вмешиваться в нормальные процессы, происходящие в организме человека.

При возникновении побочных эффектов на прием антиретровирусных препаратов, первым делом, нужно связаться с врачом или любым другим медицинским работником и получить консультацию. Многие побочные эффекты проходят сами собой через некоторое время, многие можно преодолеть, используя несложные приемы.

Взаимодействие препаратов

АРВ-препараты могут взаимодействовать с некоторыми другими лекарствами.

- Когда Вы впервые соглашаетесь на лечение АРВ препаратами необходимо сказать своему врачу, какие другие лекарства принимает ребенок.
- Если после начала АРВ-терапии Вашему ребенку необходимо принимать какие-либо другие препараты, убедитесь, что врач, который их Вам назначает, знает о том, что Ваш ребенок принимает АРТ, а также в случае необходимости свяжитесь со своим лечащим врачом.
- Лекарства на травах, гомеопатические препараты и традиционные лекарства также могут влиять на действие АРТ. Поэтому, если Вашему ребенку назначают что-либо из вышеперечисленного, пожалуйста, сообщите об этом своему врачу. Не давайте ребенку какие-либо из указанных выше препаратов, когда уже начата АРВ-терапия, без совета с лечащим врачом.

Консультацию по вопросам ВИЧ-инфекции можно получить:

- РЦ СПИД: г. Бишкек, ул. Логвиненко 8, тел. (0312) 30 07 54;
- ГЦПБС: г.Бишкек, ул. Токтогула, 62а, (0312) 48 66 17;
- Ошский ОЦПБС, г. Ош, пер. Маминова, 10, (03222) 2 24 95;
- Жалал-Абадский ОЦПБС, г. Жалал-Абад, ул. Курортная, 37, (03722) 2 31 59;
- Баткенский ОЦПБС, г. Баткен, ул. Раззакова, 13, (03622) 5 04 89;
- Чуйский ОЦПБС, г. Токмок, ул. Комсомольская, 129, (03138) 6 27 88;
- Таласский ОЦПБС, г. Талас, ул. Ленина, 257, (03422) 5 43 41;
- Иссык-Кульский ОЦПБС, г. Каракол, ул. Пролетарская, 118, (03922) 5 16 64;
- Нарынский ОЦПБС, г. Нарын, ул. Раззакова, 1, (03522) 5 30 54.

Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в ОЗ

Центр СПИДа должен на регулярной основе раз в квартал собирать и анализировать следующие данные:

- число ВИЧ-позитивных детей, наблюдающихся в ОЗ (обратившихся хотя бы 1 раз за прошедшие 12 месяцев);
- число детей >5лет, нуждающихся в АРТ;
- число детей с ВИЧ-инфекцией, получающих АРТ;
- число детей с продвинутой стадией, получающих АРТ;
- число детей, получающих АРТ спустя 12-60 месяцев после ее начала;
- число ВИЧ-позитивных детей, получающих АРТ первой линии;
- число детей, перешедших со схемы АРТ первой линии на схему второй линии;
- число детей, перешедших со схемы АРТ второй линии на альтернативную схему;
- число детей, прервавших АРТ, с указанием причины (например, смерть, токсичность/побочные эффекты, потерянные для дальнейшего наблюдения, недоступность АРВ-препаратов и т. д.);
- число умерших детей из числа получавших АРТ, с указанием причины смерти (смерть, обусловленная ВИЧ/СПИДом; смерть, не связанная с ВИЧ/СПИДом, например, несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство);
- число детей, умерших в течение первого года приема АРТ;
- число умерших из числа всех ВИЧ-позитивных детей, с указанием причины (смерть, обусловленная ВИЧ/СПИДом; смерть, не связанная с ВИЧ/СПИДом, например, несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство);
- число детей, которым показано и получающих котримоксазол в соответствии с клиническим протоколом;
- число вновь выявленных детей, прошедших скрининг на ТБ;
- число детей, которым показано и получающих изониазид в соответствии с клиническим протоколом;
- число детей на АРТ с оценкой приверженности при последнем визите (подсчет уровня приверженности в %).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Benhamou Y, Bochet M, Di Martino V, Charlotte F, Azria F, Coutellier A, et al. Liver fibrosis progression in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfected patients. The Multivirc Group. Hepatology. 1999;30(4):1054–8.
2. Mohsen AH, Easterbrook PJ, Taylor C, Portmann B, Kulasegaram R, Murad S, et al. Impact of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the progression of liver fibrosis in hepatitis C virus infected patients. Gut. 2003;52(7):1035–40.
3. Lo Re V 3rd, Kallan MJ, Tate JP, Localio AR, Lim JK, Goetz MB, et al. Hepatic decompensation in antiretroviral-treated patients coinfected with HIV and hepatitis C virus compared with hepatitis C virus-monoinfected patients: a cohort study. Ann Intern Med. 2014;160(6):369–79.
4. den Brinker M, Wit FW, Wertheim-van Dillen PM, Jurriaans S, Weel J, van Leeuwen R, et al. Hepatitis B and C virus co-infection and the risk for hepatotoxicity of highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. AIDS. 2000;14(18):2895–902.
5. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. Lancet. 2015;386(100003):1546–55.
6. Всемирная организация здравоохранения. Тактика ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ. 2007. Publications WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen, Denmark. - стр. 32.
7. Всемирная организация здравоохранения. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. 2-е издание. 2016. World Health Organization. стр. – 191-215. ISBN 978 92 4 154968 4 (NLM classification: WC 503.2).
8. Всемирная организация здравоохранения. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach - 2010 revision. 2010. – стр. 82-91. ISBN 978 92 4 459976 1 (NLM classification: WC 503.2).
9. World Health Organization. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization 2014. ISBN 978 92 4 150819 3 (NLM classification: WC 503.6)
10. Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2012. — М.: Р.Валент. — стр. 528. ISBN 978-5-93439-409-8.
11. Кристиан Хоффманн, Юрген К. Рокштро, ВИЧ 2014/2015. 2014 - © 2014 Hoffmann & Rockstroh Medizin Fokus Verlag. – стр. – 942. ISBN-13: 978-3-941727-15-1.
12. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации.
13. Сборник клинических протоколов по респираторным заболеваниям для медицинских работников всех уровней здравоохранения. 2014. Бишкек.