

Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Республиканский Центр
по профилактике и борьбе со СПИД

**Клиническое руководство по диагностике,
лечению и предоставлению медицинской
помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе**

Алматы 2010

Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе

Руководство разработано в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе и предназначены для врачей и специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом и медицинских организаций, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

Составители:

Тукеев М.С. – Генеральный директор Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД, к.м.н.

Петрова Н.П. – доцент кафедры инфекционных болезней АГИУВ, к.м.н.

Доскожаева С.Т. – заведующая кафедрой инфекционных болезней АГИУВ, д.м.н.

Трумова Ж.З. – ассистент кафедры ВИЧ-инфекции и инфекционного контроля, АГИУВ, д.м.н.

Селедцов В.П. – доцент кафедры ВИЧ-инфекции и инфекционного контроля, АГИУВ, к.м.н.

Давлетгалиева Т.И. – специалист Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД

Ковтуненко Н.Г. - специалист Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД, к.м.н.

Кудусова Е.М. - специалист Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД

Малюта Р. - советник Регионального офиса ЮНИСЕФ в странах Восточной Европы и странах СНГ

Семененко И.В. консультант ЮНИСЕФ

Пичхадзе Г.М. - КазНМУ, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии;

Нурмагамбетова С.А. – КазНМУ, д.м.н., заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии;

Согласовано на основании решения Экспертного Совета при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан по вопросам стандартизации, оценке медицинских технологий и развитию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, протокол заседания №21 от 15.11.2010 года.

	Содержание	
	Сокращения ----- -	7
	Часть 1. Предоставление медицинской помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе -----	8
I.	Тестирование и консультирование -----	8
1.	Основные положения----- -	8
2.	Организация тестирования и консультирования----- -	8
3.	Порядок проведения тестирования и консультирования -----	10
	Приложение I-A. Рисунок 1. Алгоритм тестирования и консультирования ----- -	13
	Приложение I-B. Протокол тестирования и консультирования ----- -	14
	Приложение I-C. Факторы риска суицида----- -	17
	Приложение I-D. Рисунок 2. Алгоритм обследования на ВИЧ и интерпретации результатов---- -	17
	Приложение I- E. Рисунок 3. Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ инфекции ----- -	18
	Приложение I-F. Бланк информированного согласия-----	20
	II. Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков-----	20
1.	Основные положения----- -	20
2.	Обследование и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией-----	21
3.	Консультирование по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией	26
4.	Антиретровирусная терапия----- -	26
5.	Клиническое наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией----- -	34
6.	Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях---- -	44
	Приложение II-A. Обязательные персональные данные о предшествующем лечении ВИЧ-инфекции-----	46
	Приложение II-B. Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная экспертами ВОЗ ----- -	47
	Приложение II- C. Исследование лекарственной устойчивости-----	48
	Приложение II- D. Основные сведения об АРВ препаратах ----- -	49
	Приложение II- E. Перечень АРВ препаратов-----	53
	Приложение II- F. Перечень препаратов, разрешенных к применению в РК----- -	57
	III. Помощь ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков-----	58
	Введение----- -	58
1.	Организация медицинской помощи----- -	58
2.	Антиретровирусная терапия----- -	59
3.	Заместительная терапия метадон у ВИЧ-инфицированных----- -	61

4.	Особенности других видов помощи-----	61
-		
	Приложение III-A. Взаимодействие метадона и АРВ препаратов-----	63
-		
IV. Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций-----		64
-		
1	Основные положения-----	64
-		
2	Общие принципы -----	64
-		
3	Консультирование по проблеме ОИ и другим состояниям-----	66
-		
4	Профилактика ОИ у ВИЧ-инфицированных пациентов-----	67
5	Диагностика и лечение ОИ-----	68
-		
5.1.	Туберкулез-----	68
-		
5.2.	Инфекции респираторного тракта -----	86
-		
5.3.	Инфекции желудочно-кишечного тракта -----	90
-		
5.4.	Кандидоз-----	91
-		
5.5.	Криптококковый менингит -----	93
-		
5.6.	Гистоплазмоз -----	94
5.7.	Саркома Капоши -----	95
-		
5.8.	Рак шейки матки-----	96
-		
5.9.	Другие злокачественные новообразования -----	96
-		
5.10.	Инфекции ЦНС -----	97
-		
6.	Вирусные гепатиты В и С у ВИЧ-инфицированных-----	101
-		
7.	Общие симптомы ВИЧ-инфекции -----	102
-		
V. Паллиативная помощь-----		108
1.	Основные положения-----	108
-		
2.	Общие принципы -----	108
-		
3.	Первичное обследование-----	109
-		
4.	Лечение-----	109
5.	Общие принципы ухода за ВИЧ-инфицированными -----	122
-		
6.	Помощь умирающему больному-----	124
-		
7.	Направление в службы паллиативной помощи-----	125
-		
8.	Текущий контроль за предоставлением паллиативной помощи -----	125
-		
VI. Профилактика ВИЧ-инфекции у детей (профилактика передачи ВИЧ матери ребенку) -----		126
-		
1.	Общие положения-----	126

2.	Дотестовое консультирование -----	126
3.	Тестирование на ВИЧ -----	127
4.	Послетестовое консультирование -----	128
5.	Использование АРВ препаратов у женщин с ВИЧ во время беременности, родов и после родов для ППМР -----	129
6.	Выбор метода родоразрешения у женщин с ВИЧ -----	137
7.	Уход за новорожденным и профилактика АРВ препаратами -----	138
8.	Выбор метода вскармливания новорожденного -----	139
9.	Уход и наблюдение за женщиной с ВИЧ во время беременности и послеродовом периоде	140
10.	Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных -----	140
11.	Иммунизация	141
12.	Профилактика пневмоцистной пневмонии	141
13.	Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях----	141
14	Приложения Y-A. Препараты, которые применяются для лечения зависимости психоактивных веществ у беременных-----	143
-	-	147
YII. Антитретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у детей -----		149
-	-	
1.	Введение -----	149
2.	Основные принципы медицинской помощи и антитретровирусной терапии у детей с ВИЧ-инфекцией-----	149
-	-	
3.	Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей моложе 18 мес.-----	150
-	-	
4.	Диагностика ВИЧ-инфекции у детей в возрасте ≥ 18 мес.-----	151
5.	Ведение ВИЧ-инфицированных детей-----	151
-	-	
5.1.	Клинические и лабораторные исследования у ВИЧ-инфицированных детей-----	151
-	-	
5.2.	Поддержка питания-----	152
5.3.	Консультирование лиц, ухаживающих за ребенком-----	152
-	-	
5.4.	Антитретровирусная терапия у детей-----	152
-	-	
6.	Наблюдение за детьми с ВИЧ/СПИДом-----	157
-	-	
7.	Профилактика и лечение основных оппортунистических инфекций-----	162
-	-	
8.	Лечение боли у детей-----	172
9.	Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях----	173
-	-	
	Приложение YII-A. Пересмотренная клиническая классификация ВОЗ ВИЧ/СПИДа у детей---	174
-	-	
	Приложение YII -B. Классификация ВОЗ ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита у детей----	175
	Приложение YII - C.Дозы и побочные эффекты антитретровирусных препаратов-----	176
	Приложение YII - D. Лечение распространенных побочных эффектов АРТ-----	177
-	-	
VIII. Постконтактная профилактика-----		178
1.	Основные положения-----	178
-	-	
2.	Универсальные меры предосторожности-----	178
-	-	
3.	Проведение постконтактной профилактики (ПКП)-----	181
-	-	
	Приложение VIII-A Бланк информированного согласия на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции-----	185
-	-	
	Приложение VIII-B Тактика ведения медицинских работников, контактировавших с	185

	инфицированным материалом----- -	
	Приложение VIII-С Основные побочные эффекты антиретровирусных препаратов, назначаемых для ПКП----- -	186
	Приложение VIII-D. Бланк информированного согласия пациента на тестирование на ВИЧ и использование его результатов-----	187
	Приложение VIII-E Регистрация профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом----- -	188
	Приложение VIII-F Примерный бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом----- -	189
	Приложение VIII-G Примерный бланк отчета о непрофессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом----- -	190
	Часть 2. Контроль за предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе----- ---	191
	Текущий контроль за предоставлением тестирования и консультирования----- -	191
	Текущий контроль за предоставлением антиретровирусной терапии----- -	193
	Текущий контроль за выявлением и лечением оппортунистических инфекций----- -	197
	Текущий контроль за осуществлением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку----- -	200
	Текущий контроль за проведением постконтактной профилактики----- -	205
	Схема диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и больными СПИД (взрослые и подростки)----- -	208
	Схема диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и больными СПИД (дети)-----	209
	График наблюдения за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей----- -	211
	Список использованной литературы	212

Сокращения

АДС	адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин
АКДС	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АРВ	антиретровирусный
АРТ	антиретровирусная терапия
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИП	ингибиторы протеазы ВИЧ
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ИФА	иммуноферментный анализ
КТ	компьютерная томография
КУБ	кислотоустойчивые бактерии
МРТ	магнитно-резонансная томография
НИОТ	нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ННИОТ	ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ОИ	оппортунистические инфекции
ОЗТ	опиодная заместительная терапия
ПГЛ	персистирующая генерализованная лимфаденопатия
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПКП	постконтактная профилактика
ПМР	передача ВИЧ от матери ребенку
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СВ	снижение вреда
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТпК	тестирование и консультирование
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХОЗЛ	хронические обструктивные заболевания легких
ЦМВ	цитомегаловирус
ЦНС	центральная нервная система
ЦСЖ	цереброспинальная жидкость
ЮНЭЙДС	объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

Часть 1. Предоставление медицинской помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе

I. Тестирование и консультирование

1. Основные положения

С увеличением доступности лечения и других видов помощи ВИЧ-инфицированным, обращение за которыми зависит от знания пациентом своего ВИЧ-статуса, рекомендуется отойти от единственной, жесткой модели тестирования и консультирования. Сегодня возникла необходимость в передовых, практических, эффективных и этически приемлемых методах тестирования и консультирования (ТиК,) которые бы отвечали потребностям разных типов медицинских организаций. В этих учреждениях процедура ТиК должна быть стандартизована, и предлагаться пациентам в следующих ситуациях: а) при желании пациента получить помощь, касающуюся профилактики передачи или заражения ВИЧ; б) при наличии медицинских показаний, выявленных при лечении пациента; в) для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В то время как предложение пройти тестирование на ВИЧ при определенных обстоятельствах должно стать обязательным, само тестирование должно проводиться только после получения информированного согласия пациента и в условиях строгой конфиденциальности. Процедура получения информированного согласия в различных медицинских учреждениях будет отличаться, но ее основные компоненты неизменны: предоставление пациенту достаточной информации о ВИЧ-инфекции, осознание им положительных и отрицательных последствий определения своего ВИЧ-статуса и его свободный выбор в отношении тестирования на ВИЧ.

2. Организация тестирования и консультирования

1) В настоящее время консультирование и тестирование на ВИЧ проводится в кабинетах психосоциального консультирования (ПСК) и анонимных кабинетах, функционирующих в различных медицинских организациях и учреждениях. Они предоставляют стандартную модель добровольного, индивидуального консультирования и тестирования ВИЧ методом ИФА.

2) Быстрый рост масштабов оказания помощи ВИЧ-инфицированным требует увеличения доступности и гибкости услуг ТиК. Поэтому нужно внедрять альтернативные модели ТиК, включая:

- Применение экспресс-тестирования в медицинских пунктах, удаленных от крупных медицинских центров, а также в районах с высокими распространенностью и риском заражения ВИЧ-инфекцией.
- Предоставление ТиК в медицинских учреждениях разного профиля. Например, экспресс-тестирование на ВИЧ рекомендуется организовать в учреждениях с высоким охватом людей из групп риска (например, в венерологических, туберкулезных и наркологических диспансерах) и лечебно-профилактических учреждениях (например, оказывающих родовую помощь).

3) Поскольку тестирование на ВИЧ методом ИФА занимает несколько дней, не все пациенты обращаются за результатами и получают последующие консультирование, лечение, поддержку и профилактику. Поэтому в учреждениях, куда пациенты чаще всего обращаются (например, в диспансерах и поликлиниках), необходимо со временем организовать экспресс-тестирование на ВИЧ (с выдачей результатов) силами врачей, психологов, социальных работников и прошедших специальную подготовку медицинских работников среднего звена (фельдшеров, медицинских сестер).

4) На медицинские службы ложится трудная задача предоставления качественного консультирования и тестирования на ВИЧ. Качество консультирования можно повысить, наладив тесное сотрудничество между государственными медицинскими учреждениями, предоставляющими такие услуги, и НПО, которые специализируются на консультировании по вопросам ВИЧ/СПИДа и предоставляют психосоциальную поддержку ВИЧ-инфицированным.

5) Тестирование и консультирование должны быть бесплатными для всех.

6) Необходимо оказать поддержку действующим образцовым центрам ТиК и расширить спектр их деятельности, включив в него текущий контроль и оценку качества ТиК, а также повышение квалификации консультантов и вспомогательного персонала.

7) Требуется создать национальную сеть центров консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа, приоритетной задачей, которой станет помощь в обеспечении качества ТиК и повышении квалификации консультантов и вспомогательного медицинского персонала.

В рамках этой работы должны проводиться регулярные занятия в группах в форме конференций с обсуждением клинических случаев и клинические обходы, а также организовываться курсы повышения квалификации.

3. Необходимо, чтобы контролирующие органы обеспечили единообразие применяемых стандартов контроля качества, используемых в процессе изготовления диагностических наборов ИФА.

8) Следует пересмотреть действующий порядок проведения ТиК в амбулаторных и стационарных условиях с точки зрения сохранения конфиденциальности, установить, каким образом можно его усовершенствовать, и рекомендовать соответствующие изменения.

2.1. Минимальные стандарты ТиК

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

- ТиК должно быть *добровольным*.
- Пациент должен дать *информированное согласие* на проведение тестирования. Это означает, что ему предоставлено достаточное количество информации о ВИЧ/СПИДе, он осознает положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса, и дал свое согласие на тест в обстановке, исключающей принуждение.
- В ходе предтестового консультирования пациенту необходимо рассказать о целях и процедуре тестирования, а также о возможностях лечения ВИЧ-инфекции и доступности различных видов социальной поддержки.
- После получения результатов тестирования должно проводиться послетестовое консультирование, в ходе которого пациенту нужно предоставить соответствующую дополнительную информацию и выдать необходимые направления.
- Пациенты с положительным результатом тестирования должны пройти консультирование и получить направления в службы медицинской и психосоциальной помощи.
- О результатах тестирования нужно сообщать конфиденциально, эта информация должна быть доступна только медицинским работникам, имеющим непосредственное отношение к наблюдению пациента.

2) В ходе консультирования должны быть затронуты важные вопросы, связанные со спецификой группы риска, к которой принадлежит пациент (потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса, заключенные, больные туберкулезом, дети и т.д.).

Возможность пройти ТиК необходимо предоставить в первую очередь потребителям инъекционных наркотиков, работникам секс-бизнеса, заключенным и лицам, принадлежащим к другим группам высокого риска ВИЧ-инфекции.

3) Для привлечения к ТиК групп населения, редко обращающихся за медицинской помощью (потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, молодежи), необходимы целевые программы работы с населением.

4) Увеличить обращаемость за ТиК можно, включив эту услугу в работу других служб медицинской и социальной помощи, например, сделав ее компонентом программы уменьшения вреда для потребителей инъекционных наркотиков.

5) Увеличить обращаемость за ТиК можно с помощью целенаправленной работы с населением, выясняя, какие потребности у мужчин и женщин возникают в связи с тестированием и выяснением ВИЧ-статуса, каковы их ожидания, какие существуют возможности для решения выявленных проблем, какие препятствия стоят на пути к их решению. Всю эту информацию нужно учитывать в процессе организации ТиК.

Рекомендуемый порядок тестирования и консультирования представлен в виде алгоритма на рис.1 (приложение I-A).

2.2 Подготовка специалистов

1) В учебные планы подготовки врачей всех специальностей, медицинских сестер и социальных работников необходимо включить курс по ВИЧ-инфекции, включающий основы консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции. Путем адаптации действующих учебных планов.

2) Все консультанты должны принимать участие в процессе повышения квалификации и контроля, который включает семинары тренинги, конференции с обсуждением клинических случаев, а также клинические обходы и курсы усовершенствования.

3. Порядок проведения тестирования и консультирования

Рекомендуемый для всех учреждений порядок проведения ТиК приведен рис.1. Алгоритм обследования на ВИЧ предоставлен на рис.2. и рис.3 приложение 1-D.

3.1. Предтестовое консультирование

1) Желательно, чтобы консультирование пациента до и после тестирования на ВИЧ проводил один и тот же специалист. Если проводится групповое предтестовое консультирование, перед получением информированного согласия каждому пациенту следует предоставить возможность индивидуальной беседы с консультантом в конфиденциальной обстановке.

2) Все пациенты, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от него. Всем отказавшимся от тестирования необходимо рассказать о путях передачи ВИЧ, профилактике ВИЧ-инфекции, а также предоставить информацию о службах, где они могут получить дополнительные сведения о ВИЧ-инфекции, если у них возникнет такая потребность в будущем.

3) После соответствующего обучения предтестовое консультирование могут проводить:

- Медицинский персонал анонимных и психосоциальных кабинетов, предоставляющих услуги ТиК
- Врачи
- Медицинские сестры
- Социальные работники
- Консультанты

Данные специалисты должны уметь довести до сведения пациента основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, а также рассказать о путях передачи ВИЧ, способах защиты от заражения ВИЧ, видах медицинской и психосоциальной помощи, которые могут получить ВИЧ-инфицированные. Пациентам необходимо предоставить контактные телефоны и адреса соответствующих медицинских учреждений и психосоциальных служб.

4) Просветительную работу с группами пациентов и групповое предтестовое консультирование должно проводиться в таких учреждениях, как:

- Учреждения, предоставляющие амбулаторное ТиК (например, анонимные кабинеты и ПСК)
- Наркологические диспансеры
- Дерматовенерологические диспансеры
- Туберкулезные диспансеры
- Женские консультации
- Поликлиники
- СВА

Для повышения доступности и использования ТиК необходимо оказывать поддержку действующим анонимным кабинетам и учреждениям, предоставляющим амбулаторное ТиК, а также создавать альтернативные возможности быстрого прохождения ТиК в медицинских учреждениях, обслуживающих группы населения высокого риска. Для этого в учреждениях, куда обращается большое число вероятных кандидатов для ТиК, наряду с индивидуальным консультированием нужно внедрять групповое предтестовое консультирование.

5) Между больницами и амбулаторными службами, проводящими консультирование и тестирование населения на ВИЧ, необходимо наладить тесное сотрудничество, в рамках которого просветительская работа и консультирование перед тестированием на ВИЧ будет координирована с предоставлением специализированной помощи.

6) Необходимо обучить проведению предтестового консультирования медицинский персонал учреждений, обслуживающих группы населения высокого риска (наркологических, венерологических, туберкулезных диспансеров и больниц, учреждений исправительной системы), включая врачей, медицинских сестер и социальных работников. Для успешного решения задач ТиК, следует наладить сотрудничество между государственными, государственными и негосударственными учреждениями, работающими в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и оказания помощи ВИЧ-инфицированным.

7) В ходе беседы перед тестированием на ВИЧ – как при индивидуальном, так и при групповом консультировании – необходимо осветить следующие вопросы:

- Формы поведения, сопряженные с риском заражения ВИЧ
- Польза от прохождения тестирования, включая спектр видов помощи, доступной для пациентов с положительным результатом тестирования на ВИЧ
- Пути передачи ВИЧ, меры профилактики; процедура тестирования
- Возможные последствия ВИЧ-статуса (для личной жизни, практические выводы)
- Порядок получения информированного согласия на тестирование
- Порядок выдачи результатов тестирования
- Пути получения дальнейшей помощи

Предтестовое консультирование также включает в себя такие мероприятия, как:

- Активная профилактика передачи ВИЧ
 - Предоставление презервативов
 - Направление на программы по уменьшению вреда для потребителей инъекционных наркотиков (например, обмен игл)
- Направление в соответствующие службы (например, если пациент ведет половую жизнь, связанную с высоким риском, то его следует направить в венерологический диспансер, при наличии у пациента кашля – в туберкулезный диспансер).

3.2 Послетестовое консультирование

В ходе послетестового консультирования необходимо осветить следующие вопросы:

3.2.1. Если результат отрицательный:

См. Подробнее Приложение I-B.

- При наличии показаний предложить пройти повторное тестирование через 3 месяца
- Напомнить о мерах по снижению риска заражения ВИЧ
- Направить пациента в соответствующие службы

3.2.2. Если результат положительный:

См. Подробнее Приложение I- B.

- Удостовериться в том, что пациент понимает значение результата тестирования
- Оценить риск негативных последствий (выяснить, что больше всего беспокоит пациента в настоящий момент, есть ли суицидальные мысли, располагает ли он какой-либо поддержкой со стороны окружающих)
- Подчеркнуть необходимость профилактики передачи ВИЧ другим лицам, напомнить о методах профилактики
- Обсудить дальнейшее получение медицинской помощи
- Направить пациента в организации, предоставляющие поддержку ВИЧ-инфицированным

3.3. Необходимые направления после тестирования

После тестирования нужно выдать пациенту следующие направления:

- Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить к врачу для дальнейшего обследования и лечения (территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИД)
- Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить службы, предоставляющие психосоциальную поддержку
- Желательно, чтобы пациент мог получить дальнейшее консультирование у квалифицированного специалиста в том же учреждении
- Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить также в группы поддержки при НПО
- При необходимости пациентов направляют в службы социального обеспечения (при наличии жилищных и финансовых проблем, потребности в уходе на дому)

3.4. Предупреждение негативных последствий тестирования на ВИЧ

- 1) Во время предтестового консультирования необходимо оценить риск негативных последствий получения известия о положительном результате тестирования

(суицид, агрессия по отношению к себе или окружающим, страх жестокого отношения к себе со стороны партнера и других людей). (См. Приложение I-С «Факторы риска суицида»).

2) Выявление риска негативных последствий может повлиять на решение пройти тестирование.

3) Все пациенты с положительным результатом тестирования, у которых во время предтестового консультирования был выявлен риск агрессии по отношению к себе или окружающим, должны получить помощь специалиста. Консультанту нужно принять решение– направить пациента к психиатру или немедленно вызвать психиатра на консультацию.

4) Женщины с положительным ВИЧ-статусом часто бывают жертвами сексуального насилия.

В таких случаях, они должны быть направлены в организации, оказывающие необходимую поддержку, социальные службы или женские организации.

3.5. Контроль и оценка качества ТиК

1) **Контроль и оценка качества и содержания консультирования – необходимое условие обеспечения наиболее высоких стандартов ТиК.**

2) Обеспечение качества консультирования должно стать приоритетной задачей для образцовых центров ТиК, занимающихся подготовкой консультантов.

3) Контроль и оценка качества ТиК предполагает ответы на следующие вопросы (оценивается при выборочном опросе пациентов):

- Состоялась ли беседа с консультантом до тестирования?
- Оценка качества предтестового консультирования –были ли затронуты следующие вопросы?
 - Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ
 - Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, процедура тестирования, значение отрицательного результатов тестирования, возможные последствия выяснения ВИЧ-статуса
 - Способность справиться с известием о положительном результате тестирования
 - Возможные потребности и имеющиеся источники поддержки
 - Индивидуальный план снижения риска
 - Получение дальнейшей медицинской помощи
 - Направление в те или иные службы при необходимости
- Достаточно ли было времени, чтобы полностью разобраться в этих вопросах?
- Действительно ли информированное согласие было дано без какого-либо принуждения?
- Проверил ли консультант уровень усвоения информации и устранил ли недопонимание каких-либо фактов?
- Состоялась ли беседа с консультантом после тестирования на ВИЧ?
- Оценка качества послетестового консультирования:
 - О результате тестирования было сообщено простым и понятным языком
 - Консультант удостоверился в том, что пациент осознал результат тестирования
 - Обсуждались значение результата тестирования, последствия выяснения ВИЧ-статуса, круг лиц, которым предполагается сообщить о результате тестирования
 - Консультант помог справиться с первой эмоциональной реакцией на известие о

ВИЧ-статусе

- Предлагались варианты немедленной поддержки
- Обсуждались дальнейшие пути получения медицинской помощи и поддержки
- Были выданы направления в те или иные службы (при необходимости)
- Удовлетворенность ТиК
 - Удобно ли расположено учреждение?
 - Каково было в среднем время ожидания?
 - Проявил ли консультант необходимую степень понимания?
 - Было ли организовано дальнейшее оказание медицинской помощи?

Приложение I-А.

Рисунок 1. Алгоритм тестирования и консультирования
Осведомленность населения



Приложение I-В.

Протокол тестирования и консультирования

Мероприятия	Описание
Групповое предтестовое консультирование (подлежит адаптации к особенностям учреждений, в которых оно будет проводиться – в женских консультациях, в туберкулезных, наркологических, венерологических диспансерах, тюремных больницах, в рамках тех или иных инициатив)	Осветить следующие вопросы: • Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ • Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, описание процедуры тестирования • Последствия выяснения ВИЧ-статуса для дальнейшей жизни пациентов, практические выводы • Тестирование является добровольным • Тестирование является бесплатным • Результат тестирования является конфиденциальным • Порядок получения информированного согласия на тестирование • Порядок получения результатов тестирования • Активная профилактика передачи ВИЧ - презервативы - программы по уменьшению вреда от употребления инъекционных наркотиков (например, обмен игл) • Возможности получения ВИЧ-инфицированными медицинской помощи и психосоциальной поддержки • Источники более подробной информации и возможности получения индивидуальных консультаций по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.
Индивидуальное предтестовое консультирование	Осветить следующие вопросы: • Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ • Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, описание тестирования (процедура, значение положительного и отрицательного результатов тестирования, период «окна» и др.) • Последствия выяснения ВИЧ-статуса для дальнейшей жизни пациента, практические выводы; способность пациента справиться с известием о положительном результате • Оценка риска негативных последствий положительного результата тестирования (суицида, агрессивной реакции по отношению к себе или окружающим) – аутоагрессивные поступки в прошлом, психиатрический анамнез. • Тестирование является добровольным • Тестирование является бесплатным • Информация о прохождении тестирования на ВИЧ и его результат являются конфиденциальными • Порядок получения информированного согласия на тестирование • Порядок получения результатов тестирования • Активная профилактика передачи ВИЧ - презервативы - программы по уменьшению вреда от употребления инъекционных наркотиков (например, обмен игл) • Возможности получения ВИЧ-инфицированными медицинской помощи и психосоциальной поддержки • Направление в венерологический или туберкулезный диспансер по показаниям • Источники более подробной информации и возможности получения консультаций по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.
Мероприятия	Описание

Получение информированного согласия	• Предоставить пациенту время для обдумывания затронутых при консультировании вопросов. • Проверить, насколько хорошо пациент понял предоставленную информацию, устранить недопонимание. • Спросить пациента, согласен ли он, пройти тестирование. • Заполнить бланк информированного согласия, на котором пациент должен поставить свою подпись (Приложение I-E).
Тестирование	• Провести тестирование в соответствии с алгоритмом, приведенным в Приложение I-D, рис.2
Послетестовое консультирование при ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ результате тестирования Примечание: Перечень тем, которые следует обсудить с пациентами с положительным и отрицательным результатом тестирования, практически одинаков, однако пациентам с положительным результатом тестирования обычно требуется больше внимания и помощи. Пациентам с положительным результатом тестирования обычно требуются более подробное обсуждение ситуации и особая поддержка и консультирование в дальнейшем, особенно в первые дни после получения результата тестирования, чем пациентам с отрицательным результатом тестирования. ВИЧ-положительных людей особенно тревожит вопрос раскрытия своего ВИЧ-статуса. Этой теме следует уделить особое внимание и посвятить ей второе послетестовое консультирование, если есть возможность его провести.	• Сообщить результат тестирования простым и понятным языком. • Выждать, пока пациент осознает результат тестирования. • Убедиться, что пациент понял результат тестирования. • Помочь пациенту справиться с эмоциональной реакцией (см. «Оценка риска предупреждение негативных последствий»). • Обсудить значение результата тестирования для пациента. • Обсудить последствия для личной жизни, семейных и социальных отношений. • Обсудить, кому и когда пациент может рассказать о своем ВИЧ-статусе; посоветовать, не рассказывать сразу о нем кому-либо, кроме самых близких людей (супруг, другой близкий человек)., • Наметить индивидуальный план снижения риска, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда (обмен игл или шприцев, заместительное наркологическое лечение), необходимость безопасного секса, использование презервативов. • Удостовериться, что пациент располагает необходимой поддержкой на ближайший период после ухода из учреждения – есть ли у него кто-то из близких дома или по соседству? • Обсудить порядок получения медицинской психосоциальной помощи, выдать направления в соответствующие учреждения (всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить на медицинское обследование, по показаниям – в венерологический диспансер, туберкулезный диспансер, службу планирования семьи, поликлинику и др.) • Обсудить с пациентом его ближайшие планы, намерения, действия; при наличии неблагоприятных признаков предпринять необходимые меры. • Назначить повторное консультирование с конкретным консультантом через 3 дня (или раньше при наличии показаний). • По возможности помочь пациенту в осуществлении плана снижения риска (выдать презервативы, иглы и т.д.).

Мероприятия	Описание
-------------	----------

Послетестовое консультирование при ОТРИЦАТЕЛЬНОМ результате тестирования Примечание: При отрицательном результате тестирования важно обсудить меры по снижению риска заражения ВИЧ. В связи с этим может потребоваться дальнейшее консультирование пациента по вопросам безопасного поведения или направлении его в другие службы, помогающие изменить образ жизни в сторону уменьшения риска	• Сообщить результат тестирования простым и понятным языком. • Выждать, пока пациент осознает результат тестирования. • Убедиться, что пациент понял результат тестирования. • Помочь пациенту справиться с эмоциональной реакцией (см. «Оценка риска и предупреждение негативных последствий») • Обсудить значение результата тестирования для пациента. • Обсудить последствия для личной жизни, семейных и социальных отношений. • Обсудить, кому и когда пациент может рассказать о своем ВИЧ-статусе. • Наметить индивидуальный план снижения риска, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда (обмен игл/шприцев, заместительное наркологическое лечение), необходимость безопасного секса, использование презервативов. • Обсудить дальнейшее получение пациентом медицинской и психосоциальной помощи, включая направления в соответствующие учреждения (по относительным или абсолютным показаниям), в особенности с целью снижения риска инфицирования в будущем. • Наметить план действий на ближайшее время. • При наличии показаний назначить повторное консультирование и/или повторное тестирование на ВИЧ через 3 месяца. • По возможности помочь пациенту в осуществлении плана снижения риска (выдать презервативы, иглы и т.д.) • При необходимости направить пациента в венерологический или туберкулезный диспансер и др.
Оценка риска и предупреждение негативных последствий	• В ходе послетестового консультирования, начиная с сообщения результата тестирования, необходимо оценить риск негативных последствий выяснения ВИЧ-статуса, в том числе опасность суицида (см. Приложение I-С, «Факторы риска суицида»), депрессии, агрессивной реакции. Необходимо помочь пациенту свести к минимуму последствия, касающиеся отношений с партнером и членами семьи. • Выяснить, кто из членов семьи или социального окружения может оказать поддержку. • Объяснить, что пациенту нужна помощь, чтобы справиться с негативными последствиями выяснения ВИЧ-статуса, и предложить помощь психолога или психиатра.
Направления для дальнейшего обследования, лечения и получения психосоциальной поддержки	• Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить к врачу для дальнейшего обследования и лечения. • Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить в организации, предоставляющие психосоциальную поддержку, например, НПО, социальные службы и др. • Пациенту нужно предоставить дальнейшее консультирование в том же учреждении или другом, в зависимости от обстоятельств. • При совершении пациентом неадекватных поступков, связанных с неспособностью справиться с известием о своем ВИЧ-статусе, необходимо направить пациента в соответствующие службы (например, к психиатру или к социальному работнику).

Индивидуальные и социальные факторы
• Возраст: женщины – до 35 лет, мужчины – до 40 лет • Недавно полученное известие о наличии у себя серьезного заболевания • Разлука с супругом, развод, тяжелая утрата в недавнем прошлом • Угроза потери близкого человека • Проживание в одиночестве • Социальная изоляция • Проживание в бедном городском районе • Финансовое неблагополучие или бедность • Плохое самочувствие
Профессиональные факторы
• Потеря работы или выход на пенсию в недавнем прошлом • Высокий социальный статус (врач, стоматолог, юрист); учащиеся
События
• Недавно произошедшая крупная ссора с близкими • Тяжелая утрата; разлука с близкими • Потеря работы • Невозможность вести привычную жизнь в связи с выявленным смертельным заболеванием или терминальной стадией болезни • Семейные и социальные последствия алкогольной или наркотической зависимости
Психический статус
• Депрессия (особенно эндогенная, затяжная, рецидивирующая) и мания • Алкогольная или наркотическая зависимость • Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (особенно при эпилепсии, черепно-мозговой травме), ранняя деменция и спутанность сознания у пожилых
Анамнез
• Попытки суицида в прошлом (особенно с применением активных насильственных методов, в последние 12 месяцев) • Аффективные расстройства в анамнезе • Аффективные расстройства, попытки суицида, алкоголизм в семейном анамнезе
Суицидальное поведение
• Намеки на возможность суицида или разговоры о нем • Приготовления к суициду (выбор способа и подготовка к его осуществлению, составление завещания, страхование жизни, написание предсмертной записки)

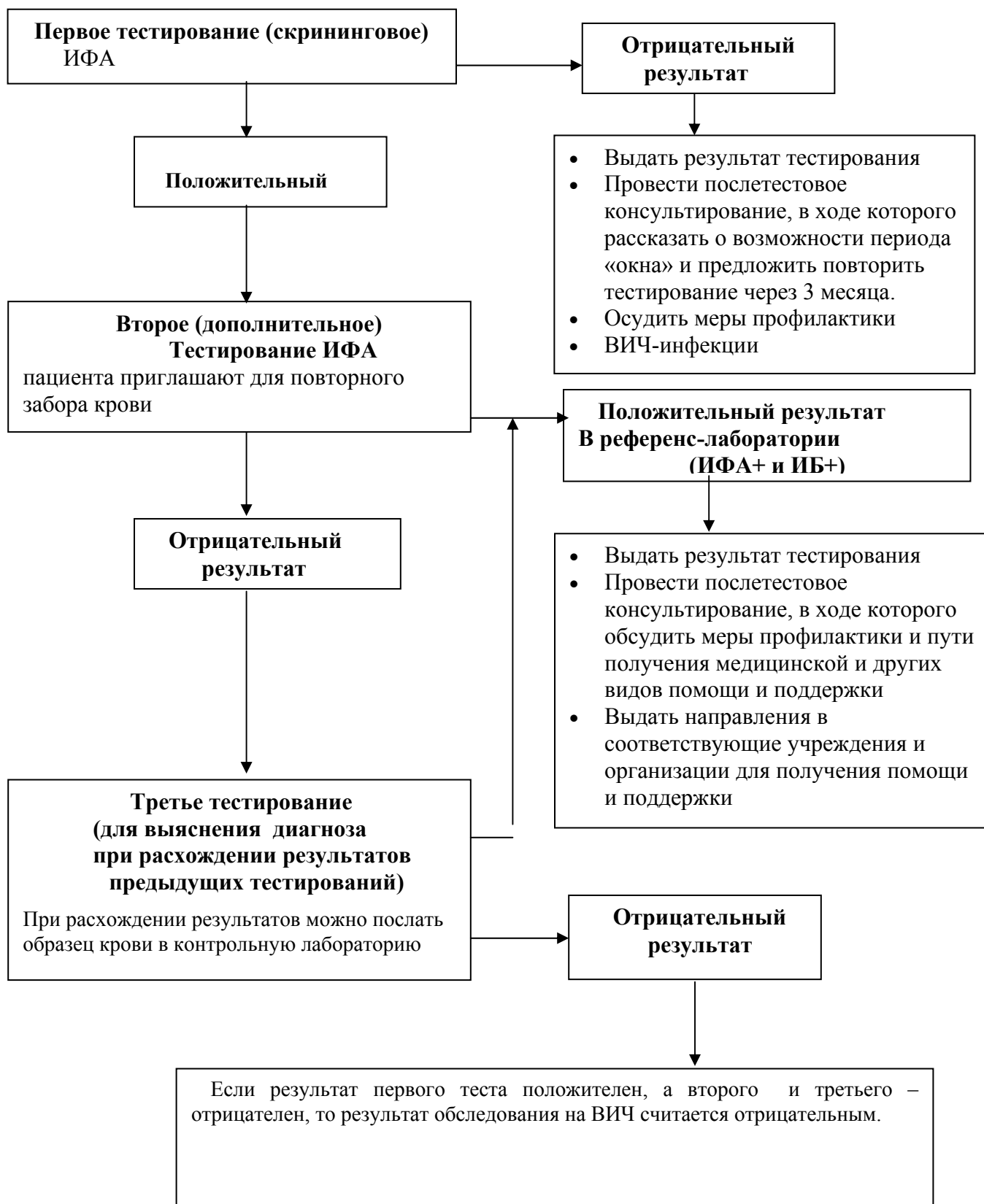
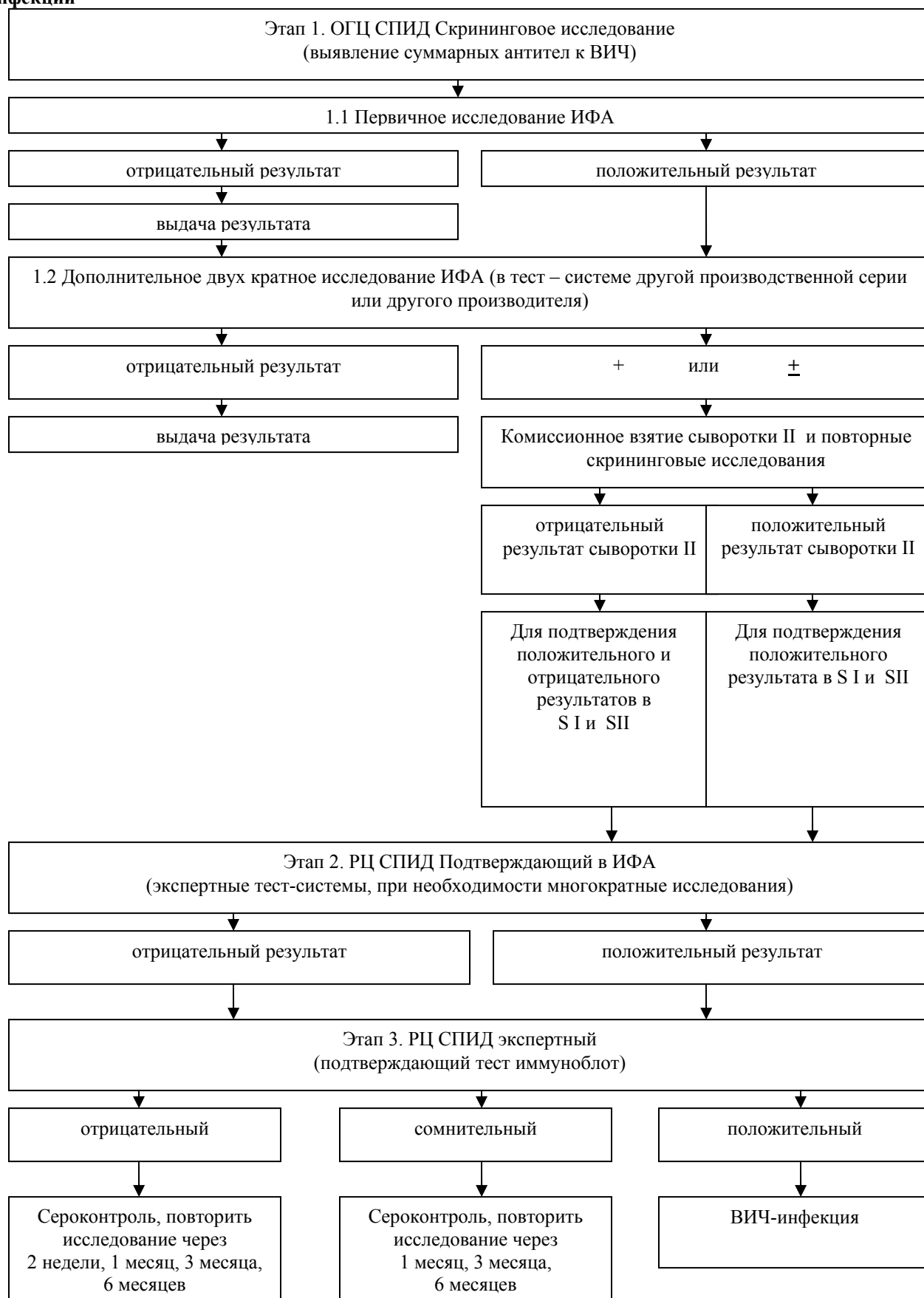


Рисунок 3 Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции



Приложение I-F

БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Настоящим удостоверяется, что мне, нижеподписавшемуся (шейся), _____ лет.

Я обратился (ась) в данное учреждение по поводу консультирования и тестирования на ВИЧ добровольно, для того чтобы пройти тестирование на ВИЧ. Настоящим заявлением я подтверждаю свое желание и поручаю Центру взять образец моей крови (мочи, слюны) которые совпадают с номерами, указанными в моей регистрационной карточке.

Я подтверждаю, что я также получил (а) информацию о

- целях и процедуре тестирования на ВИЧ.
- мерах профилактики заражения и передачи ВИЧ.
- я также получил (а) консультацию по поводу того, какие дальнейшие действия мне

следует предпринять в зависимости от получения положительного или отрицательного результата тестирования. Я осведомлен (а) о своем праве отказаться от получения результатов тестирования.

Настоящим заявляю, что не буду предъявлять какие-либо претензии, прямо или косвенно связанные с результатами тестирования, к учреждению, проводящему тестирование, его персоналу или представителям, а также другим лицам, участвующим в проведении консультирования и тестирования на ВИЧ, включая привлечение к ответственности за выдачу ложноположительных или ложноотрицательных результатов тестирования.

Я разрешаю Центру провести повторное тестирование, позволяющее верифицировать мой ВИЧ-статус; решение о необходимости повторного тестирования оставляется на усмотрение Центра.

Подпись пациента:

Подпись свидетеля:

Дата:

II. Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков

Цель данной программы состоит в предоставлении антиретровирусной терапии (АРТ) всем ВИЧ-инфицированным нуждающимся в лечении, с использованием наиболее перспективных и экономически приемлемых схем лечения.

АРТ позволяет восстановить функцию иммунной системы, снизить риск развития тяжелых угрожаемых жизни заболеваний, уменьшить число осложнений и продлить жизнь ВИЧ-инфицированным, снизить риск распространения ВИЧ-инфекции другим лицам. Лечебная тактика должна быть направлена на начало эффективной АРТ до развития тяжелых поражений иммунной системы и АРТ должна стать неотъемлемой частью комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

1. Основные положения

Общие принципы:

- Лечение необходимо предоставить всем пациентам, нуждающимся в нем по медицинским показаниям и изъявившим желание лечиться, в т.ч. ПИН, работникам секс бизнеса и другим группам населения.
- Лечение ВИЧ-инфицированных должно включать широкий спектр видов помощи: лечение антиретровирусными препаратами, профилактику оппортунистических инфекций, лечение сопутствующих заболеваний и предоставление психосоциальной поддержки.
- При подготовке к АРТ необходимо, прежде всего, особо обратить внимание на готовность пациента к соблюдению режима лечения, выявить причины, препятствующие выполнению рекомендаций по лечению и своевременно их устранить.
- Для обеспечения непрерывности лечения необходимо своевременно оформлять заявки на закуп и поставку медикаментов. Проводить постоянную работу с фармацевтическими фирмами по снижению цен на препараты.

- ВИЧ-инфицированные должны иметь возможность получать все необходимые виды помощи в различных службах здравоохранения на основании действующих нормативных документов республики.
- Данной программой предусмотрено обучение пациентов, контроль соблюдения режима приема препаратов со стороны лиц, принимающих участие в программе и обеспечении помощи пациентам в соблюдении режима лечения.
- Для эффективности АРТ, Программы по лечению наркозависимых лиц должны предусматривать предоставление им наркологической помощи (лечение наркозависимости, реабилитация и т.д.), а также проведение заместительной терапии.
- Важную роль в обучении и поддержке пациентов для повышения эффективности программы играет привлечение добровольцев из числа ВИЧ-инфицированных, в том числе получающих АРТ.

2. Обследование и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией

Надлежащее ведение пациентов, живущих в ВИЧ/СПИДе, - сложный, пожизненный процесс, сконцентрированный на их потребностях. Он должен включать:

- первичное исследование на ВИЧ и подтверждение результатов тестирования;
- соответствующее консультирование в процессе выявления ВИЧ-инфекции;
- клиническую оценку;
- консультирование пациента;
- наблюдение за состоянием здоровья пациента;
- начало и поддержание АРТ;
- предупреждение и лечение ОИ, других сопутствующих инфекций и заболеваний;
- психологическую поддержку;
- поддержку приверженности лечению;
- направление в соответствующие службы для обеспечения непрерывности предоставления помощи.

Клиническое обследование пациентов должно включать лабораторные исследования и консультирование с целью выявления и предупреждения проблем, связанных с самой ВИЧ-инфекцией, а также с другими болезнями и состояниями, которые могут повлиять на лечение ВИЧ-инфекции, особенно при взаимодействии с АРТ.

2.1. Первичное обследование

Цель первичного обследования — всесторонне оценить состояние пациента и стадию ВИЧ-инфекции, разработать план по дальнейшему ведению пациента и при необходимости направлению его во вспомогательные немедицинские службы.

Первичное обследование должно включать:

- подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции и, если возможно, установление, когда пациент был инфицирован;
- подробный личный, семейный и медицинский анамнез;
- физикальное обследование;
- лабораторные и другие исследования;
- осмотр специалистами, если необходимо;
- определение клинической и иммунологической стадии болезни.

2.1. 1. Подробный личный, семейный и медицинский анамнез

Перед физикальным обследованием новых пациентов, которым только что поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, и пациентов, которые уже получали лечение и переведены из других учреждений, необходимо собрать полный анамнез. Таблица 1.

Таблица 1. Анамнез, который необходимо собрать при первичном обследовании

Общая информация:

- ФИО пациента
- дата рождения
- пол
- дата опроса

Данные о тестировании на ВИЧ: • дата первого положительного теста на ВИЧ • причина проведения тестирования • последний отрицательный тест на ВИЧ, если известно
Риск заражения ВИЧ и путь заражения (если известно): • потребление инъекционных наркотиков • половые контакты (гетеро- или гомосексуальные; тип контактов: оральный, вагинальный, анальный) • переливание крови или продуктов крови; трансплантация органов и тканей • передача от матери ребенку • контакт на рабочем месте (описать) • неизвестно • ВИЧ-статус половых партнеров (если известно) • факторы риска у половых партнеров (если известно)
Время и место (страна), где произошло заражение (если известно или с большой долей вероятности можно предположить)^a
История лечения и ухода при ВИЧ-инфекции (см. Приложение 1) • время и место предшествующего лечения (или ухода), включая перерывы в лечении • схемы АРТ • побочные эффекты • соблюдение режима лечения • лабораторные данные [число лимфоцитов CD4, ВН, электролиты, биохимические показатели функции печени и почек, общий анализ крови — в хронологическом порядке у пациентов, у которых инфекция выявлена давно (несколько лет назад)] • записи о результатах исследований лекарственной устойчивости (если проводили)
Заболевания и состояния, обусловленные ВИЧ-инфекцией, и клиническая стадия ВИЧ-инфекции • туберкулез (ТБ) • инфекции органов дыхания • другие вирусные, бактериальные и грибковые инфекции • гепатиты С и В • новообразования • прочее
Другие заболевания и состояния • госпитализации • операции • психические расстройства (депрессия и др.) • заболевания печени и почек • эндокринные нарушения • инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) • вакцинация • аллергические болезни • изменение телосложения • лекарственные средства, принимаемые в настоящее время
Семейный анамнез (сахарный диабет, артериальная гипертензия, кожные болезни, онкологические заболевания и др.)
Сердечно-сосудистые заболевания и факторы риска (ожирение, курение, артериальная гипертензия и пр.)
Контакты с больными ТБ (у пациента или членов семьи)^б

Лекарственные средства, принимаемые в настоящее время [включая заместительную терапию опиоидами (ЗТО)]
Потребление психоактивных веществ • нелегальные наркотики (в прошлом и в настоящее время) • алкоголь
Репродуктивное и сексуальное здоровье • методы контрацепции (у женщин) • данные о беременности (в прошлом, в настоящее время, планируемая) • типы половых контактов (оральные, анальные, вагинальные)
Социальный анамнез • состав семьи (партнер, супруг/супруга, дети, другие члены семьи) • трудовая занятость и профессия • социальная поддержка (социальная и медицинская страховка, поддержка со стороны общественных организаций и близких, которым известен ВИЧ-статус пациента, и др.)
^a Эти данные полезны с эпидемиологической точки зрения, для определения подтипа вируса и профиля возможной лекарственной устойчивости. ^b Порядок обследования на ТБ см. в Разделе «Туберкулез и ВИЧ/СПИД: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

2.1.2. Физикальное обследование

При физикальном обследовании необходимо документировать имеющиеся симптомы и признаки, а также объективные показатели, для того чтобы другие врачи могли определить изменения в состоянии пациента. Предпочтительно использовать стандартизованные вопросники по сбору анамнеза и обследованию.

Таблица 2. Первичное физикальное обследование
Общее состояние: • рост и вес • телосложение (липодистрофия) • физическое состояние по шкале Карновского или другим стандартным шкалам
Основные физиологические показатели: • артериальное давление • температура тела • пульс • частота дыхания
Лимфатические узлы
Кожа (все тело): • в частности выявление: ◊ признаков активного или перенесенного опоясывающего лишая ◊ признаков заболеваний печени ◊ саркомы Капоши ◊ себорейного дерматита ◊ следов от инъекций у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) Для документирования кожных изменений, таких как изменение цвета невусов и появление темных пятен, лучше сделать фотографии (можно также сделать копии контуров через прозрачную пленку), чтобы можно было оценить изменения при последующих осмотрах

Ротоглотка: • состояние ротовой полости и зубов • признаки: ◊ кандидозного стоматита ◊ волосатой лейкоплакии полости рта ◊ первичного сифилиса
Грудная клетка и легкие: • дыхание, кашель, одышка • форма грудной клетки • контроль риска развития эмфиземы легких
Молочные железы – обследование с целью выявления риска развития рака молочной железы (у женщин и у мужчин)
Сердце – оценка исходного состояния у пациентов, у которых повышен риск сердечно-сосудистых осложнений при приеме АРВ - препаратов, или существует повышенный риск эндокардита в связи с потреблением инъекционных наркотиков
Живот и желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) – исходные данные для оценки побочных эффектов АРВ-препаратов, особенно у пациентов с хроническим гепатитом, алкогольным поражением и циррозом печени • консистенция, размеры и конфигурация печени и селезенки • перистальтика кишечника • болезненность • напряжение мышц передней брюшной стенки • тошнота, рвота, дисфагия
Половые органы и перианальная область: • признаки: ◊ герпетической инфекции ◊ цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции ◊ сифилиса ◊ инфекции, вызванной вирусом папилломы человека (ВПЧ) (остроконечные кондиломы, анальная карцинома); других ИППП ◊ эректильной дисфункции
Ноги (походка, объем движений в суставах, липодистрофия) - исходные данные для оценки побочных эффектов АРТ
Лимфоузлы
Неврологический статус (включая признаки нейропатии)
Психический статус
Зрение и слух

2.2. Лабораторные и другие исследования

Таблица 3. Лабораторные исследования
Выявление и оценка ВИЧ-инфекции:
• серологические тесты на ВИЧ (обычно ИФА или экспресс-тест) с последующим подтверждающим тестом (обычно иммуноблоттинг); • число лимфоцитов CD4 для оценки тяжести иммунодефицита; у беременных определяют % лимфоцитов CD4 от общего числа лимфоцитов;

Исследования на другие инфекции:

- Обязательные исследования:
 - тест на сифилис
 - серологические тесты на гепатиты С и В (определение антител к вирусу гепатита С (ВГС) и поверхностного антигена вируса гепатита В (ВГВ) - HBsAg⁶)
 - серологическое исследование на IgG-антитела к токсоплазме, при отрицательном результате – оценка риска заражения
- По показаниям:
 - мазок на гонорею и *Chlamydia trachomatis* (в зависимости от показаний из влагалища, полового члена или ануса)
 - определение титра криптококкового антигена у пациентов с CD4 <200/мкл и симптомами криптококкоза
 - определение ЦМВ-антигена (раннего антигена pp65) у пациентов с CD4 <100/мкл^в

Примечание: по возможности определение ВН методом ПЦР для оценки активности репликации вируса

Общие лабораторные исследования:

- биохимические показатели функции печени (аланинаминотрансфераза - АлАТ, аспартатаминотрансфераза - АсАТ, щелочная фосфатаза)
- билирубин
- функция почек (азот мочевины крови, креатинин)
- лактатдегидрогеназа (маркер активности клеток при лимфомах, а также легочных инфекций, инфаркта миокарда, повреждения мышц и др.)
- быстрый тест МНО (международное нормализованное отношение) или протромбиновое время
- общий анализ крови (с дифференциацией и определением тромбоцитов)

При возможности:

- электролиты (натрий, калий)
- уровень глюкозы натощак
- холестерин [липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП)]
- триглицериды
- липаза
- С-реактивный белок
- тиреотропный гормон (ТТГ)

^а Во избежание расхождений в результатах, связанных с постановкой тестов, желательно проводить измерения в одной и той же лаборатории.

^б Подробнее об исследованиях на гепатиты в Протоколе 6 ВОЗ «Гепатит С и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией» и в Протоколе 7 ВОЗ «Гепатит В и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией».

^в Позволяет выявить ЦМВ-инфекцию на самой ранней стадии, а также оценить ответ на лечение.

Таблица 4. Дополнительные исследования	
	• тест на беременность перед началом АРТ • туберкулиновая проба у пациентов без симптомов ТБ, или если неизвестно, были ли контакты с ТБ^а • микроскопия окрашенных мазков мокроты и рентгеноскопия грудной клетки у пациентов с симптомами и признаками активного ТБ^а • ЭКГ – необязательно (может быть полезно в качестве исходных данные для последующего сравнения в связи с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний на фоне АРТ)
^а	Подробнее о туберкулиновых пробах в Разделе «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией».

В зависимости от имеющихся у пациента сопутствующих заболеваний могут потребоваться дополнительные исследования. Например, при коинфекции ВГС/ВИЧ или ВГВ/ВИЧ – УЗИ брюшной полости для оценки лимфоузлов, размеров и формы печени и селезенки; при наличии клинических признаков заболеваний ЖКТ – эндоскопия верхних и нижних отделов ЖКТ. Данные эндоскопических исследований должны сопровождаться фотографиями.

Таблица 5. Консультации специалистов, если необходимо	
	• осмотр невропатолога (на предмет периферической полинейропатии) • осмотр офтальмолога (желательно повторять каждые 3 месяца при числе лимфоцитов CD4 <100/мкл для выявления ЦМВ-ретинита) • осмотр гинеколога, включая цитологическое исследование мазка из шейки матки (Пап-мазок), каждые 6 месяцев (для выявления рака шейки матки) • осмотр других специалистов, если необходимо

3. Консультирование по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией

- Перед началом АРТ необходимо провести консультирование по следующим вопросам:
 - ◊ соблюдение режима лечения;
 - ◊ возможные побочные эффекты АРВ-препаратов;
 - ◊ лекарственные взаимодействия;
 - ◊ необходимость надежной контрацепции, если схема АРТ будет содержать эфавиренз.
 - ◊ Медицинский работник, который проводит консультирование, должен быть уверен, что пациент или пациентка поняли, в чем будет состоять процесс лечения, а также другие вопросы, относящиеся к этой теме.
- Пациентов также следует проинформировать об их ответственности перед законом и их правах и направить в соответствующие службы.
- Пациентам следует разъяснить вопросы, связанные с иммунизацией (включая иммунизацию перед поездками) и риском, обусловленным профессиональной деятельностью.

4. Антиретровирусная терапия

4.1. Начало АРТ

Наилучшими первичными критериями для начала АРТ считается клиническая стадия ВИЧ-инфекции (стадия 3 или 4) и число лимфоцитов CD4, а вспомогательным критерием – уровень ВН. Перед началом АРТ нужно проводить работу с пациентом, направленную на обеспечение его приверженности лечению.

4.1.1. Клинические и иммунологические критерии

В табл. 6 представлены клинические и иммунологические критерии, рекомендованные ВОЗ в качестве показаний к началу АРТ.

Рекомендации для начала АРТ у взрослых и подростков		
Клиническая стадия	Число лимфоцитов CD4	Рекомендации
1	≤350/мкл	Лечить
2	≤350/мкл	Лечить
3	Независимо от числа CD4	Лечить
4	Независимо от числа CD4	Лечить

При наличии у пациента сопутствующего острого заболевания, повторно исследовать уровень CD4 следует только после лечения этого заболевания и выздоровления пациента. Однако не должно быть задержки с назначением АРТ, если пациент плохо себя чувствует или быстрое проведение повторного исследования CD4 невозможно. Если вообще нет возможности провести подсчет CD4, решение о начале АРТ можно принять на основании только клинической картины (клинические признаки стадии 3 или 4).

4.1.2. Значение вирусной нагрузки

ВН ассоциируется с потерей лимфоцитов CD4. Хотя ВН сама по себе не является критерием для начала АРТ, но если она превышает 100 000 копий/мл (иногда она может достигать 1 млн копий/мл), возможность быстрого снижения числа лимфоцитов CD4 очень высока. В связи с этим рекомендуется рассмотреть возможность начала АРТ при числе лимфоцитов CD4 >350/мкл и ВН выше 100 000 копий/мл.

Несмотря на то, что измерение ВН повышает затраты на диагностику и не всегда доступно, сделать это важно, так как исходный показатель необходим для оценки эффективности лечения в дальнейшем. Отсутствие данных о ВН не должно быть критерием для отсрочки начала АРТ, или причиной исключения пациента из группы кандидатов на предоставление АРТ.

4.1.3. Исследование лекарственной устойчивости

Распространенность устойчивости ВИЧ к АРВ-препаратам варьирует в разных странах и обусловлена несколькими факторами, включая продолжительность периода времени с того момента, когда АРТ стала доступной, какое проводилось лечение (монотерапия или использовали два препарата) и приверженностью лечению. В Западной Европе в многоцентровых исследованиях обнаружена устойчивость к АРВ-препаратам у 10% лиц с ВИЧ-инфекцией, впервые выявленной между 1996 и 2002 г. В исследовании, проведенном в 40 городах США, частота первичной устойчивости составила 14%. Самые высокие показатели получены в Испании (26%) и в Сан-Франциско (19%). В странах, где использование АРТ имеет недолгую историю или АРТ вообще не применялась, риск передачи устойчивых штаммов ВИЧ намного ниже, и рекомендованные схемы высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) первого ряда эффективны у пациентов, не получавших лечения ранее. Очень важно использовать стратегии, основанные на данных популяционных исследований лекарственной устойчивости ВИЧ на местах. Это позволит наблюдать за появлением и распространением устойчивых к АРВ-препаратам штаммов вируса и действовать, основываясь на раннихстораживающих индикаторах устойчивости, чтобы свести к минимуму частоту появления устойчивых штаммов и их дальнейшее распространение.

ВОЗ не рекомендует проводить исследование чувствительности ВИЧ к АРВ-препаратам в индивидуальном порядке перед началом АРТ в тех учреждениях, где в государственной системе здравоохранения лечение проводится только по одной схеме первого ряда, поскольку в этом случае любой полученный результат не повлияет на предоставление АРТ. В отличие от этого, результаты дозорного эпидемиологического надзора, показывающие, что на популяционном уровне устойчивость превышает 5%, необходимо принимать во внимание и адаптировать национальные рекомендации, касающиеся АРТ первого ряда. Там, где позволяют ресурсы, и в государственной системе

здравоохранения лечение проводится с использованием не одной схемы первого ряда, исследование устойчивости перед началом АРТ может помочь в выборе оптимальной схемы АРТ; вероятно, стоимость и ограниченная доступность исследования лекарственной устойчивости, будут препятствием для использования этого метода во многих учреждениях .

4.2. Схемы ВААРТ первого ряда

Для схем ВААРТ первого ряда рекомендуется комбинировать два нуклеозидных или нуклеотидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) с одним ненуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИОТ).

Рекомендованные схемы АРТ первого ряда	
Классы АРВ-препаратов	Комбинация препаратов
2 НИОТ + 1 ННИОТ	Зидовудин + ламивудин + (э ^а фавиренз или невирапин**) или тенофовир* + (ламивудин или эмтрицитабин*) + (э ^а фавиренз или невирапин)
^а эфавиренз выделен как предпочтительный ННИОТ. ифавиренц противопоказан девочкам подросткам и женщинам, ведущим половую жизнь без надежной контрацепции, или находящимся в первом триместре беременности *Тенофовир и эмтрицитабин при регистрации *Возможно использование комбинированных форм АРВ препаратов ** Невирапин не рекомендуется девочкам подросткам и женщинам у которых исходное число лимфоцитов CD4 >250/мкл.	

Рекомендованные дозы АРВ-препаратов см. в Приложении 4.

- Необходимо соблюдение определенных правил при использовании АРВ-препаратов класса НИОТ.
 - ◊ Не комбинировать препараты, которые в английском написании содержат букву «d» - «d-drugs» (ddl, d4T – диданозин, ставудин).
 - ◊ Не назначать диданозин и абакавир при имеющейся полинейропатии.
 - ◊ Не использовать комбинацию зидовудин + ставудин.
 - ◊ Не использовать комбинацию ламивудин + эмтрицитабин.

4.2. 1. Альтернативные схемы ВААРТ первого ряда

• В особых условиях, когда ННИОТ противопоказаны или ведение пациентов, получающих ННИОТ, представляют значительные трудности, можно рекомендовать схемы АРТ первого ряда, содержащие три НИОТ (например, зидовудин + ламивудин + абакавир или зидовудин + ламивудин + тенофовир). Преимущество подобных схем состоит в том, что они позволяют сохранить препараты класса ИП для АРТ второго ряда. Такие схемы можно использовать при следующих обстоятельствах:

- ◊ непереносимость ННИОТ или устойчивость к ним;
- ◊ психические расстройства;
- ◊ имеющееся заболевание печени (повышение уровня АлАТ более чем в 3-5 раз) и подтвержденный цирроз;
- ◊ коинфекция ВГВ или ВГС;
- ◊ инфекция, вызванная ВИЧ-2, которому присуща устойчивость к ННИОТ;
- ◊ одновременное лечение ТБ у женщин детородного возраста в случаях, когда невозможно гарантировать надежную контрацепцию и нельзя использовать невирапин и усиленные ИП.

• АРВ-препараты класса ИП в сочетании с двумя НИОТ используются в АРТ первого ряда в исключительных случаях (противопоказания к использованию ННИОТ, когда ни эфавиренз, ни невирапин назначить нельзя, а схема из трех НИОТ недоступна или считается неприемлемой):

- ◇ психические расстройства;
- ◇ повышение уровня АлАТ более чем в 3-5 раз;
- ◇ беременность при числе CD4 250-350/мкл, особенно в 1-м триместре беременности (поскольку эфавиренз противопоказан);
- ◇ инфекция, вызванная ВИЧ-2, которому присуща устойчивость к препаратам класса ННИОТ.

4.3. Приверженность АРТ

Для достижения оптимальных результатов лечения необходимо строгое соблюдение режима АРТ. Хорошо известно, что если пациент тщательно придерживается режима лечения, частота обусловленных ВИЧ-инфекцией заболеваний и смертность резко падают, а при нарушении режима приема препаратов быстро развивается лекарственная устойчивость. Уровень соблюдения назначений для эффективной АРТ окончательно не установлен (он может быть разным в зависимости от схемы АРТ), однако прием менее 95% доз ассоциируется со слабым вирусологическим и иммунологическим ответом, а прием 100% доз позволяет достичь еще большей эффективности, чем прием 95% доз. Согласно последним данным, существует зависимость между устойчивостью к различным классам АРВ-препаратов и соблюдением режима лечения.

Низкий или недостаточный уровень приверженности лечению имеет отрицательные последствия для пациентов, здравоохранения и национальной экономики.

- У пациентов возникает опасность развития выраженной лекарственной устойчивости, неэффективности лечения и прогрессирования болезни. Как правило, при переходе на новую схему после неудачного лечения, пациентам еще труднее выполнять назначения (больше таблеток, больше побочных эффектов, ограничения, связанные с приемом пищи, токсичность, сложнее дозирование).
- С ростом числа устойчивых вирусов растет вероятность их передачи вновь инфицированным лицам. Данные, полученные в США и Европе показывают, что такая первично приобретенная устойчивость встречается у пациентов все чаще, отрицательно сказываясь на результатах АРТ.
- С экономической точки зрения, лечение ВИЧ-инфекции, вызванной устойчивыми штаммами вируса, будет требовать более широкого использования схем второго и третьего ряда, а также резервных схем, которые, как правило, дороже схем первого ряда.
- Плохое соблюдение режима лечения повышает риск прогрессирования болезни, следовательно, увеличивает затраты на лечение ОИ.

4.3.1. Причины недостаточной приверженности и способы ее повышения

Персонал, обеспечивающий лечение и помощь, должен выявлять возможные факторы, которые приводят к плохому соблюдению режима лечения, и содействовать их устранению.

Факторы, относящиеся к пациенту, и оказание поддержки для их устранения

Роль самих пациентов является определяющей. Невозможно предсказать, насколько тщательно пациент будет соблюдать режим лечения. Исследования влияния пола, расы, возраста, пути заражения и уровня образования на приверженность лечению дали противоречивые результаты. Кроме того, у одного и того же больного с течением времени уровень приверженности может меняться. Время от времени у большинства ЛЖВС, получающих лечение, наблюдается низкий уровень приверженности.

К возможным причинам плохого соблюдения режима лечения относятся:

- употребление наркотиков и алкоголя (пациент может нарушать регулярность приема препаратов);
- плохое питание из-за бедности или других причин;
- религиозные убеждения;
- страх, что из-за регулярного приема препаратов ВИЧ-статус перестанет быть тайной;
- психические заболевания;
- страх побочных эффектов и сомнения в необходимости приема препаратов.

Возможные методы поддержки высокого уровня приверженности:

- разъяснение необходимости АРТ;
- преодоление заблуждений пациента;
- регулярная оценка соблюдения режима АРТ;

- помощь «равных», близких и других лиц (группы взаимопомощи, друзья, другие лица, оказывающие поддержку пациентам);
- регулярная оценка психического здоровья;
- оценка поведенческих навыков, необходимых для соблюдения режима лечения
- обращение за помощью в специализированные социальные службы и другие учреждения.

3

Факторы, относящиеся к медицинским работникам

Помогая пациентам соблюдать режим терапии, медработники должны четко понимать необходимость высокого уровня приверженности и роль соблюдения режима лечения в развитии устойчивости. Профессионалы, работающие с ЛЖВС, должны постоянно повышать уровень знаний о способах повышения приверженности лечению. Существует ряд стратегий, которые должны помочь персоналу обеспечить высокий уровень приверженности АРТ.

- Во всех центрах по лечению ВИЧ-инфекции необходимо иметь письменный план укрепления приверженности терапии и регулярно пересматривать стратегию по ее повышению.
- Медицинских работников нужно привлекать к участию в программах укрепления приверженности.
- Изучение предпочтений пациентов в отношении лечения может способствовать повышению приверженности.
- Помощь в улучшении соблюдения режима лечения необходимо предлагать всем пациентам, поскольку у всех в процессе лечения могут наблюдаться колебания уровня приверженности.
- Предоставление помощи в соблюдении режима лечения необходимо продолжать как при назначении схем второго ряда, так и резервных схем лечения. Неэффективность лечения – важнейший повод для укрепления приверженности и оказания поддержки.
- Поскольку тщательное соблюдение режима лечения требует постоянных, а не разовых усилий, поддержку необходимо предлагать как в начале АРТ и при изменении схемы лечения, так и во время плановых визитов
- Медицинские работники должны быть уверены в том, что пациент хорошо понимает особенности ВИЧ-инфекции и существование связи между соблюдением назначений и развитием лекарственной устойчивости; знает о требованиях, касающихся приема назначенных препаратов, и о возможных побочных эффектах. Устная информация должна подкрепляться письменными рекомендациями.
- Персонал, обеспечивающий лечение и помощь, должен предлагать пациентам использовать все способы, облегчающие соблюдение режима лечения (от ведения дневника или графика приема препаратов, использования аптечки-органайзера и электронных напоминающих устройств до привлечения членов семьи и друзей, которые будут напоминать о приеме таблеток).
- Соблюдение режима терапии улучшается, если пациенты положительно оценивают свои отношения с врачом и другим персоналом.
- Первый раз необходимо провести оценку соблюдения режима лечения через два дня после начала терапии или замены схемы, для того чтобы выяснить, нуждается ли пациент в дополнительной информации или в решении проблем, оставшихся без внимания.
- Сотрудничество между клиническими учреждениями и организациями, работающими в сообществе, может помочь донести необходимую информацию до населения; это особенно касается труднодоступных популяций и некоторых этнических групп.

Факторы, относящиеся к схеме лечения, и стратегии по их устранению

- При схемах, требующих приема препаратов более двух раз в сутки, режим лечения соблюдается хуже, хотя, по-видимому, нет различий в соблюдении режима при назначении схем с приемом препаратов один или два раза в сутки. При использовании схем с приемом препаратов один или два раза в сутки пациенты принимают больше доз своевременно. Многофакторный анализ показал, что прием доз с опозданием приводит к неэффективности лечения.
- Вероятность снижения ВН ниже 50 копий/мл через 48 недель лечения была выше при назначении схем с небольшим числом таблеток.
- Уровень приверженности лечению не коррелирует с каким-либо определенным классом АРВ-препаратов. Однако противоречивые требования, касающиеся зависимости приема различных препаратов от приема пищи, могут затруднять соблюдение режима.
- На соблюдение режима лечения могут влиять опасные лекарственные взаимодействия и побочные эффекты. Пациенты могут пропускать прием препаратов из-за тошноты или рвоты, а усталость может заставить пациента пропустить время приема последней дозы препарата.

³ Можно обратиться за помощью к медсестрам, фармацевтам, членам семьи, использовать график приема препаратов, аптечки-органайзеры с часами, «привязать» прием препаратов к текущему распорядку дня, ознакомиться с рекомендациями для путешественников и с опытом других пациентов.

К методам поддержки приверженности лечению относятся:

- оценка факторов, связанных с образом жизни пациента (режим питания, сна, работы и др.) и их коррекция в соответствии с режимом лечения;
- оценка индивидуальных предпочтений пациента, касающихся лечения (размер таблеток, лекарственные формы, число препаратов, ограничения, связанные с приемом пищи и др.);
- демонстрация пациенту, как выглядят таблетки, перед выбором схемы лечения;
- просвещение по вопросам, связанным с побочными эффектами; предоставление рекомендаций, как справиться с их проявлениями; оказание поддержки.
- выдача препаратов в небольших количествах через короткие промежутки времени может помочь:
 - ◊ выявить возможные проблемы с соблюдением режима лечения до того, как они приведут к развитию устойчивости,
 - ◊ ограничить возможность прерывания лечения и неправильного применения препаратов;
- использование схем с приемом препаратов один раз в день и комбинаций с фиксированной дозировкой; это позволяет уменьшить количество таблеток и полезно на ранних стадиях лечения;
- непосредственное наблюдение за приемом препаратов, особенно в клинических условиях.

4.4. Эффективность и неудачи АРТ

Все пациенты должны находиться под регулярным наблюдением опытных клиницистов. В идеале иммунологические и вирусологические тесты должны быть доступны всем пациентам. Об успехе АРТ можно судить по клиническим, иммунологическим или вирусологическим критериям (табл. 8).

Таблица 8. Критерии эффективности лечения				
	Вирусологические		Иммунологические	Клинические
Показатель	Вирусная нагрузка		Число CD4	Клиническая стадия
Сроки^a	24 неде- ли	48 недель	24-48 недель	Через 12 недель после начала терапии у пациента не должно быть симптомов или их должно быть мало
Предлагаемые диапазоны^b значений	<400 копий/мл	<400 копий/мл	Повышение от исходного уровня как минимум на 50-100 клеток/мкл	Стадия 1 или 2 ^b
^a Цифры, касающиеся сроков и предлагаемых диапазонов значений, не следует рассматривать как абсолютные. ^b Более подробная информация о воспалительном синдроме восстановления иммунитета (ВСВИ) в разделе II.4.3 ниже.				

Неудачу АРТ первого ряда можно выявить с помощью критериев трех типов: клинических, иммунологических и вирусологических. Эти три критерия будут являться отражением трех различных аспектов неэффективности лечения.

4.4.1. Вирусологический ответ

- ВН – самый ранний показатель успеха или неудачи лечения, который почти на месяц опережает

изменения числа лимфоцитов CD4. В редких случаях наблюдается парадоксальная реакция (вирусологический ответ на лечение не сопровождается иммунным ответом), поэтому при оценке ВН необходимо оценивать и число лимфоцитов CD4.

- Если ВН не снизилась до <400 копий/мл к 24-й неделе лечения, это указывает на неполноценный иммунный ответ.
- Если ВН уже снизилась до неопределяемого уровня, а затем вновь возросла до >400–1000 копий/мл, существует риск вирусологической неэффективности лечения.
- Если причина вирусологической неэффективности (например, нарушение режима приема, субоптимальные концентрации препаратов в сыворотке, лекарственные взаимодействия и т.п.) не выявлена, необходимо обсудить вопрос о переходе на схему второго ряда.

4.4.2. Иммунологический ответ

- Показатели числа лимфоцитов CD4 сами по себе могут использоваться для оценки неудачи или успеха лечения.
- В среднем за первый год лечения у пациентов, не получавших раньше АРВ-препаратов, число лимфоцитов CD4 увеличивается примерно на 150/мкл. Отсутствие повышения числа лимфоцитов CD4 более чем на 50/мкл в течение первого года АРТ свидетельствует об иммунологической неэффективности лечения.
- Если через 6 месяцев число лимфоцитов CD4 не повысилось, необходимо вновь оценить, как соблюдается режим лечения и обеспечить его выполнение.

4.4.3. Клинический ответ

- Обычно клиническая стадия претерпевает обратное развитие, и у пациентов либо вообще не определяется симптомов (стадия 1), либо имеются минимальные симптомы и признаки, ассоциирующиеся с ВИЧ-инфекцией (стадия 2).
- Однако, как правило, появление после начала АРТ новых или рецидивирующих признаков, характерных для стадии 3 или 4 (ОИ или другие, обусловленные ВИЧ-инфекцией заболевания) свидетельствуют о клинической неэффективности лечения.

Определение неэффективности АРТ первого ряда

При определении неэффективности терапии необходимо исключить недостаточную приверженность лечению и взаимодействие лекарственных препаратов.

Вирусологическая **неэффективность**:

- Первичная – отсутствие вирусологического ответа, а именно отсутствие снижения ВН до уровня < 50 копий/мл (400 копий/мл) в двух независимых тестах после 6 месяцев терапии;
- Вторичная – рост вирусной нагрузки после достижения минимального значения, а именно рост ВН > 50 копий/мл (400 копий/мл), что подтверждено вторым тестом.

Вирусологическая неэффективность не является обязательным показанием для смены режима АРТ.

Иммунологическая **неэффективность (когда определение ВН невозможно)**:

- снижение уровня CD 4 клеток на 25% от максимального уровня CD 4, отмечавшегося у пациента или
- отсутствие роста CD 4 клеток до уровня свыше 50 кл /мм в течение первого года проведения АРТ

Определение неэффективности АРТ на основании только клинических показаний считается недостаточным. Необходимо сочетание клинических показаний и иммунологических (определение уровня CD 4 клеток).

Стратегия смены режимов АРТ

Если АРВ препараты первого и второго ряда не имеют перекрестной устойчивости, нет необходимости проведения тестирования на резистентность.

Ранняя смена режима АРТ: ВН > 400 (> 50 – < 1000)1 копий/мл.

- Преимущества: сохранение возможности использования дополнительных вариантов в последующем лечении, более высокая вероятность эффективности новой схемы АРТ, снижение риска развития заболеваний, как связанных, так и не связанных со СПИД.
- Недостатки: более высокая стоимость и более быстрое исчерпывание возможных комбинаций АРВ препаратов; необходимость регулярного мониторинга вирусной нагрузки.

Поздняя смена режима АРТ (VL . 1000 – 10000 копий/мл или снижение уровня СД 4 на 25% от максимального уровня, отмечавшегося у пациента).

- Преимущества: меньшая стоимость.
- Недостатки: более активное накопление мутаций, вызывающих резистентность; потенциальная возможность распространения резистентных штаммов ВИЧ; возможное снижение эффективности нового режима АРТ; возможное ограничение выбора эффективных АРВ препаратов для АРТ второго ряда .

Если через 6 месяцев после начала АРТ показатель ВН > 50 (> 400)копий/мл, то ДО решения о смене режима АРТ необходимо оценить приверженность лечению, токсичность АРТ и взаимодействие лекарственных препаратов, а также принять меры для устранения выявленных проблем (замена АРВ препарата, вызывающего токсичный эффект, корректировка доз АРВ препаратов).

4.5. Схемы ВААРТ второго ряда

- При выявлении признаков неэффективности схемы ВААРТ первого ряда, рекомендуется перевести пациента на АРТ второго ряда, заменив все АРВ-препараты.
- АРТ второго ряда – это следующая схема, на которую следуют перейти сразу же после выявленной неэффективности схемы первого ряда. ИП – это резерв для использования в схемах второго ряда. В качестве оптимального решения рекомендуются усиленные ритонавиром ИП, дополненные двумя АРВ-препаратами из класса НИОТ (схемы второго ряда представлены в табл. 9).

Схемы АРТ второго ряда, рекомендованные для лечения взрослых и подростков	
Схемы первого ряда	Схемы второго ряда после неудачного лечения
Зидовудин + ламивудин + (эфавиренз или невирапин)	Лопинавир/ритонавир^a (или другой ИП/г) + тенофовир + ламивудин или эмтрицитабин лопинавир/ритонавир^a (ИП/г) + тенофовир + абакавир или диданозин (ранняя замена) или лопинавир/ритонавир^a (ИП/г) + тенофовир + ^б(зидовудин + ламивудин)
При регистрации препаратов: Тенофовир* + (ламивудин или эмтрицитабин*) + (эфавиренз или невирапин) Зидовудин + ламивудин + тенофовир Зидовудин + ламивудин + ^aЛопинавир/ритонавир (ИП/г)	Лопинавир/ритонавир^a (ИП/г) + зидовудин + ламивудин) или лопинавир/ритонавир^a (ИП/г)+диданозин+зидовудин или абакавир лопинавир/ритонавир^a (ИП/г) + абакавир +диданозин Тенофовир* + эмтрицитабин* + (эфавиренз или невирапин) или другой (ИП/г)

^a Лопинавир/ритонавир в данной таблице выделен как предпочтительный из всех усиленных ритонавиром ИП, однако в зависимости от приоритетов различных программ предоставления лечения его можно заменить на другой усиленный ИП (например, атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир или индинавир/ритонавир).

^b Зидовудин + ламивудин указаны здесь из стратегических соображений, поскольку неудача схем первого ряда позволяет предположить устойчивость к ним обоим. Однако зидовудин может предотвратить или задержать развитие мутации K65R, а ламивудин будет поддерживать мутацию M184V, которая снижает способность вируса к репликации, а также в некоторой степени восстанавливает чувствительность к зидовудину. Следует заметить, что клиническая эффективность такой тактики в данной ситуации не доказана.

* При регистрации в стране

- Рекомендованные дозы АРВ-препаратов см. в Приложении 4.

4.5.1. Рекомендации по выбору НИОТ

- Минимальные изменения при выборе схемы второго ряда – два новых НИОТ. Никогда не меняйте только один препарат при подозрении на устойчивость.
- Если первая схема АРТ включала зидовудин + ламивудин, то абакавир с диданозином (или тенофовир с диданозином в скорректированной дозе и при тщательном наблюдении) можно выбрать для схемы второго ряда.

Примечание:

- Варианты замены в тех случаях, когда схемы первого ряда, содержащие ИП, неэффективны:
 - ◊ зидовудин + ламивудин + ИП/ритонавир → абакавир+ диданозин + ННИОТ,
 - ◊ или резервные схемы терапии (рекомендованные ВОЗ)

4.6. Резервные схемы терапии

Если подтверждена неэффективность схемы второго ряда (по вирусологическим, иммунологическим и клиническим критериям), решают вопрос о переходе на резервную схему терапии. Резервными называют схемы, включающие препараты, активные даже против штаммов с частичной лекарственной устойчивостью. Желательно провести исследование лекарственной чувствительности.

- Если возможно, следует добавить два новых активных препарата, например ингибитор слияния Энфувиртид, который назначается 2 раза в сутки подкожно, и один из новых, усиленных ритонавиром ИП-тирановир или дарунавир, а также препарат Ралтегравир – представитель нового класса ингибиторов интегразы (ИИ).
- Генетический барьер для развития устойчивости к типранавиру / ритонавиру оказался даже выше, чем для лопинавира/ритонавира, а по эффективности типрановир/ритонавир равен лопинавиру/ритонавиру или превосходит его. Этот ИП в настоящее время используется только в резервных схемах терапии.
- Можно также использовать комбинацию из двух ИП, за исключением усиленного ритонавиром типрановира, который не комбинируется ни с каким другим ИП.

5. Клиническое наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией

С того момента, как у пациента диагностирована ВИЧ-инфекция, необходимо обеспечить ему предоставление постоянной помощи и наблюдения.

5.1. Мониторинг лабораторных показателей до начала АРТ

- Подсчет числа CD4
 - ◊ Повторять один раз каждые шесть месяцев, за исключением случаев получения неожиданных результатов или появления непредвиденных состояний (быстрое падение числа CD4 или выявление ОИ).
 - ◊ Если вопрос о начале АРТ находится в процессе обсуждения (число лимфоцитов CD4 ≤ 350 /мкл), повторять определение числа CD4 раз в три месяца.

- ВН позволяет судить об активности репликации вируса. Низкая ВН (1000–5000 копий/мл) указывает на медленное прогрессирование инфекции, а высокая (>100 000 копий/мл) – на быстрое.
 - ◊ Вирусная нагрузка определяется при высоком риске быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.
- Общие лабораторные исследования (см. табл. 3 выше) следует повторять каждые 6 месяцев, если вопрос о начале АРТ не пересматривался и не изменялись другие обстоятельства (появление сопутствующих заболеваний, беременность и т. д.).

5.2. Мониторинг лабораторных показателей у пациентов, получающих АРТ

Первый показатель, по которому можно судить об эффективности АРТ, — это снижение ВН; иммунологический ответ на лечение (число лимфоцитов CD4) зависит от ВН и, следовательно, проявляется позднее. Для оценки результатов АРТ лучше использовать оба показателя — ВН и число лимфоцитов CD4.

- Вирусная нагрузка определяется перед началом АРТ.
 - ◊ В дальнейшем следует измерять ВН 1 раз в 6 месяцев, в течение 1-го года АРТ, далее не реже 1 раз в год, по показаниям – чаще.
 - ◊ Как только уровень ВН падает ниже 400 копий в мл, необходимо следить, чтобы ВН оставалась на этом уровне и в дальнейшем.
- Число лимфоцитов CD4 нужно измерять каждые 6 месяцев, за исключением случаев неэффективности лечения, по показаниям – чаще.
- Общий набор лабораторных исследований (табл. 3 выше) нужно повторять раз в 6 месяцев, если не было замены АРВ-препаратов или не появились какие-либо другие обстоятельства.
- Частота лабораторных исследований зависит от используемых АРВ-препаратов (табл. 10).

Таблица 10. Сроки проведения лабораторных исследований в зависимости от назначенных АРВ-препаратов						
	Перед началом лечения	2-я нед	4-я нед	12-я нед	24-я нед	48-я нед
Вирусная нагрузка	х			х (по показаниям)	х	х
Число лимфоцитов CD4	х			х (по показаниям)	х	х
Общий анализ крови	х		х	х (зидовудин)	х	х
Биохимические показатели функции печени	х	х (неви- рапин)	х	х (невирапин, ИП)	х	х
Холестерин, триглицериды	х (ИП)			х (ИП)		х (ИП)

Показатели функции почек	х	х (тенофовир)	х (тенофовир)		х	х
х: лабораторное исследование показано независимо от используемых АРВ-препаратов; х (АРВ-препарат): исследование показано пациентам, которые получают указанный в скобках препарат.						

5.3. Воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ)

ВСВИ развивается вскоре после начала АРТ, чаще у пациентов с числом лимфоцитов менее 100/мкл. Бессимптомные (и потому не выявленные) ОИ на фоне АРТ могут проявиться воспалительной реакцией, обусловленной восстановлением и активацией иммунной системы, что позволяет их диагностировать. ВСВИ может наблюдаться у трети пациентов с ТБ, которые начали АРТ (более подробная информация о ВСВИ у пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ в разделе «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: ведение пациентов с сочетанной инфекцией»). Проявления ОИ часто бывают нехарактерными: атипичные микобактерии (комплекс *Mycobacterium avium-intracellulare* - МАК) могут вызвать абсцесс, а пневмоцистная пневмония (ПЦП) может протекать с необычными изменениями на рентгенограмме легких. Предполагается, что ВСВИ развивается примерно у 10% пациентов. Чаще всего возбудителем ОИ является МАК или ЦМВ; также могут наблюдаться обострения пролеченной ПЦП. Тактика врача: следует лечить ОИ и продолжать АРТ. Полезными бывают низкие дозы преднизолона (20—60 мг/сут).

5.4. Мониторинг приверженности лечению

У каждого пациента во время плановых визитов нужно оценивать, насколько тщательно соблюдается режим АРТ. Для этого используют различные методы (см. Приложение 5), но лучше всего пользоваться стандартными вопросниками, которые необходимо предлагать пациенту/пациентке раз в две недели или раз в месяц.

При повышении ВН после того, как ее удалось снизить, врач обязательно должен обсудить с пациентом вопрос соблюдения режима лечения с использованием открытых вопросов.

Оптимизация приверженности лечению в первые 4—6 месяцев после начала АРТ является решающим фактором, обеспечивающим долговременную иммунологическую и вирусологическую эффективность АРТ. При этом важными являются меры по улучшению соблюдения режима лечения в первые месяцы АРТ.

Поддержка соблюдения режима лечения должна быть частью повседневной работы всего персонала, оказывающего помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. Необходим индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом его потребностей на данном этапе лечения. При каждом визите пациента медработник должен убедиться, что пациент:

- имеет моральную и практическую поддержку;
- приспособил прием препаратов к своему распорядку дня;
- понимает, что несоблюдение режима лечения приводит к лекарственной устойчивости;
- осознает, что нужно принимать все дозы;
- не чувствует стеснения при приеме препаратов в присутствии других лиц;
- не пропускает визитов к врачу;
- знает о взаимодействиях АРВ-препаратов и их побочных эффектах;
- осведомлен о тревожных симптомах и других обстоятельствах, при которых он должен обратиться к врачу.

Когда пациент уже получает АРТ, могут появиться другие проблемы, требующие своевременного обсуждения:

- коррекция лекарственных взаимодействий и доз;
- лечение депрессии и других состояний.

5.5. Тактика при проявлениях токсичности и побочных эффектах АРВ-препаратов

Побочные эффекты при приеме АРВ-препаратов, особенно ИП, - распространенное явление (табл. 11).

- Лопинавир/ритонавир и нелфинавир могут вызвать острую диарею.
- Лопинавир/ритонавир ассоциируется с гиперлиппротеидемией (особенно гипертриглицеридемией).
- Почти все ИП могут нарушать липидный обмен.
- Отдаленные побочные эффекты и риск сердечно-сосудистых осложнений требуют оценки в долгосрочных исследованиях.

- Токсичность может быть причиной замены назначенного АРВ-препарата в той же схеме. Переход на другую схему лечения из-за проявлений токсичности не рекомендуется.

Таблица 11. Подтвержденная токсичность АРВ-препаратов и предложения по тактике ведения пациентов при ее проявлениях		
АРВ-препарат	Токсичность	Тактика
Некроз печени (угрожающий жизни)		
Невирапин	• Лихорадка, сыпь (50%), тошнота, рвота, эозинофилия, повышение активности АлАТ и АсАТ • Обычно проявляется в первые 6—18 недель лечения, после 48-й недели наблюдается редко • Развивается у 1—2% пациентов, получавших невирапин; риск выше у женщин с числом лимфоцитов CD4 >250/мкл и у мужчин с числом лимфоцитов CD4 >400/мкл	• Оценивать биохимические показатели функции печени на 2-, 4-, 8-, 16-й неделе лечения и затем раз в 3 месяца • Лечение симптоматическое • Некроз печени угрожает жизни; в тяжелых случаях нужно отменить все препараты сразу
Лактацидоз (угрожающий жизни)		
Риск по убыванию: • Ставудин с диданозином • Диданозин • Ставудин • Зидовудин	• Тошнота, рвота, похудание, слабость, панкреатит, полиорганная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром • 1—10 на 1000 пациентов в год для диданозина и ставудина	• Наблюдать за появлением клинических признаков лактацидоза; определять ранние признаки (КФК, HCO_3^-) • Симптоматическое лечение бикарбонатом • Заменить препарат на абакавир, тенофовир, ламивудин или эмтрицитабин
Гиперчувствительность (при повторном назначении абакавира угрожает жизни: анафилактический шок)		

Абакавир	• Лихорадка и сыпь (почти всегда), слабость и тошнота • 5%, после 6-й недели лечения развивается редко	• Осматривать кожу; не начинать лечение абакавиром вместе с другими препаратами, вызывающими сыпь • При уверенности в диагнозе отменить абакавир, и больше лечение им не возобновлять • Заменить абакавир на зидовудин, тенофовир или ставудин
Синдром Стивенса—Джонсона, синдром Лайелла		
Невирапин Реже эфавиренз	• Лихорадка, сыпь с волдырями, миалгия • Невирапин — 0,3%; эфавиренз — 0,1%	• Осматривать кожу • Назначить антибиотики; проводить интенсивное лечение раневых поверхностей, возможно в ожоговом центре
Панкреатит		
Риск по убыванию: • Ставудин с диданозином • Диданозин • Ставудин	• Боль, высокая активность липазы. • Диданозин 1—7%, при коррекции дозы реже	• Следить за активностью липазы. • Симптоматическое лечение: обезболивание, парентеральное питание; отменить препарат. • Заменить препарат на зидовудин, тенофовир или абакавир
Нефротоксичность		
Тенофовир	• Почечная недостаточность и синдром Фанкони • Чаще развивается у пациентов с исходными нарушениями функции почек	• Следить за сывороточным уровнем креатинина, с осторожностью назначать больным с почечной недостаточностью в анамнезе • Симптоматическое лечение • Возобновить лечение тенофовиром, снизив дозу (необходимо знать клиренс креатинина: препарат принимать через день) • Заменить тенофовир на зидовудин, абакавир или ставудин
Анемия		
Зидовудин	• Анемия, нейтропения (небольшое снижение — нормальное явление при лечении зидовудином). • 1—4%, зависит от дозы	• Сделать анализ крови через 2, 4, 8 и 12 недель лечения. Часто обнаруживается макроцитоз и анемия легкой степени (уровень гемоглобина до 10 г%) • Лечение: трансфузия препаратов эритропоэтина (очень дорогие) или замена зидовудина на другой НИОТ (тенофовир, абакавир или ставудин)
Периферическая нейропатия		

Диданозин, ставудин (d-препараты)	• Боль, парестезии в конечностях • 10—30%, может развиваться через несколько лет	• Следить за симптомами нейропатии, предупредить пациента • Лечение: обезболивание, замена d-препарата на другой НИОТ (зидовудин, тенофовир или абакавир)
• Атрофия жировой ткани		
Ставудин и другие НИОТ	• Уменьшение жировой ткани в области щек и конечностей • Часто встречается при длительном лечении (митохондриальная токсичность)	• Наблюдать за пациентом, сравнивать изменения с исходной картиной • Заменить ставудин на тенофовир или абакавир. Если атрофия необратима, прибегают к пластической операции
• Накопление жировой ткани		
ИП	• Ожирение туловища, молочных желез, «бычий горб» • 20—80%	• Определять антропометрические показатели и сравнивать их с предыдущими • Заменить ИП на ННИОТ, если пациент тяжело переносит липодистрофию/липоатрофию; может потребоваться пластическая операция
• Сыпь		
В порядке убывания: ННИОТ > ампренавир/фосампренавир > абакавир	• Пятнисто-папулезная зудящая сыпь • ННИОТ - 15%, ампренавир - 20%, абакавир - 5%	• Часто измерять температуру тела и оценивать биохимические показатели функции печени и КФК • Исключить аллергию на другие препараты (ТМП/СМК, антибиотики); в некоторых случаях на фоне АРТ происходит спонтанное разрешение сыпи • Можно заменить невирапин на эфавиренз и наоборот; если сыпь сохраняется, попробовать другую схему
• Повышение активности aminотрансфераз		
ННИОТ (все) и ИП (все)	• Повышение активности печеночных ферментов без других видимых причин. • При лечении ИП и ННИОТ 8—15% • Чаще развивается у пациентов с хроническим гепатитом В или С	• Измерять активность АЛАТ каждые 3 месяца; исключить другие причины (гепатит, лекарственные средства) • Часто уровни ферментов нормализуются при продолжении лечения ННИОТ или ИП • Отменить ННИОТ или ИП
• Желудочно-кишечные нарушения		

ИП (все), зидовудин, диданозин	• Тошнота и рвота • Диарея • Распространенное явление	• Исключить другие причины (ЦМВ-колит, криптоспоридиоз и микроспоридиоз при ВСВИ, который также может развиваться в первые недели после начала АРТ) • Если других причин диареи нет, назначить лоперамид; при тошноте и рвоте назначить метоклопрамид или ондансетрон
• Нарушения со стороны ЦНС		
Эфавиренз	• Ночные кошмары, нарушения концентрации, депрессия (риск самоубийства) • 50%	• Предупредить пациента, собрать психиатрический анамнез, направить на консультацию к психиатру • Лечение обычно не требуется; симптомы проходят через 5—21 сутки
• Инсулинорезистентность		
ИП (все, кроме атазанавира), особенно индинавир	• Повышение уровня глюкозы при пероральном тесте на толерантность к глюкозе, повышение уровня глюкозы утром натощак • 5%	• Следить за уровнем глюкозы крови натощак. • Лечение: диета, физические упражнения, метформин или производные тиазолидиндиона • Заменить ИП на ННИОТ
• Гиперлипидемия		
Ставудин > ИП (все кроме атазанавира)	• Повышение уровня липидов в крови, повышение уровней ЛПНП, холестерина, триглицеридов (гипертриглицеридемия особенно выражена при лечении ставудином) • Частота варьирует	• Измерять уровни липидов натощак перед началом АРТ и каждые 6 месяцев • Лечить в соответствии с рекомендациями по лечению при повышении уровня липидов, холестерина и триглицеридов • Назначить гиполипидемические средства: ингибиторы ГМГКоА-редуктазы и производные фиброевой кислоты; соблюдать осторожность в отношении лекарственных взаимодействий (не назначать с симвастатином, ловастатином)
• Гипербилирубинемия		
Атазанавир > индинавир	• Повышение уровня билирубина (безопасно; возможен зуд; длительного поражения печени не наблюдается, изменения обратимы) • Частота варьирует	• Измерять уровень билирубина в крови и следить за симптоматикой • Отменять препарат только при непереносимости. Заменить ИП
• Нефролитиаз		

Индинавир	• Боль в животе, гематурия, почечная колика • 10—20% в год, при употреблении более 3 л жидкости в сутки — реже	• Следить за анализом мочи, уровнем креатинина • Лечение как при других видах нефролитиаза
Источник: Bartlett, 2006г.		

5.6. Лекарственные взаимодействия

Лекарственные взаимодействия при АРТ могут быть серьезной проблемой. ЛЖВС приходится принимать множество различных лекарственных средств как для лечения самой ВИЧ-инфекции, так и ее осложнений, а также сопутствующих заболеваний.

При этом некоторые препараты вместе назначать нельзя, некоторые — можно. Последних большинство, однако, их взаимодействия повышают риск побочных эффектов, которые необходимо внимательно отслеживать. Может снижаться эффективность контрацептивов. (См. также Протокол 9 ВОЗ 2006г. «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»). Лекарственные взаимодействия с ННИОТ и ИП приведены в табл.12 и 13.

Таблица 12. Взаимодействия ННИОТ с некоторыми лекарственными средствами				
ННИОТ (препарат А) ^а		Вместе с.....(препарат В)	Результат взаимодействия	Значимость ^б
Эфавиренз	Невирапин			
+		Алкалоиды спорыньи	↑ уровня В	++ (избегать)
	+	Противоаритмические средства: лидокаин, амиодарон, другие	↑ и ↓ уровней В	++ (назначать с осторожностью)
+	+	Противосудорожные: карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал	↓ уровня В и/или А; взамен использовать габапентин	++
(+) ^в	+	Итраконазол, кетоконазол	(-) ^в уровень В	+
	+	Циклоспорин, такролимус, сиролимус	↑ уровня В	++
++	+	Мидазолам, алпразолам, триазолам	↑ уровня В	++
	+	Антагонисты кальция	↑ уровня В	++
+	+	Силденафил, варденафил, тадалафил	↑ уровня В	++
	+	Фентанил	↑ уровня А	++
+	+	Метадон	↓ уровня В	++
+	+	Контрацептивы	↑ и ↓ уровня В	++
+	+	Рифампицин, рифабутин	↑ и ↓ уровня В, ↓ уровня А (с осторожностью)	++
+	+	Препараты зверобоя	↓ уровня В	++

+	+	Варфарин	↑ уровня В	++
^а + или ++ в отношении препарата А означают степень его влияния на уровень препарата В. ^б Значимость: + означает, что взаимодействия могут быть клинически значимыми, ++ — что взаимодействия определенно клинически значимы. ^в (+) или (-) — непостоянные результаты. Источник: Sande & Eliopoulos, 2004; Gilbert, Moellering & Eliopoulos, 2005; Antoniu & Tseng, 2002 .				

Примеры прочтения таблиц:

1. Табл. 12, строка 6: эфавиренз сильно повышает уровни мидазолама, алпразолама и триазолама, а невирапин — не очень сильно. Повышение уровней этих препаратов имеет установленную клиническую значимость, однако совместное назначение препаратов допускается.

2. Табл. 13, строка 4: ампренавир, индинавир, лопинавир, нелфинавир, ритонавир и саквинавир повышают уровни карбамазепина, клоназепама, фенитоина и фенобарбитала; при этом уровни самих этих ИП снижаются. Эти взаимодействия клинически значимы. Следует избегать любых комбинаций этих препаратов.

Таблица 13. Взаимодействия ингибиторов протеазы с некоторыми лекарственными средствами									
Ингибитор протеазы (препарат А) ^а							Вместе с..... (препарат В)	Взаимодей- ствие	Значимо- сть ^б
Ам- пре- на- вир	Ата- за- на- вир	Ин- ди- на- вир	Ло- пи- на- вир	Нел- фи- на- вир	Ри- то- на- вир	Сак- ви- на- вир			
					+		Фентанил, трама- дол, гидрокодон	↑ уровня В	+
			+		+		Кодеин, морфин, метадон	↓ уровня В	+
+	+	+	+	+	+	+	Амиодарон, лидо- каин, флекаинид	↑ уровня В	+
+		+	+	+	+	+	Карбамазепин, клоназепам, фени- тоин, фенобарбитал	↑ уровня В ↓ уровня А	++ (избегать)
+	+	+			+		Трициклические антидепрессанты	↑ уровня В	+
	+				+		Все другие анти- депрессанты	↑ уровня В	+
					+		Лоратадин	↑ уровня В	++
			+				Атоваквон	↓ уровня В	+
+	+	+	++	+	+	++	Бензодиазепины	↑ уровня В	++

					+		Бета-адреноблока- торы	↑ уровня В	+
+	+	+	+	+	+	+	Антагонисты кальция	↑ уровня В	++
	+				+	+	Кларитромицин, эритромицин при нарушении функции почек	↑ уровня В	+ (с осторож- ностью)
+		+		+	+	+	Кларитромицин, эритромицин	↑ уровня В и А	+
	+		+	+	+		Контрацептивы	↓ уровня В	++
+			+		+	+	Глюкокортикоиды	↑ уровня В ↓ уровня А	+
+	+	+	+	+	+	+	Циклоспорин	↑ уровня В	+
+	+	+	+	+	+	+	Алкалоиды спорыньи	↑ уровня В	++ (избегать)
+	++	+	+	+	+	+	Ингибиторы Н ⁺ ,К ⁺ -АТФазы	↓ уровня А	+ (с осто- рожно- стью) (++, атазанавир — избегать)
+	++	+	+	+	+	+	Н ₂ -блокатор	↓ уровня А	++ (с осторож- ностью) (++, атазанавир — избегать)
+	+	+	+	+	+	+	Ловастатин, сим- вастатин	↑ уровня В	++ (избегать)

	+						Иринотекан	↑ уровня В	++ (избегать)
+		+	+	+		+	Кетоконазол, итраконазол	↑ уровня В ↑ уровня А	+
+	+	+	+	+	+	+	Пимозид	↑ уровня В	++ (избегать)
+	+	+	+	+	+	+	Рифампицин	↑ уровня В ↓ уровня А	++ (избегать)
+	+	+	+	+	+	+	Рифабутин	↑ уровня В ↓ уровня А	+ (с осторожностью, корректировать дозу)
+	+	+	+	+	+	+	Силденафил	Иногда ↑, иногда ↓ уровня В	++
+	+	+	+	+	+	+	Препараты зверобоя	↓ уровня А	++ (избегать)
	+						Тенофовир	↓ уровня А	++ (добавить ритонавир)
		+	+		+		Теofilлин	↓ уровня В	+
+	+		+		+		Варфарин	↑ уровня В	+
^а + или ++ в отношении препарата А означают степень его влияния на уровень препарата В. ^б Значимость: + означает, что взаимодействия могут быть клинически значимыми, ++ — что взаимодействия определенно клинически значимы. Источник: Sande & Eliopoulos, 2004; Gilbert, Moellering & Eliopoulos, 2005; Antoniu & Tseng, 2002.									

6. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности и эффективности услуг. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об улучшении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Каждое медицинское учреждение должно на регулярной основе (например, раз в месяц, квартал или полугодие) собирать следующие данные:

- число ВИЧ-инфицированных пациентов, наблюдающихся в учреждении (обратившихся хотя бы 1

раз за прошедшие 12 месяцев);

- число наблюдающихся в учреждении ВИЧ-инфицированных пациентов с показаниями к АРТ (число лимфоцитов CD4 <350/мкл);
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, начавших ВААРТ;
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих ВААРТ первого ряда;
- число пациентов, перешедших со схемы ВААРТ первого ряда на схему второго ряда;
- число пациентов, прервавших АРТ, с указанием причины (напр., смерть, токсичность/побочные эффекты, потерянные для дальнейшего наблюдения, недоступность АРВ-препаратов и т. д.);
- число умерших пациентов из числа получавших ВААРТ, с указанием причины смерти (напр., смерть, обусловленная ВИЧ/СПИДом; смерть, не связанная с ВИЧ/СПИДом, напр., несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство);
- число пациентов, умерших в течение первого года ВААРТ;
- число умерших из числа всех ВИЧ-инфицированных пациентов, с указанием причины (напр., смерть, обусловленная ВИЧ/СПИДом; смерть, не связанная с ВИЧ/СПИДом, напр., несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство).

Приложение II-А. Обязательные персональные данные о предшествующем лечении ВИЧ-инфекции

Таблица 14. Обязательные персональные данные о предшествующем лечении ВИЧ-инфекции						
Дата	Лимфоциты CD4/мкл	% лимфо- цитов CD4	ВН (копии/мл)	Текущая схема АРТ	Лекарственная устойчивость (генотипическая или фенотипическая)	АРТ: предыдущие схемы, причины замены

Приложение II-B.

Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, ВОЗ

Острая ВИЧ-инфекция

- Острая лихорадочная фаза (острый ретровирусный синдром)

Клиническая стадия 1

- Бессимптомное течение
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия

Клиническая стадия 2

- Себорейный дерматит
- Ангулярный хейлит
- Рецидивирующие язвы слизистой рта (два или более раз за последние 6 месяцев)
- Опоясывающий лишай (обширные высыпания в пределах одного дерматома)
- Рецидивирующие инфекции дыхательных путей (два или более случаев синусита, среднего отита, бронхита, фарингита или трахеита за любые 6 месяцев)
- Онихомикозы

Потеря массы тела менее 10% от исходного

Клиническая стадия 3

- Необъяснимая потеря веса (более 10% в течение 6 мес.)
- Лихорадка неясной этиологии более 1 месяца
- Необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца
- Туберкулез легких
- Туберкулез периферических лимфатических узлов
- Волосатая лейкоплакия полости рта
- Рецидивирующий кандидозный стоматит (два или более раз за 6 месяцев)
- Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, эмпиема плевры, пиомиозит, инфекции костей и суставов, менингит, сепсис)
- Острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит

Клиническая стадия 4

- Синдром кахексии, обусловленный ВИЧ-инфекцией
- Внегочный туберкулез (кроме периферических лимфоузлов)
- Пневмоцистная пневмония
- Рецидивирующая тяжелая или подтвержденная рентгенологически бактериальная пневмония (два или более раз в течение года)
- Цитомегаловирусный ретинит ($\pm$ колит)
- Герпес, вызванный ВПГ (рецидивирующий или персистирующий не менее 1 месяца)
- Энцефалопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией
- Кардиомиопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией
- Нефропатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- Саркома Капоши и другие обусловленные ВИЧ-инфекцией новообразования
- Церебральный токсоплазмоз
- Локализованная и генерализованная форма кандидоза (кандидозный эзофагит, бронхит, пневмония, кокцидиоидомикоз, гистоплазмоз)
- Криптоспоридиоз
- Криптококковый менингит
- Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями

Приложение II-С. Исследование лекарственной устойчивости

Для исследования лекарственной устойчивости вирусная нагрузка должна быть как минимум 500–1000 копий/мл.

Генотипическое исследование устойчивости основано на анализе мутаций вирусной РНК. После амплификации вирусного генома его расшифровывают. По выявленным мутациям можно судить об изменениях чувствительности вируса к препаратам. Это косвенный способ оценки лекарственной устойчивости. Популяция устойчивого штамма должна составлять более 20% от общей популяции вируса в организме.

Виртуальное фенотипическое исследование устойчивости проводится путем компьютерной обработки результатов генотипических исследований с использованием больших баз данных фенотипических исследований для интерпретации результатов.

Фенотипическое исследование устойчивости, как и микробиологическое, оценивает способность вируса к репликации в культуре клеток в присутствии различных лекарственных препаратов. Результат сравнивают с репликацией дикого штамма вируса. Маркером активности препарата служит концентрация препарата, подавляющая 50% штаммов вируса (ПК50). По результатам исследования можно оценить степень устойчивости.

Какое исследование проводить. На сегодняшний день все исследования стоят дорого. Генотипическое исследование стоит 400 евро, фенотипическое — 800 евро (цена на 2005 г.) Ожидание результатов исследования может занимать несколько недель. Генотипическое исследование до начала терапии дает достаточно оснований для планирования лечения. При выборе схем первого и второго ряда от более дорогого фенотипического исследования можно отказаться. У пациентов со сложным анамнезом АРТ, множеством выявленных мутаций или необъяснимой неэффективностью лечения фенотипическое исследование может быть целесообразным. Во время проведения исследований устойчивости пациент должен продолжать лечение по прежней, неэффективной схеме, так как иначе дикий штамм вируса начнет преобладать над устойчивым. Стандартных рекомендаций по проведению фенотипического или генотипического исследования устойчивости не существует.

Приложение II-D. Основные сведения об АРВ-препаратах

Таблица 15. Основные сведения об АРВ-препаратах						
Название	Англ. аббр.	Вес таблетки	Дозы	Примечания	Основные побочные эффекты (см. табл. 11)	Мутации устойчивости (<u>первичные</u> , вторичные)
НИОТ						
Абакавир	ABC	300 мг	Таблетка 300 мг 2 раза в сутки или 600 мг 1 раз в сутки	При гиперчувствительности в анамнезе повторно препарат не назначать	Реакция гиперчувствительности (лихорадка, сыпь, гриппоподобный синдром, симптомы со стороны ЖКТ и легких)	<u>65R, 74V, 115F, 184V/I</u>
Диданозин	ddl	250 мг 400 мг	Масса тела ≥60 кг: таблетка 400 мг 1 раз в сутки, <60 кг: таблетка 250 мг 1 раз в сутки	Принимать через 2 ч после еды. Снизить дозу, если схема включает тенофовир. Не назначать с рибавирином	Периферическая полинейропатия, панкреатит, лактацидоз	65R, <u>74V</u>
Зидовудин	ZDV	300 мг	Таблетка 300 мг 2 раза в сутки	Не назначать со ставудином; мутации 65R и 184V повышают чувствительность к препарату	Анемия, желудочно-кишечные нарушения, головная боль	41L, 67N, 70R, 210W, <u>215Y/E</u> , 219Q/E
Ламивудин	3TC	300 мг 150 мг	Таблетка 300 мг 1 раз в сутки или 150 мг 2 раза в сутки		Диарея (редко)	65R, <u>184V/I</u>
Ставудин	d4T	30 мг	Капсула 30 мг 2 раза в сутки	Не назначать с зидовудином	Периферическая нейропатия, липодистрофия, повышение активности АлАТ/АсАТ	41L, 67N, 70R, <u>75T/M/S/A</u> , 210W, <u>215Y/E</u> , 219Q/E
Тенофовир	TDF	300 мг	Таблетка 300 мг в сутки	Снизить дозу диданозина, не комбинировать со ставудином; осторожно применять при почечной недостаточности (снизить дозу)	Почечная недостаточность	41L, <u>65R</u> , 210W

Эмтрицитабин	FTC	200 мг	Капсула 200 мг 1 раз в сутки		Как у ламиву- дина	65R, <u>184V/I</u>
Абакавир + ламивудин	KVX	600 мг абакави-ра, 300 мг ламивудина	1 таблетка 1 раз в сутки			
Тенофовир + эмтрицитабин	TVD	300 мг тенофо- вира, 200 мг эмтрици- табина	1 таблетка 1 раз в сутки			
Зидовудин + ламивудин	CBV	300 мг зидову- дина, 150 мг ламиву- дина	1 таблетка 2 раз в сутки	При более вы- соких дозах зидовудина (использова- лись ранее) высокий риск побочных эф- фектов		
Зидовудин + ламивудин + абакавир	TZV	300 мг зидову- дина, 150 мг ламиву- дина, 300 мг абакави- ра	1 таблетка 2 раз в сутки	Не для приема 1 раз в сутки		
ННИОТ						
Делагирдин	DLV	200 мг 100 мг	2 таблетки по 200 мг 3 раза в сутки или 4 таблетки по 100 мг 3 раза в сутки	В Европе не используется	Сыпь, желу- дочно-ки- шечные на- рушения, диарея	K103N/S, Y181C/I, P236L, G190A/S/E/Q/C, Y188L/H/C, V106A/M, K101E/P, M230L, K238T/N, F318L, V179D/E
Невирапин	NVP	200 мг	Таблетка 200 мг 2 раза в сутки	В течение первых 14 суток 200 мг 1 раз в сутки, затем по 200 мг 2 раза в сутки	Сыпь, повы- шение ак- тивности пе- ченочных ферментов	100I, 101E, <u>103N, 106A/M,</u> 108I, 179D/E, <u>181C/I, 188C/H,</u> <u>190A/S, 230L</u>

Эфавиренз	EFV	600 мг	Таблетка 600 мг 1 раз в сутки	Первую дозу принять вечером	Головокружение, нарушения сна, психические расстройства (депрессия, риск самоубийства)	100I, 101E, <u>103N, 106A/M</u> , 108I, <u>181C</u> , 188L, 190A/S, 225H, <u>230L</u>
Этравирин	ETR	100 мг	Таблетки 200 мг 2 раза в сутки		Сыпь, тошнота	
Ингибиторы протеазы (ИП)						
Атазанавир	ATV	300 мг	Капсула 300 мг 1 раз в сутки + капсула ритонавира 100 мг 1 раз в сутки	Для пациентов, уже получавших АРТ. Назначать с ритона-виром	Повышение уровня билирубина (безопасно)	24I, 33F/I/V, 36I/L/V, 46I/L, 50L, 54V/L/M/T, 82A/F/T/S, 84V, 88S, 90M
Индинавир	IDV	400 мг	Капсула 400 мг 2 раза в сутки + капсула ритонавира 100 мг 2 раза в сутки	Назначать с ритонавиром	Камни в почках, дислиппротеидемия	24I, 32I, 36I, <u>46I/L</u> , 54V, <u>82A/F/T/S</u> , 84V, 90M
Лопина-вир/ритонавир (комбинированный препарат с фиксированной дозировкой)	LPV/r	133 мг/33 мг 200 мг/50 мг	4 капсулы по 133 мг/33 мг 2 раза в сутки или 2 таблетки по 200 мг/50 мг 2 раза в сутки	В отличие от старой лекарственной формы, новую не нужно хранить в холодильнике; обсуждается возможность приема 1 раз в сутки	Диарея, метеоризм, дислиппротеидемия	10I/R/V, 20M/R, 24I, 32I, 33I/F/V, 46I/L, 53L, 54V/L, 63P, 71V, 82°/F/T, 84V, 90M
Нелфинавир	NFV	250 мг 625 мг	2 таблетки по 625 мг 2 раза в сутки или 5 таблеток по 250 мг 2 раза в сутки	Принимать во время еды (всасывание улучшается на 270%); усиление ритонавиром не требуется	Диарея, метеоризм	<u>30N</u> , 36I, 46I/L, 54V/L/M/T, 82A/F/T/S, <u>84V</u> , <u>88D/S</u> , 90M

Ритонавир	RTV	100 мг	Только в качестве усилителя		Дислипипротейдемия, повышение активности печеночных ферментов, диарея	
Саквинавир	SQV	500 мг	2 капсулы по 500 мг 2 раза в сутки + капсула ритонавира 100 мг 2 раза в сутки	Новые таблетки по 500 мг; до 2004 г. Выпускались таблетки по 200 мг. Назначать с ритонавиром	Диарея и другие желудочно-кишечные нарушения, дислипипротейдемия	<u>48V</u> , <u>53L</u> , <u>54V/L</u> , <u>82A/F/T</u> , <u>84V</u> , <u>90M</u>
Типранавир	TPV	250 мг	2 капсулы по 250 мг 2 раза в сутки + 2 капсулы ритонавира по 100 мг 2 раза в сутки	Для пациентов, уже получавших АРТ. Не комбинировать с другими ИП. Назначать с ритонавиром.	Дислипипротейдемия (выраженная), повышение активности печеночных ферментов, диарея	13L/V, 20M/R/V, 33F/I, 35D/N, 36I, 45R, 46I/L, 47V, 54A/M/T/V, 58E, 66F, 69K, 71I/K, 74P, 82F/L/T, 84C/V, 90M, 91S
Фосампренавир	FPV	700 мг	Таблетка 700 мг 2 раза в сутки + капсула ритонавира 100 мг 2 раза в сутки	Дозы для пациентов, уже получавших АРТ. Назначать с ритонавиром	Сыпь, головная боль, диарея, дислипипротейдемия	32I, 47V, <u>50V</u> , <u>54L/M</u> , <u>82A/F/T/S</u> , <u>84V</u>
Ингибиторы слияния						
Энфувиртид	ENF	90 мг	90 мг/мл подкожно 2 раза в сутки	Формы для приема внутрь нет	Кожные реакции (зуд, отек, боль)	Одна точечная мутация гена gp41 либо две или три точечных мутации гена gp41 между участками 36 и 45; мутация гена gp41 вне участка 36-45
Ингибиторы интегразы						
Ралтегравир	RAL	400 мг	Таблетки 400 мг 2 раза в сутки		Тошнота, повышены КФК	
Источник: адаптировано из Sande & Eliopoulos, 2004; Gilbert, Moellering & Eliopoulos, 2005; Antoniu & Tseng, 2002, IAPAC, 2006 (137–139, 141).						

Приложение II-Е. Перечень АРВ-препаратов

Таблица 16. Перечень АРВ-препаратов ⁵		
Международное непатентованное название (INN)	Патентованное название	Фирма-производитель
НИОТ		
Абакавир (ABC)	Эпзиком – США, Кивекса – Великобритания (ламивудин/абакавир) Тризивир – Европа, Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир) Зиаген – Великобритания, США	GlaxoSmithKline
	Абавир	Genixpharma
	Вирол Вирол LZ (абакавир/ламивудин/зидовудин)	Ranbaxy
Диданозин (ddI)	Видекс, Видекс ЕС	Bristol-Myers Squibb
	Динекс ЕС Одивир Кит (диданозин/ламивудин/эфавиренз)	Cipla
	Авио-З Вирозин Виро-З	Ranbaxy (Индия)
	Дивир	Thai Government
Зидовудин (ZDV или AZT)	Комбивир – Великобритания, США (ламивудин/зидовудин) Ретровир – Великобритания, США Тризивир – Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир)	GlaxoSmithKline
	Зидовекс	Auribindo
	Зидовир Дуовир (ламивудин/зидовудин)	Cipla
	Зидо-Н (зидовудин)	Genixpharma
	Антивир	GPO (Таиланд)
	Авио-З Вирокомб (ламивудин/зидовудин) Вирол LZ (абакавир/ламивудин/зидовудин) Виро-З	Ranbaxy
Ламивудин (3TC)	Комбивир – Великобритания, США (ламивудин/зидовудин) Эпивир – Великобритания, США Зеффикс – Великобритания Эпзиком – США Кивекса – Великобритания (ламивудин/абакавир) Тризивир – Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир)	GlaxoSmithKline

	Ламивокс Ставекс-L (ламивудин/ставудин) Ставекс-LN (ламивудин/невирапин/ставудин) Зидовекс-L (ламивудин/зидовудин) Зидовекс-LN (ламивудин/невирапин/зидовудин)	Aurobindo
	Дуовир (ламивудин/зидовудин) Дуовир-N (ламивудин/невирапин/зидовудин) Ламивир Одивир Кит (диданозин/ламивудин/эфавиренз) Триомун (ламивудин/невирапин/ставудин)	Cipla
	Гептавир Ламистар 30, Ламистар 40 (ламивудин/ставудин) Невиласт (ламивудин/невирапин/ставудин) Зидолам (ламивудин/зидовудин)	Genixpharma
	Виролам Вирокомб (ламивудин/зидовудин) Вироланс (ламивудин/невирапин/ставудин) Виролис (ламивудин/ставудин) Вирол LZ, Абак-ALZ (абакавир/ламивудин/зидовудин)	Ranbaxy
Ставудин (d4T)	Зерит, Зерит XR	Bristol-Myers Squibb
	Ставекс Ставекс-L (ламивудин/ставудин) Ставекс-LN (ламивудин/невирапин/ставудин)	Aurobindo
	Ставир Ламивир-S (ламивудин/ставудин) Триомун (ламивудин/невирапин/ставудин)	Cipla
	Ламистар (ламивудин/ставудин) Невиласт (ламивудин/невирапин/ставудин) Стаг	Genixpharma
	Ставир	GPO (Thailand)
	Авостав Тривиро-LNS (ламивудин/невирапин/ставудин) Вироланс (ламивудин/невирапин/ставудин) Виролис, Ковиро (ламивудин/ставудин) Виростав	Ranbaxy
Тенофовир (TDF)	Трувада (тенофовир/эмтрицитабин) Вирид (тенофовир)	Gilead Sciences
	АТРИПЛА (эфавиренз/эмтрицитабин/тенофовир)	Bristol-Myers Squibb
Три нуклеозидных ингибитора (TRZ)	Тризивир – Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир)	GlaxoSmithKline

Эмтрицитаби (FTC)	АТРИПЛА (эфавиринз/эмтрицитабин/тенофовир)	Bristol-Myers Squibb и Gilead Sciences
	Эмтрива Трувада (тенофовир/эмтрицитабин)	Gilead Sciences
ННИОТ		
Делавирдин (DLV)	Рескриптор	Pfizer, Inc.
Невирапин (NVP)	Вирамун	Boehringer Ingelheim
	Невирекс Ставекс LN (ламивудин/невирапин/ставудин)	Aurobindo
	Дуовир-N (ламивудин/невирапин/зидовудин) Невимун Триомун (ламивудин/невирапин/ставудин)	Cipla
	Невиласт (ламивудин/невирапин/ставудин)	Genixpharma
	ГПОВир	GPO (Thailand)
	Невипан Тривиро LNS (ламивудин/невирапин/ставудин) Вироланс (ламивудин/невирапин/ставудин) Зидовекс-LN (ламивудин/невирапин/ставудин)	Ranbaxy
Эфавиренз (EFV)	Сустива – Европа, Великобритания Стокрин - Австралия, Европа, Латинская Америка, Южная Африка АТРИПЛА (эфавиренз/эмтрицитабин/тенофовир)	Bristol-Myers Squibb
	Виранз	Aurobindo
	Эфавир	Cipla
	Эстива	Genixpharma
	Эффервен	Ranbaxy
Этравирин (ETR)	Интеленс	
Ингибиторы слияния		
Энфувиртид, T-20	Фузеон - Великобритания, США	Roche Pharmaceuticals & Trimeris, Inc.
Ингибиторы протеазы		
Ампренавир (APV)	Агенераза - Великобритания, США	GlaxoSmithKline
Атазанавир (ATV)	Рейтаз - Европа, США	Bristol-Myers Squibb
Индинавир (IDV)	Криксиван	Merck & Co.
	Индивекс	Aurobindo
	Индивир	Cipla
	Индивир	Genixpharma

	Виродин	Ranbaxy
Лопинавир/ритонавир, комбинированный препарат (LPV/r)	Калетра	Abbott Laboratories
Нелфинавир (NFV)	Вирасепт	Pfizer, Inc., Roche Pharmaceuticals
	Нелвекс	Aurobinda
	Нелвир	Cipla
	Нелфин	Genixpharma
	Нефавир	Ranbaxy
Ритонавир (RTV)	Норвир	Abbott Laboratories
	Ритовир	Hetero/Genix
Саквинавир (SQV)	Фортоваза - Европа, Великобритания, США Инвираза - Великобритания, США	Roche Pharmaceuticals
Фосампренавир (FPV)	Лексива – США Телзир - Великобритания	GlaxoSmithKline и Vertex
	Криксиван	Merck & Co.
Дарунавир (DRV)	Презиста	Янсен Фармацевтика Н.В. Бельгия
Ингибиторы интегразы		
Ралтегравир (RAL)	Исентресс	Мерк Шарп

Приложение II-Ф. Перечень препаратов, разрешенных к применению в РК (на 01.07.2010г.)

Название препарата	Фирма	Форма выпуска
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
Зиаген (абакавир)	Glaxo Smith Klin	Таб.,300мг.,№60
Зиаген (абакавир)	Glaxo Smith Klin	Раствор для приема внутрь, 20мг/мл
Ретровир (зидовудин)	Glaxo Smith Klin	Капсулы, 100 мг, № 100
Ретровир (зидовудин)	Glaxo Smith Klin	Ампулы 10,0-200мг, № 5
Ретровир (зидовудин)	Glaxo Smith Klin	сироп, флаконы 200мл.10мг/мл (50мг/5мл)
Тимазид (зидовудин)	Ассоциация АЗТ	Капсулы, 0,1 гр, № 100
Зеффикс (ламивудин)	Glaxo Smith Klin	Таблетки, 100мг, № 28
Зеффикс (ламивудин)	Glaxo Smith Klin	Сироп 5мг/мл 240мл
<i>Виролам (ламивудин)</i>	<i>RANBAXI</i>	<i>Таблетки 150 мг №30</i>
Комбивир (зидовудин+ламивудин)	GlaxoSmith Klin	Таблетки 300мг зидовудин+150мг ламивудин №60
<i>Вирокомб (зидовудин+ламивудин)</i>	<i>RANBAXI</i>	<i>Таблетки 300мг зидовудин+150мг ламивудин №100</i>
Кивекса (абакавир+ламивудин)	GlaxoSmith Klin	Таблетки 600мг абакавира+300мг ламивудина
Зерит (ставудин)	Bristol Myers Squibb	Капсулы 40 мг № 56
Виростав (ставудин)	RANBAXI	Капсулы 40 мг №100
Видекс (диданозин)	Bristol Myers Squibb	Таблетки 100 мг № 60
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
Вирамун (невирапин)	Boehringer Ingelheim Pharma KG	Таблетки, 200 мг, № 60
Вирамун (невирапин)	Boehringer Ingelheim Pharma KG	Суспензия, флаконы 240 мл (50 мг/5мл)
Невипан (невирапин)	RANBAXI	Таблетки, 200 мг №60
Стокрин (ифавиренц)	Мерк Шарп	Таблетки 600 мг №30
Этравирин (интеленс)		Таблетки 100 мг
Ингибиторы протеазы		
саквинавир Фортоваза,	Hoffman La Roche	Капсулы, 200 мг, № 180
Индинавир Криксиван	Merck Sharp & Dohme IDEA, INC	Капсулы, 400 мг, № 180
Калетра (лопинавир+ритонавир)	Abbott	Капсулы 133,3 мг+33,3 мг №90
Калетра (лопинавир+ритонавир)	Abbott	Раствор для орального применения 60 мл во флаконе №5
Даруновир (Презиста)	Янсен Фармацевтика Н.В.	Таблетки 300мг
Ингибиторы интегразы		
Ралтегравир (Исентресс)	Мерк Шарп	Таблетки 400 мг

III. Помощь ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков

Введение

Злоупотребление психоактивными веществами наносит огромный вред здоровью человека и представляет собой серьезную проблему здравоохранения. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) подвергаются риску заражения различными инфекциями, передающимися с кровью, включая ВИЧ-инфекцию. В Казахстане употребление наркотиков – основная причина роста эпидемии ВИЧ-инфекции. Профилактическая работа, включающая просветительские мероприятия и программы снижения вреда, позволяет успешно сдерживать распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН. Кроме профилактической работы, не менее важное значение имеет и лечение, в том числе антиретровирусная терапия (АРТ). В то же время любая помощь должна быть организована так, чтобы привлечь как можно больше лиц, кто в ней нуждается. Наиболее успешным является сочетание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПИН с социальной, психиатрической и наркологической помощью, которая включает программы снижения вреда, детоксикационную и заместительную терапию.

1. Организация медицинской помощи

1.1. Общие принципы

Успешный опыт ряда программ помощи ПИН, которые включают диагностику и лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа среди ПИН, позволил выделить ряд основных принципов.

- 1) Медицинская помощь должна быть доступной. Службы должны быть расположены удобно для пациентов, в том числе, в учреждениях основной сети здравоохранения.
- 2) Медицинская помощь должна быть всесторонней. В одном учреждении должно предоставляться как можно больше услуг. Медицинские услуги следует дополнять социальной помощью, консультированием и просвещением. Для многих ПИН успешное лечение невозможно без участия нарколога и психиатра.
- 3) Медицинская помощь должна быть гибкой. Помощь важно предлагать в том объеме, в котором человек способен ее принять, так, сначала предложить простую помощь (например, профилактика ОИ), а затем, расширяя ее, включать новые услуги, вплоть до АРТ. Важнейшую роль в этом процессе играют просвещение и консультирование.
- 4) Медицинская помощь должна распространяться за пределы медицинских учреждений. Успешные программы, направленные на лечение заболеваний, в отношении которых в обществе бытуют предубеждения (в частности, ВИЧ-инфекции, СПИДа), всегда включают работу с населением. Она особенно важна для программ, обращенных к социально изолированным группам (ПИН и др.). Задача работы с населением – привлекать возможных пациентов к получению медицинской помощи и подкреплять их заинтересованность в ней. Наиболее эффективны программы, при которых работа с определенной группой населения тесно связана с сотрудничеством с общественными организациями, защищающими и представляющими интересы этой группы, и подготовкой консультантов из числа представителей данного социального круга.

1.2 Комплексная медицинская помощь ПИН

Комплексная медицинская помощь предусматривает несколько вариантов организации первичной помощи при ВИЧ-инфекции для ПИН, получающих наркологическую помощь.

Первый вариант – Комплексная медицинская помощь в центре СПИД. При этом необходимо направить пациента в ближайший центр лечения ВИЧ-инфекции (центры СПИД). Этот вариант наиболее приемлем для ведения дисциплинированных пациентов, не избегающих обращения в медицинские учреждения. Возможны ситуации, когда психические расстройства часто препятствуют медицинской помощи, одним трудно соблюдать режим посещений врача, другие испытывают страх перед медицинскими работниками или не решаются обращаться за помощью. Поэтому для обеспечения всесторонней помощи, в том числе преодоления психиатрических и наркологических проблем, мешающим больным соблюдать режим терапии, этой категории пациентов необходимо организовать консультации наркологов, психиатров и других специалистов в центрах СПИД.

Второй вариант – предоставление первичной медицинской помощи ПИН в наркологических учреждениях, в рамках лечения наркомании. Учреждение, в котором проводится лечение наркомании, должно беспрепятственно организовать комплексное медицинское обслуживание ПИН, включая АРТ, консультации специалистов центра СПИД и других. Для ВИЧ-инфицированных ПИН именно непрерывная медицинская помощь имеет решающее значение.

Третий вариант - оказание первичной медицинской помощи одновременно с лечением ВИЧ-инфекции у инфицированных ПИН в учреждении первичной медицинской помощи. ВИЧ-инфицированные ПИН, обратившиеся в первичное медицинское учреждение по поводу ВИЧ-инфекции, должны иметь возможность здесь же получать наркологическое лечение и АРТ.

1.3. Сотрудничество с программами снижения вреда (СВ)

Многие страны, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется в основном за счет потребления инъекционных наркотиков, уже имеют опыт проведения программ СВ для уязвимых групп населения, в том числе, для ПИН. Во время проведения программ СВ формируется штат квалифицированных сотрудников (социальных работников, консультантов, специалистов по работе с населением), которые умеют налаживать связи с населением и вызывать к себе доверие, относятся к своим подопечным без предубеждения. Хотя основным направлением программ СВ является профилактика, возможно расширение сферы их деятельности. Программы СВ играют важнейшую роль в помощи ВИЧ-инфицированным. Им удастся привлекать ПИН, использовать их для привлечения ПИН к тестированию и лечению, восстанавливать контакты с ПИН, прервавшими лечение ВИЧ-инфекции. Программы СВ могут оказывать существенную помощь в проведении различных мероприятий, в частности, в организации приема АРВ препаратов под медицинским контролем.

1.4. Просвещение и группы поддержки

В рамках комплексной программы лечения ВИЧ-инфекции у ПИН необходимо организовывать группы поддержки и просветительские мероприятия. Нередко бывшим потребителям инъекционных наркотиков лучше, чем кому-либо другому, удастся просвещать активных потребителей наркотиков и склонять их к обращению за помощью. Привлечение консультантов из числа бывших потребителей наркотиков уже доказало свою эффективность в ряде программ по улучшению соблюдения режима терапии ВИЧ-инфекции.

1.5. Заместительная терапия метадонот в структуре помощи ВИЧ-инфицированным

Учреждения, которые имеют или планируют получить право проводить заместительную терапию метадонот, должны организовать на своей базе лечение ВИЧ-инфекции и выдачу соответствующих препаратов своим пациентам. При таком подходе достигается максимальный уровень контроля над АРТ, необходимый для повышения ее эффективности и сокращения риска появления устойчивых штаммов ВИЧ. Кроме того, территориальное совмещение служб, оказывающих наркологическую помощь и АРТ, облегчает коррекцию режима лечения, необходимую при взаимодействии метадона и АРВ препаратов (см. Приложение III-A).

2. Антиретровирусная терапия

2.1. Общие положения

При индивидуальном подходе лечение ВИЧ-инфекции у ПИН часто весьма успешно. Ключ к успеху терапии – индивидуальный план лечения, разработанный на основе тщательного обследования и обучения пациента. При таком подходе удастся добиться наибольшей дисциплинированности больных. АРТ лучше проводить на фоне воздержания от наркотиков, но многие ПИН не способны воздерживаться при наличии у них угрожающего жизни заболевания. Безусловно, воздержанию от наркотиков следует способствовать, но важнее донести до сознания ПИН, что мероприятия программ СВ повышают эффективность и наркологического лечения, и АРТ. Если потребитель наркотиков, не способный полностью от них отказаться, посещает в назначенное время медицинское учреждение и соблюдает график приема препаратов, АРТ скорее всего окажется у него эффективной. Крайне важно при общении с пациентом не допускать его осуждения. В таком случае срыв или невоздержание от наркотиков будет восприниматься пациентом только в качестве проблемы, требующей лечения, а не непоправимой ошибки, которая сводит на нет весь процесс терапии.

2.2. Показания к АРТ

У пациентов, употребляющих психоактивные вещества, используются стандартные клинические и иммунологические показания к ВААРТ.

Своевременность начала АРТ крайне важна при лечении любого пациента, но особое значение она приобретает при лечении ПИН. Прежде чем назначить АРТ, важно убедиться, что пациент достаточно информирован и действительно заинтересован в лечении, выявить потенциальные препятствия к соблюдению режима терапии и принять меры к их устранению. Если стадия ВИЧ-инфекции позволяет, то лучше отложить начало АРТ и соответствующим образом подготовить пациента, чем начинать ее второпях, с высоким риском неэффективности терапии и развития лекарственной устойчивости ВИЧ. Если программа АРТ для ПИН хорошо организована и обеспечена квалифицированными кадрами, подготовка пациентов к АРТ займет несколько недель. Большинство пациентов, будучи должным образом проинформированы, понимают, что АРТ будет гораздо эффективнее после соответствующей подготовки, которая может включать и налаживание образа жизни, и наркологическое и психиатрическое лечение.

2.3. Подбор схемы АРТ

Предпочтительны простые схемы с приемом небольшого числа таблеток, для чего желательно использовать комбинированные АРВ препараты. Однако при лечении пациентов с развернутой стадией заболевания, низким уровнем лимфоцитов СД4 или высокой вирусной нагрузкой прибегать к менее эффективным схемам АРТ (в частности, к назначению Тризивира – комбинированного АРВ препарата зидовудина, ламивудина и абакавира) только лишь из-за их простоты не следует. Большинство больных предпочитает такие схемы АРТ, при которых таблетки принимаются в меньшем количестве и реже, но простота режима терапии – не гарантия его соблюдения.

При подборе схемы АРТ для потребителей наркотиков, необходимо учесть ряд обстоятельств:

- Невирапин чаще вызывает обострение активного гепатита, чем другие АРВ препараты;
- Ифавиренц способен вызвать обострение психических расстройств;
- У лиц злоупотребляющих алкоголем, на фоне приема диданозина повышен риск панкреатита, на фоне приема ставудина – периферической нейропатии.

2.4. Выдача препаратов пациентам

Особое внимание следует уделить процессу выдачи антиретровирусных препаратов пациентам и организации текущего контроля за ним. На начальном этапе пациентам следует выдавать препараты небольшими порциями через малые промежутки времени. У такого подхода есть два преимущества. Во-первых, частые посещения медицинского учреждения с целью получения препарата позволяет своевременно, до возникновения лекарственной устойчивости, выявлять недисциплинированных больных и налаживать режим терапии, проводить разъяснительные, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия. Во-вторых, при выдаче препаратов малыми порциями ниже риск формирования лекарственной устойчивости у недисциплинированных больных. Пациентам полезна система приема препаратов под медицинским контролем. Преимущества будут иметь схемы АРТ с приемом препаратов раз в день. **Целесообразно проводить в наркологических учреждениях, а также** в рамках действующих программ СВ (в пунктах обмена игл и прочих местных пунктах работы с населением).

Методы выдачи АРВ препаратов:

- Выдача препаратов предварительно расфасованными – сначала еженедельно, затем каждые 2-4 недели;
- Выдача одной дозы препарата пять раз в неделю в учреждениях, проводящих заместительную терапию метадон, с самостоятельным приемом остальных доз;
- Еженедельная или более частая выдача препаратов в пунктах обмена игл или в местах проведения других мероприятий программ СВ.

2.5. АРТ при заболеваниях печени

Среди ВИЧ-инфицированных ПИН распространен гепатит С. Кроме того, в этой группе часто встречаются хронический гепатит В и алкогольное поражение печени. На фоне заболеваний печени АРВ препараты чаще проявляют гепатотоксичность, нарушен метаболизм многих препаратов.

Однако, несмотря на свойственную многим АРВ препаратам гепатотоксичность, почти у 90% ВИЧ-инфицированных пациентов (независимо от наличия у них вирусных гепатитов) серьезных нарушений функции печени на фоне АРТ не наблюдается.

Среди НИОТ лекарственный гепатит наиболее часто вызывают зидовудин, диданозин и ставудин. Его проявления – увеличение печени, изменение активности печеночных ферментов, лактацидоз. В меньшей мере эти побочные эффекты вызывают абакавир и ламивудин. К НИОТ, вызывающим

нарушение функции печени, относится ифавиренц, но более опасен в этом отношении невирапин. Легкую форму лекарственного гепатита нередко вызывают ИП. Ритонавир, особенно в полной терапевтической дозе в качестве единственного ИП, обладает наиболее выраженной гепатотоксичностью. Тогда как лекарственный гепатит, вызываемый ННИОТ, развивается в первые недели терапии, гепатотоксические эффекты ИП могут проявиться на любой стадии лечения.

При АРТ необходимо учитывать тяжесть поражения печени. Пациентам с хроническим поражением печени без клинических проявлений печеночноклеточной недостаточности АРВ препараты назначают в обычных дозах, но риск лекарственного гепатита у них повышен. НИОТ и эфавиренз переносятся несколько лучше, чем невирапин и ИП.

Поскольку у пациентов с циррозом и тяжелой печеночной недостаточностью нарушен метаболизм препаратов в печени, на фоне приема НИОТ у них повышен риск лактацидоза. Тем не менее, назначать НИОТ в более низких дозах не следует, это допустимо только для зидовудина. Эфавиренз пациентам с печеночной недостаточностью можно принимать в стандартных рекомендуемых дозах, но от назначения им невирапина следует по возможности воздержаться. Подобрать дозы ИП пациентам с печеночной недостаточностью трудно.

3. Заместительная терапия метадон у ВИЧ-инфицированных

3.1 Коррекция доз АРВ препаратов на фоне терапии метадон

Метадон в значительной мере метаболизируется микросомальными ферментами печени. Соответственно на фоне приема препаратов, вызывающих индукцию этих ферментов (карбамазепина, рифампицина) метаболизм метадона ускорен и необходимо повышать его дозу. Ингибиторы микросомальных ферментов печени, напротив, замедляют метаболизм метадона. Метадон, в свою очередь, замедляет метаболизм зидовудина, и его уровень в крови возрастает.

Необходимо отметить, что на фоне заместительной терапии метадон ВИЧ-инфицированным ПИН требуются дополнительные анальгетики для лечения острой или хронической боли – ежедневная доза метадона, вызывая привыкание, боль не купирует.

В результате лекарственных взаимодействий могут произойти изменения уровней как метадона, так и антиретровирусных препаратов. Исследования показали, что невирапин эфавиренз и ритонавир, вызывая индукцию микросомальных ферментов печени, снижают концентрацию метадона в крови и провоцируют у некоторых пациентов клинически выраженный синдром отмены. Обычно он проявляется через 4-8 дней приема нового препарата – возникает озноб, потливость, гусиная кожа, тошнота, диарея, схваткообразные боли в животе, насморк и слезотечение, миалгия, дрожь, тревога. Из-за нарастающего синдрома отмены многие больные снова начинают употреблять героин, перестают верить врачам и отказываются от АРТ. В связи с этим в начале АРТ специалистам по лечению ВИЧ-инфекции и заместительной терапии метадон крайне важно часто и открыто общаться с пациентом. Как правило, сразу существенно повышать дозу метадона не следует, поскольку на деле концентрация метадона в крови часто снижается меньше, чем предполагают теоретически. Больных, получающих метадон, в начале АРТ необходимо часто осматривать, чтобы своевременно выявлять признаки синдрома отмены. При необходимости дозу метадона увеличивают с 8-10 дня терапии – на 10 мг за раз.

Заместительная терапия метадон тоже отражается на концентрации АРВ препаратов. На сегодня описано два значимых лекарственных взаимодействия такого рода. Во-первых, на фоне применения метадона примерно на 40% возрастает уровень зидовудина в крови. Тем не менее, эмпирически снижать дозу зидовудина не рекомендуется; однако необходимо тщательно отслеживать признаки его побочного действия. Во-вторых, обнаружено, что на фоне применения метадона падает концентрация диданозина в крови – приблизительно на 60%. Это часто чревато недостаточностью дозы диданозина, а именно недостаточным подавлением репликации ВИЧ и развитием лекарственной устойчивости. Следует отметить, что эти данные получены в исследованиях диданозина в таблетках, содержащих буферные вещества, при приеме два раза в сутки. Аналогичных данных при использовании диданозина в других лекарственных формах (в порошке и капсулах, покрытых кишечнорастворимой оболочкой) нет. Пока не появятся дополнительные данные, пациентам, принимающим метадон, диданозин в таблетках с добавлением буферных компонентов желателно не назначать.

4. Особенности других видов помощи

4.1. Инфекции

У ПИН с ВИЧ-инфекцией часто наблюдаются кожные заболевания, инфекции, пневмонии, инфекционный эндокардит, сепсис. Бактериальная пневмония у ПИН, по сравнению с другими ВИЧ-

инфицированными, начинается раньше (при числе лимфоцитов CD4 200-400 мкл¹) и чаще бывает первым проявлением ВИЧ-инфекции. Отчасти предотвратить ее помогает обычная профилактика пневмоцистной пневмонии (триметопримом-сульфаметоксазолом).

Важное место в программах СВ занимает информирование о профилактике бактериальных местных заболеваний, постинъекционных осложнений. Кроме того, желательно включать в такие программы профилактику и лечение кожных инфекций. Программы, включающие указанные виды помощи, будут более привлекательными для ПИН и более эффективны при работе с населением.

4.2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку и планирование семьи

Неотъемлемой частью комплексной непрерывной медицинской помощи ПИН должны стать услуги по планированию семьи и профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Информация о возможностях выбора и о существующих услугах должна предоставляться пациенткам при первом посещении врача.

Консультанты-добровольцы (рожавшие ВИЧ-инфицированные женщины, прошедшие подготовку по предтестовому и послетестовому консультированию и основам ППМР) способны сыграть решающую роль в помощи ВИЧ-инфицированным беременным ПИН. Следуя именно их советам, многие беременные обращаются в службы дородовой помощи, соблюдают режим антиретровирусной ППМР и остаются под наблюдением врачей после родов.

Поскольку большинство женщин, употребляющих инъекционные наркотики, обращаются за медицинской помощью в родах и, таким образом, не получают дородовой помощи, в родильных домах необходимо иметь запас качественных наборов для экспресс-диагностики (утвержденных ВОЗ в 2002г.) и АРВ препаратов для экстренной ППМР (невирапином, зидовудином). См. также протокол VI («Профилактика ВИЧ-инфекции у детей (ППМР)»).

4.3. Лечение хронического гепатита

Методы лечения хронических гепатитов В и С совершенствуются. При сочетанной инфекции ВИЧ и вирусом гепатита В предлагается использовать препараты, воздействующие на оба вируса, например, ламивудин и тенофовир. При гепатите С следует назначать пэгилированный (конъюгированный с полиэтиленгликолем) альфа-интерферон и рибавирин, однако устойчивый ответ на терапию наблюдается не более чем у трети пациентов. В связи с этим отбор пациентов, которым следует проводить лечение гепатита С, сложен. В отдельных случаях можно установить тяжесть поражения печени с помощью биопсии. Чрезмерное употребление алкоголя крайне отрицательно сказывается на течении заболеваний печени, поэтому большое значение имеет консультирование и лечение по поводу алкогольной зависимости. Как правило, пациентам с числом лимфоцитов CD4 менее 200 мкл¹ лечение гепатита С можно начинать только после стабилизации состояния с помощью АРТ. При числе лимфоцитов CD4 свыше 350 мкл¹, напротив начинать следует с лечения гепатита С – это позволяет избежать взаимодействия препаратов против гепатита С с АРВ препаратами. Крайне важно выявлять противопоказания к лечению гепатита С, к числу которых относятся психические расстройства. Так, прием интерферона способен усугубить депрессию. На фоне лечения рибавирином усиливаются гематологические нарушения, особенно анемия.

При необходимости одновременной терапии гепатита С и ВИЧ-инфекции следует учесть некоторые обстоятельства: из-за потенциального взаимодействия между рибавирином и НИОТ увеличивается вероятность развития лактацидоза; кроме того, побочные эффекты препаратов, используемых для лечения гепатита С, могут препятствовать стабильности эффекта АРТ.

Приложение III-А.
Взаимодействие метадона и АРВ препаратов

АРВ препарат	Изменение уровня метадона	Изменение уровня АРВ препарата	Комментарий
НИОТ			
Зидовудин	Нет	↑ AUC на 40%	Тошнота, рвота, астения, головная боль и признаки угнетения кроветворения указывают на передозировку зидовудина, если уровень метадона перед приемом очередной дозы в норме.
Диданозин	Нет	↓ AUC на 60%	Взаимодействие выявлено только при приеме диданозина в таблетках, содержащих буферные компоненты (2 раза в сутки). Предположительно оно обусловлено снижением биодоступности диданозина в результате замедленного пассажа препарата через желудок у пациентов, принимающих метадон. Кроме того, фармакокинетика диданозина существенно различается у разных пациентов. Влияние метадона на уровень диданозина, принимаемого в порошке или в капсулах, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, не изучено.
Зальцитабин	Неизвестно	Неизвестно	
Ставудин	Нет	↓ AUC на 18%	Снижение концентрации ставудина, вероятно, не имеет клинического значения.
Ламивудин	Нет	Нет	Взаимодействия неизвестны.
Абакавир	↑ выведение на 23%	↓ пикового уровня на 34% ↑ время достижения пикового уровня	Данных мало, риск развития синдрома отмены опиоидов низкий.
ННИОТ			
Невирапин	↓ AUC на 46%, возможен синдром отмены	Неизвестно	По данным клинических исследований, пациентам, длительно принимающим метадон, с началом приема невирапина требовалось увеличить дозу метадона на 50-100% для лечения синдрома отмены. Признаки синдрома отмены обычно возникали через 4-8 дней приема невирапина.
Эфавиренз	↓ уровня в крови	Неизвестно	См. невирапин
Ингибиторы протеазы			
Индинавир	Нет	Нет	Данных мало, взаимодействия не выявлены.
Ритонавир	↓ уровня в крови на 35-50%	Нет	Данных мало. Необходимо тщательно отслеживать признаки синдрома отмены метадона.
Саквинавир	Нет	Нет	Данных мало, взаимодействия не выявлены.
Нелфинавир	↓ уровня в крови на 29-47%	Нет данных	В исследованиях, отметивших снижение концентрации метадона, проявления синдрома отмены не регистрировались.
Ампренавир	Неизвестно	Неизвестно	
Лопинавир/ Ритонавир	Неизвестно	Неизвестно	Низкие дозы ритонавира способны вызывать синдром отмены метадона.

IV. Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций

1. Основные положения

- Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) являются важнейшими составляющими комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.
- Медицинские учреждения, обслуживающие ВИЧ-инфицированных, должны быть оснащены базовым комплектом диагностического оборудования и лекарственными препаратами.
- Средства на их приобретение должны предоставляться государственными и международными программами финансирования.
- Профилактика, диагностика и лечение ОИ должны осуществляться на всех уровнях медицинской помощи, в соответствии с возможностями и профилем медицинских учреждений.
- Качество предоставляемой помощи обеспечивается путем направления пациентов на консультации к специалистам, работающим в различных сферах медицины.
- Региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом, согласно распоряжению Министерства здравоохранения, будут координировать и контролировать совместную работу медицинских учреждений, чтобы оптимизировать оказание медицинской помощи всем нуждающимся в ней ВИЧ-инфицированным.

2. Общие принципы

- Профилактика, диагностика и лечение ОИ при распределении финансирования должны рассматриваться наравне с другими составляющими комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.
- Партнерам, например НПО, предлагается налаживать сотрудничество и оказывать поддержку государственной системе здравоохранения. Они должны предоставлять услуги по профилактике, диагностике и лечению ОИ в соответствии с принятыми в стране стандартами.
- *Всем* пациентам с ОИ (включая потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, заключенных и представителей других групп населения) должна предоставляться возможность лечения. Решение о назначении терапии следует принимать только исходя из медицинских показаний. Никому не должно быть отказано в медицинской помощи по политическим или социальным причинам. Следует прилагать дополнительные усилия по проведению химиопрофилактики ОИ ВИЧ-инфицированным, которым она может принести пользу.
- Лечение любых сопутствующих заболеваний следует проводить независимо от стадии ВИЧ-инфекции.
- Региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом должны контролировать совместную работу медицинских учреждений, чтобы оптимизировать оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

2.1. Общие сведения

Обусловленные ВИЧ-инфекцией ОИ перечислены в табл. 1.

Таблица 1. Инфекции и заболевания, обусловленные ВИЧ/СПИДом				
Бактериальные инфекции	Грибковые инфекции	Вирусные инфекции	Инфекции, вызванные простейшими	Другие болезни
Туберкулез Инфекции дыхательных путей Кишечные инфекции Инфекции, вызванные атипичными микобактериями Бартонеллез	Кандидозный эзофагит Криптококкоз Гистоплазмоз Пневмоцистная пневмония Кокцидиоидомикоз	Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса Опоясывающий лишай Цитомегаловирусная инфекция Инфекция, вызванная герпесвирусом человека типа 8 (герпесвирус, ассоциированный с саркомой Капоши) Инфекция, вызванная вирусом папилломы человека Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия Гепатиты В и С (у ВИЧ-инфицированных протекают тяжелее)	Токсоплазмоз Криптоспоридиоз Микроспоридиоз Изоспориаз Лейшманиоз	Саркома Капоши Неходжкинская лимфома Рак шейки матки Энцефалопатия Вакуолярная миелопатия

В Казахстане самыми распространенными являются следующие ОИ:

- туберкулез (ТБ);
- бактериальные инфекции;
- пневмоцистная пневмония (ПЦП);
- герпетические инфекции, включая, опоясывающий лишай (вирус варицелла-зостер), инфекции, вызванные вирусом простого герпеса типа 1 и 2 (ВПГ 1—2);
- токсоплазмоз.

Реже встречаются следующие заболевания:

- инфекция, вызванная комплексом *Mycobacterium avium-intracellulare* (МАК);
- саркома Капоши (СК);
- неходжкинская лимфома (НХЛ);
- цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция (ретинит, колит, энцефалит).

В зависимости от качества диагностики порядок заболеваний в этом перечне может меняться.

2.2. Первичное обследование

- Согласно Правилам медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека, обследованию по клиническим показаниям подлежат больные (взрослые и дети), у которых наблюдаются:

1. Синдромы и симптомы неясного происхождения:

- 1) лихорадка длительностью более 1 месяца;
- 2) увеличение двух и более лимфатических узлов более 1 месяца;
- 3) диарея длительностью более 1 месяца;
- 4) необъяснимая потеря массы тела 10% и более;

2. Предполагаемые или подтвержденные заболевания:

- 1) затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии;
- 2) пневмоцистная пневмония;
- 3) туберкулез легочный и внелегочный;
- 4) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;
- 5) кандидоз, пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;
- 6) глубокие микозы (криптококкоз, споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз и др.);
- 7) саркома Капоши;
- 8) ворсистая лейкоплакия языка;

- 9) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов;
- 10) лимфома головного мозга;
- 11) подострый менингоэнцефалит;
- 12) прогрессирующая очаговая лейкоэнцефалопатия;
- 13) токсоплазмоз центральной нервной системы;
- 14) первичное слабоумие у лиц ранее здоровых;
- 15) тяжело протекающие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) – сифилис, гонорея, урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, вирусный папиломатоз, трихомониаз и др.;
- 16) генерализованная цитомегаловирусная инфекция;
- 17) генерализованная хроническая инфекция, вызванная вирусом простого герпеса;
- 18) рецидивирующий опоясывающий лишай у лиц младше 60 лет;
- 19) тяжелые хронические воспалительные заболевания гениталий неясной этиологии у женщин;
- 20) инвазивные новообразования женской половой сферы;
- 21) гепатиты В, С, Д;
- 22) мононуклеоз (через 3 месяца от начала заболевания);
- 23) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови.
- 24) заболевания глаз цитомегаловирусной, герпетической природы;
- 25) больные инфекциями, передающимися половым путем;
- 26) иммунодефицитные состояния.

Лица со всеми указанными симптомами, синдромами, заболеваниями и состояниями имеют право отказаться от прохождения тестирования, и этот отказ не может служить основой для каких-либо ограничений, связанных с предоставлением им медицинской помощи. Врач должен объяснить пациенту причины, по которым ему предлагается пройти тестирование на ВИЧ, и важность полученного результата для правильного лечения. Первичная оценка ВИЧ-статуса должна включать:

- дотестовое консультирование;
- серологическое исследование (как правило, ИФА) на антитела к ВИЧ с подтверждением полученного результата иммуноблоттингом;
- послетестовое консультирование (независимо от результата исследования включает информацию о снижении рискованного поведения);

При положительном результате тестирования проводят первичное клиническое обследование для определения стадии ВИЧ-инфекции и выявления сопутствующих заболеваний и состояний. Подробнее см. в Протоколах, часть II, и Протоколе ВОЗ 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков».

3. Консультирование по проблеме ОИ и другим состояниям

- Врачи и медсестры должны объяснять пациентам и их родственникам, что ВИЧ-инфекция — это хроническое заболевание, которое может сопровождаться ОИ.
- Необходимо проинформировать пациентов о том, что некоторые ОИ можно предупредить (табл. 2).
- Пациенты должны понимать важность ранней диагностики ОИ и необходимость обращения к врачу при подозрении на прогрессирование ВИЧ-инфекции.
- Необходимо рассказать о симптомах, которые могут указывать на ОИ и о которых следует сообщить лечащему врачу. К ним относятся:
 - ♦ одышка: ПЦП, ТБ, пневмония другого происхождения;
 - ♦ кашель: ПЦП, ТБ, пневмония другого происхождения;
 - ♦ кровохарканье: ТБ, пневмония другого происхождения;
 - ♦ неврологические нарушения: церебральный токсоплазмоз, церебральная лимфома или менингит/энцефалит;
 - ♦ потеря веса, лихорадка, ночная потливость: ТБ, атипичный микобактериоз, лимфома;
 - ♦ снижение остроты зрения: ретинит, вызванный ЦМВ;
 - ♦ боль при глотании: кандидозный эзофагит;
 - ♦ диарея: колит, вызванный ЦМВ, криптоспоридиоз, микроспоридиоз, сальмонеллез и др.;
 - ♦ слабость в конечностях: церебральный токсоплазмоз;

- ◊ любые изменения психического состояния или поведения, которые замечают друзья и/или родственниками пациента и которые могут быть признаком психических нарушений: герпетический менингит, токсоплазмоз, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия и пр.);
- ◊ поражения кожи или (чаще) слизистой ротовой полости: кандидоз («молочница») — может быть признаком неэффективности антиретровирусной терапии (АРТ).
- Пациенты должны понимать важность наблюдения за проявлениями хронических заболеваний, которые у них имеются.
- ◊ Пациенты с хроническим гепатитом должны дважды в год проходить УЗИ брюшной полости в связи с риском развития гепатоклеточной карциномы.
- ◊ Пациенты с ТБ в анамнезе должны раз в год проходить рентгенологическое исследование грудной клетки.
- ◊ ВИЧ-инфицированные пациенты старшего возраста, страдающие ожирением и гипертонической болезнью и получающие АРТ с ингибиторами протеазы (ИП), должны проходить регулярные исследования для выявления возможных сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и других заболеваний.
- Пациентов необходимо обеспечить графиком регулярных лабораторных и клинических исследований. График может меняться при изменении состояния или появлении сопутствующих заболеваний.

Дополнительную информацию по консультированию см. в Протоколе ВОЗ 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков».

4. Профилактика ОИ у ВИЧ-инфицированных пациентов

- Некоторые ОИ у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), можно предупредить.
 - Профилактика ОИ у ЛЖВС должна быть частью комплексной помощи, которая им предоставляется.
 - Отмена первичной профилактики ОИ допустима в случаях, когда на фоне АРТ в течение 3—6 месяцев число лимфоцитов CD4 увеличивается до определенного уровня (например, для ПЦП >200/мкл, для токсоплазмоза >100/мкл, для инфекции, вызванной МАК >50/мкл). Отмена вторичной профилактики допустима при тех же условиях, однако требуется тщательное наблюдение за пациентом. Если число CD4 вновь падает ниже указанных уровней, профилактику возобновляют.
- В табл. 2 обобщены самые современные рекомендации по профилактике ОИ.

Таблица 2. Профилактика ОИ у ВИЧ-инфицированных пациентов			
Возбудитель	Показания	Препараты выбора	Альтернативные препараты
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Число лимфоцитов CD4 <200/мкл или кандидоз полости рта и глотки	ТМП/СМК (котримоксазол), 160/800 мг (1 таблетка с удвоенной дозой) внутри 1 раз в сутки	• ТМП/СМК, 80/400 мг (1 таблетка с обычной дозой) внутри 1 раз в сутки • ТМП/СМК, 160/800 мг (1 таблетка с удвоенной дозой) внутри 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница). • Дапсон*, 50 мг внутри 2 раза в сутки. • Дапсон*, 100 мг внутри 1 раз в сутки • Пириметамин* 50 мг + дапсон* 50 мг + фолиевая кислота 15 мг 1 раз в сутки. • Пентамидин* (ингаляции), 300 мг 1 раз в 3 недели • Можно также использовать клиндамицин* или атоваквон*
<i>Toxoplasma gondii</i> (первичная профилактика)	Число CD4 <100/мкл	ТМП/СМК, 160/800 мг (1 таблетка с удвоенной дозой) внутри 1 раз в сутки	• ТМП/СМК, 80/400 мг (1 обычная таблетка) внутри 1 раз в сутки • Дапсон*, 50 мг внутри 1 раз в сутки + пириметамин*, 50 мг внутри 1 раз в неделю + фолиевая кислота, 25 мг внутри 1 раз в неделю

<i>Toxoplasma gondii</i> (вторичная профилактика)	Число CD4 <100/мкл	ТМП/СМК, 160/800 мг (1 таблетка с удвоенной дозой) внутрь 1 раз в сутки	Дапсон*, 50 мг внутрь 1 раз в сутки + пириметамин* 50 мг внутрь 1 раз в сутки + фолиевая кислота 15—25 мг 1 раз в сутки
Комплекс <i>Mycobacterium Avium</i>	Число CD4 <50/мкл	Азитромицин, 1200 мг внутрь 1 раз в неделю	Кларитромицин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки
<i>Cryptococcus Neoformans</i>	Число CD4 <50/мкл	Флуконазол, 100—200 мг внутрь 1 раз в сутки	

* подлежат регистрации в РК

Примечание: профилактику туберкулёза см. в разделе 5.1. Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных.

5. Диагностика и лечение ОИ

5.1. Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных

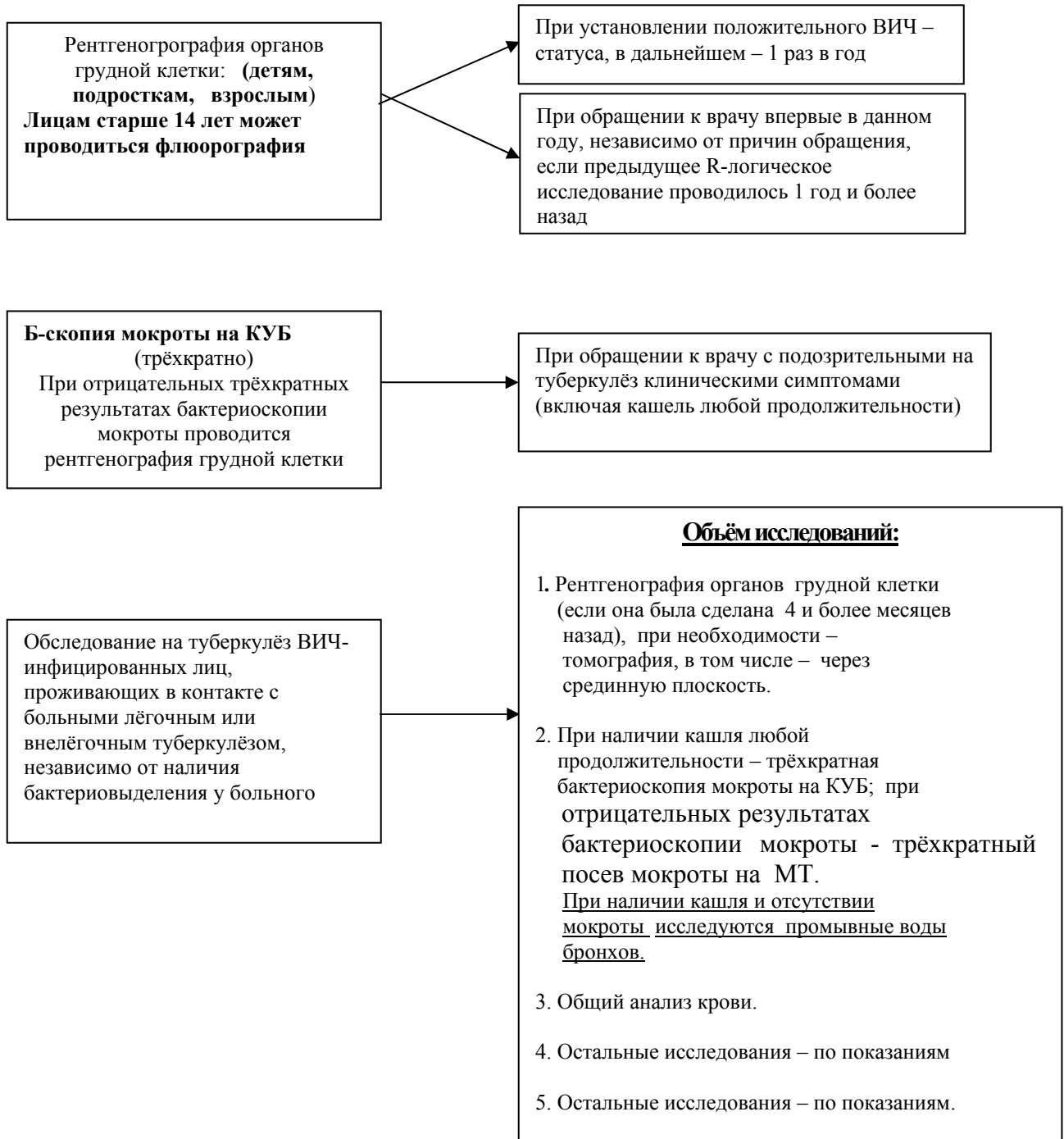
В регионах с высокой распространённостью ВИЧ – инфекции туберкулёз является основной оппортунистической инфекцией и ведущей причиной смерти ВИЧ – инфицированных лиц. В Республике Казахстан он диагностируется в среднем у 45,8 % пациентов, находящихся в симптомных стадиях ВИЧ – инфекции и составляет 36 % в структуре причин смерти ВИЧ – инфицированных лиц (данные РЦ СПИД, 2009 г.). ВИЧ – инфекция способствует развитию туберкулёза у недавно инфицированных микобактериями туберкулёза лиц и повышает риск реактивации латентной туберкулёзной инфекции. Распространение туберкулёза среди ВИЧ – инфицированного контингента ухудшает эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу среди населения в целом. Мероприятия по своевременному выявлению, лечению и профилактике туберкулёза среди ВИЧ – инфицированных лиц являются важнейшим компонентом национальных программ по туберкулёзу.

Выявление туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц

Выявление лёгочного туберкулёза

1. Рентгенография органов грудной клетки (детям, подросткам, взрослым) – при установлении положительного ВИЧ–статуса, в дальнейшем – 1 раз в год. Лицам старше 14 лет может проводиться флюорография.
2. Рентгенография органов грудной клетки ВИЧ – инфицированным лицам (детям, подросткам, взрослым), обратившимся по месту учёта впервые в данном году, независимо от причин обращения, если предыдущее рентгенологическое исследование проводилось 1 год и более назад. Лицам старше 14 лет может проводиться флюорография.
3. Трёхкратное бактериоскопическое исследование мокроты на кислотоустойчивые бактерии (КУБ) при наличии кашля любой продолжительности. При отрицательных результатах бактериоскопии мокроты проводится рентгенография (флюорография) органов грудной клетки.
4. Обследование на туберкулёз ВИЧ – инфицированных лиц, **проживающих в контакте с больными лёгочным или внелёгочным туберкулёзом**, независимо от наличия бактериовыделения у больного - организуется фтизиатрами территориальных противотуберкулезных диспансеров (кабинетов). Комплекс диагностических исследований включает **рентгенографию органов грудной клетки, если она была сделана 4 и более месяцев назад** (при необходимости – томографическое исследование, в том числе, через срединную плоскость), общий анализ крови. При наличии у ВИЧ – позитивных контактных кашля любой продолжительности проводится трёхкратная бактериоскопия мокроты на КУБ, а при отрицательных её результатах - трёхкратный посев мокроты на МТ. При наличии кашля и отсутствии мокроты исследуются промывные воды бронхов. Все остальные исследования проводятся по показаниям.

Алгоритм выявления туберкулёза лёгких у ВИЧ-инфицированных лиц



Выявление внелёгочного туберкулёза

При взятии на учёт, при плановых осмотрах врачами и при обращении с жалобами ВИЧ – инфицированных лиц проводятся:

- тщательный сбор и анализ анамнеза, целенаправленное выявление жалоб и объективных симптомов, подозрительных в отношении внелёгочного туберкулёза: головные боли, нарушения зрения, менингеальные знаки, симптомы поражения черепно-мозговых нервов, боли в суставах, костях, позвоночнике, боли в животе, в области почек, изменения в анализах мочи, увеличение периферических лимфатических узлов, в особенности с размягчением их содержимого и образованием свищей;
- при необходимости – оперативная организация консультаций фтизиатра, невропатолога, окулиста, специалистов по внелёгочному туберкулёзу: фтизиоостеолога, уролога, гинеколога;
- проведение необходимого комплекса лучевых, инструментальных и лабораторных исследований: УЗИ, компьютерной и магнитно-резонансной томография головного мозга, позвоночника, суставов, почек, органов брюшной полости, малого таза, лапароскопии, ликворологического исследования, цито- и гистологического, бактериоскопического и бактериологического исследования на туберкулёз пунктатов, аспиратов, биоптатов.

Организация выявления туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц

- Выявление туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц организуется врачами Центров СПИД, или кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ) при городских и районных поликлиниках, в которых эти лица состоят на учёте, или врачами учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), за которыми закреплено обслуживание ВИЧ - инфицированных лиц.
- ВИЧ – инфицированные лица при взятии на учёт информируются специалистами центров СПИД о том, что при появлении **любых симптомов** они должны обращаться в территориальные Центры СПИД, или кабинеты инфекционных заболеваний по месту учёта, или к врачам учреждений ПМСП, за которыми закреплено обслуживание этих лиц.
- При плановых посещениях врача по месту учёта ВИЧ – инфицированные лица целенаправленно опрашиваются врачом о наличии у них жалоб, подозрительных в отношении лёгочного и внелёгочного туберкулёза.
- При наличии кашля ВИЧ – инфицированные лица из Центров СПИД направляются в территориальные поликлиники для бактериоскопического исследования мокроты на КУБ и рентгенологического исследования грудной клетки. В целях соблюдения конфиденциальности и обеспечения возможности проведения бесплатного рентгенологического исследования, ВИЧ – инфицированные лица могут направляться в кабинеты инфекционных заболеваний (КИЗы) территориальных поликлиник. Врач кабинета инфекционных заболеваний организует проведение необходимых исследований (бактериоскопия мокроты на КУБ, рентгенография лёгких) непосредственно в поликлинике, при которой функционирует КИЗ.
- Для удобства пациентов и ускорения процедуры обследования Управлениями здравоохранения областей, городов определяются поликлиники, расположенные вблизи центров СПИД, для проведения плановых и внеплановых (по показаниям) осмотров на туберкулёз (бактериоскопия мокроты, рентгенологическое исследование) ВИЧ – инфицированных лиц (Приказ МЗ РК № 722 от 16.11.09 г. «Об интеграции программ по туберкулёзу и ВИЧ – инфекции»).
- В учреждениях ПМСП обследование на туберкулёз ВИЧ – инфицированных лиц проводится на бесплатной основе.
- При обнаружении КУБ в мокроте, больные направляются в противотуберкулёзные диспансеры.
- При отрицательных результатах исследования мокроты на КУБ и наличии изменений на рентгенограммах дальнейшая тактика определяется состоянием больного и характером рентгенологических изменений в лёгких:
 - при наличии инфильтративных изменений в лёгких и необходимости проведения дифференциальной диагностики с пневмонией больным назначается двухнедельный

курс лечения антибиотиками широкого спектра действия в стационарных или амбулаторных условиях в учреждениях общей лечебной сети или в Центрах СПИД.

- при выявлении синдрома диссеминации, экссудативного плеврита или увеличения внутригрудных лимфатических узлов больные немедленно направляются в противотуберкулёзные диспансеры даже без результатов исследования мокроты. Все дальнейшие исследования – бактериоскопия мокроты на КУБ, плевральные пункции, бронхоскопия - проводятся в условиях противотуберкулёзного диспансера.
- При проведении лечения по поводу пневмонии в рамках диагностического алгоритма при подозрении на туберкулёз, запрещается использование препаратов, обладающих противотуберкулёзной активностью: антибиотиков группы аминогликозидов, рифампицина, фторхинолонов, так как при наличии туберкулеза подобная терапия не только приводит к быстрому развитию лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза к указанным препаратам, но и затрудняет проведение дифференциальной диагностики.
- При выявлении симптомов, подозрительных в отношении внелёгочного туберкулёза больные из Центров СПИД или поликлиник направляются в территориальные противотуберкулёзные диспансеры, в которых организуется проведение всего необходимого комплекса исследований для установления или исключения диагноза туберкулёза (пункция периферических лимфатических узлов, рентгенография костей и суставов, лапароскопия и др.).
- В территориальных противотуберкулёзных диспансерах выделяются консультанты – фтизиатры для проведения консультаций больных в Центрах СПИД.
- В противотуберкулёзных диспансерах и Центрах СПИД из числа врачей выделяются лица, ответственные за контакты между обеими службами.
- В противотуберкулёзных диспансерах городского, районного и областного уровней, Национальном Центре Проблем Туберкулёза (НЦПТ) и территориальных Центрах СПИД создаётся общая база данных о больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией. Сверка данных между учреждениями противотуберкулёзной службы и службы СПИД осуществляется 1 раз в квартал.
- В противотуберкулёзных учреждениях доступ к информации о ВИЧ – инфицированных лицах имеют только главные врачи этих учреждений и лица, специально выделенные для осуществления контактов со службой СПИД, при этом с них берётся подписка о неразглашении информации.

Использование пробы Манту у ВИЧ-инфицированных лиц

- Учитывая ограниченные возможности ВИЧ - инфицированного организма к формированию реакций гиперчувствительности замедленного типа, реакция Манту не может использоваться у ВИЧ – инфицированных лиц в качестве отборочного теста для проведения дальнейших исследований на туберкулёз. Отрицательная или сомнительная реакция на туберкулин в пробе Манту у ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе детей и подростков, не исключает не только возможного инфицирования микобактериями туберкулёза, но и наличия активного туберкулёзного процесса. **По этой причине проба Манту не используется для выявления инфицирования туберкулёзом у ВИЧ – инфицированных детей и подростков. Ежегодная постановка пробы Манту ВИЧ – инфицированным детям и подросткам не проводится.** С целью раннего выявления туберкулёза всем ВИЧ – инфицированным детям и подросткам **в плановом порядке 1 раз в год (по показаниям – чаще)** проводится рентгенография органов грудной клетки. При необходимости назначается консультация фтизиатра.
- Проба Манту у ВИЧ-инфицированных лиц может применяться в комплексе с другими исследованиями в неясных диагностических случаях, например, при отрицательных результатах бактериоскопии мокроты на КУБ и не вполне характерных для туберкулёза рентгенологических изменений в лёгких или других органах. В таких случаях резко положительная (гиперергическая) проба Манту в комплексе с результатами других исследований у лиц с неглубокой степенью иммунодефицита, может служить дополнительным косвенным свидетельством в пользу возможной туберкулёзной этиологии выявленных изменений.

Особенности течения туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц и трудности дифференциальной диагностики

1. Самой частой формой туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц, в особенности у взрослых, является туберкулёз лёгких. При неглубокой степени иммунодефицита (число CD-4 клеток в крови более 200 в 1 мкл)

он протекает типично (как вторичный туберкулёз), с образованием полостей распада в лёгких и бактериовыделением.

2. При выраженном иммунодефиците - снижении числа CD-4 клеток в крови до 200 и менее в 1 мкл - туберкулёз лёгких может иметь нижнедолевую локализацию, протекать по типу первичного или диссеминированного, сопровождаться увеличением внутригрудных лимфатических узлов, поражением серозных оболочек (туберкулёзные плевриты, перитониты, перикардиты), центральной нервной системы, других органов и систем. Несмотря на обширность поражения лёгких, полости распада могут отсутствовать и микобактерии в мокроте - не обнаруживаться.

Таблица 1

Особенности туберкулёза лёгких у взрослых в зависимости от выраженности иммунодефицита при ВИЧ – инфекции

Диагностические признаки	Выраженность иммунодефицита:	
	Незначительная	Значительная (число CD-4 клеток < 200 в 1мкл)
Клинико-рентгенологическая картина	Соответствует вторичному туберкулёзу. Наличие полостей распада характерно	Часто напоминает первичный туберкулёз. Часто - обширные инфильтраты без полостей распада
Результат микроскопии мазка мокроты на КУБ	Часто положительный	Часто отрицательный

3. В последние годы возрастает число случаев туберкулёза с отрицательным мазком мокроты у ВИЧ – инфицированных лиц. Достоверных критериев лабораторной диагностики туберкулёза у больных с отрицательными результатами бактериоскопического и культурального исследования мокроты в настоящее время не существует.
4. Характерные для туберкулёза рентгенологические изменения в лёгких с образованием полостей распада могут встречаться и при других оппортунистических инфекциях: пневмоцистной пневмонии, цитомегаловирусных поражениях лёгких, пневмомикозах. **При невозможности исключить туберкулёз следует начинать противотуберкулёзную терапию.**
5. Нередко на фоне ВИЧ – инфекции, в особенности при выраженном иммунодефиците, развиваются внелёгочные формы туберкулёза: туберкулёз органов брюшной полости, костей и суставов, множественные поражения периферических лимфатических узлов.
6. У ВИЧ – инфицированных детей без выраженных нарушений иммунитета туберкулёз протекает так же, как и у детей без ВИЧ – инфекции. По мере прогрессирования иммунодефицита развиваются диссеминированные формы туберкулёза: нередко встречается милиарный туберкулёз, туберкулёзный менингит, генерализованные лимфадениты.
7. При развитии туберкулёзного менингита на фоне ВИЧ – инфекции состав цереброспинальной жидкости может оставаться нормальным. У 40% больных определяется нормальный уровень белка, у 15% - нормальный уровень глюкозы, у 10% - нормальный цитоз (ТВ/НIV. A Clinical Manual. WHO, 2004). **При невозможности исключить туберкулёзный менингит у ВИЧ – инфицированного пациента следует немедленно начинать противотуберкулёзную терапию.**
8. В ряде случаев, в особенности при выраженном иммунодефиците, туберкулёз у ВИЧ – инфицированных лиц может протекать как генерализованный процесс, по типу острого милиарного сепсиса. Клинически состояние больных тяжёлое, отмечается высокая лихорадка, ознобы, профузные поты. Несмотря на тяжёлое состояние, рентгенологически милиарные очаги в лёгких могут в течение 2 – 4 недель не выявляться. Достоверно установить диагноз туберкулёза в таких случаях не представляется возможным, нередко он устанавливается у таких больных только на вскрытии. Тактика врача в этих случаях должна быть следующей. Прежде всего, необходимо, предположив у больного сепсис нетуберкулёзной этиологии, провести лечение антибиотиками широкого спектра, используя ингибиторзащищённые пенициллины (амоксциллин-клавуланат), макролиды, цефалоспорины, карбапенемы (тиенам). Антибиотики рекомендуется вводить в высоких дозах внутривенно. При

отсутствии эффекта от лечения в течение нескольких дней, следует заподозрить туберкулёз и немедленно начать противотуберкулёзную терапию. Диагноз туберкулёза в таких случаях может быть сформулирован как «Милиарный туберкулёз. Острый милиарный сепсис». Получение положительного эффекта от лечения противотуберкулёзными препаратами (обычно он наступает уже через 1 – 2 недели) следует считать подтверждением диагноза туберкулёза и основанием для продолжения противотуберкулёзной терапии (подтверждение диагноза при получении эффекта *ex juvantibus*). При ведении таких больных особое внимание следует уделять оценке неврологического статуса, регулярно проводить осмотр глазного дна, так как у больных милиарным туберкулёзом могут обнаруживаться туберкулёзные очаги на сетчатке. В случае смерти таких больных необходимо обязательно проводить вскрытие для верификации диагноза.

Регистрация случаев туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц. Постановка на учёт в противотуберкулёзные диспансеры.

- Установление диагноза туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц осуществляется врачами-фтизиатрами и утверждается решением ЦВКК противотуберкулёзного диспансера. После установления диагноза туберкулёза больные берутся на учёт в противотуберкулёзные диспансеры (см. раздел «Диспансерное наблюдение больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией»)
- Больные туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией, прибывшие из пенитенциарных учреждений, также берутся на учёт в территориальные противотуберкулёзные диспансеры (кабинеты). Информация о больных, освобождающихся из пенитенциарных учреждений, с указанием адреса их проживания, передаётся из пенитенциарных учреждений в территориальные противотуберкулёзные диспансеры, которые связываются с больными и организует их дальнейшее наблюдение и лечение.
- Регистрация случаев туберкулёза осуществляется в территориальном Журнале регистрации (форма ТБ 03) в соответствии с классификацией случаев туберкулёза, утверждённой действующим приказом по туберкулёзу Республики Казахстан.

- √ Впервые выявленный больной (новый случай)
- √ Рецидив
- √ Неудача лечения
- √ Лечение после перерыва
- √ Переведен
- √ Другие случаи

Лечение туберкулёза у ВИЧ – инфицированных больных и мониторинг лечения

- Установление терапевтической категории и назначение режима химиотерапии ВИЧ – инфицированным больным туберкулёзом осуществляется фтизиатрами противотуберкулёзных учреждений.
- Лечение новых случаев лёгочного туберкулёза у ВИЧ – инфицированных больных осуществляется в режиме I категории DOTS, независимо от распространённости процесса и наличия бактериовыделения. Лечение повторных случаев осуществляется в режиме II категории. Интенсивная фаза лечения больным I терапевтической категории может быть продолжена до 4 месяцев включительно, больным II категории – до 5 месяцев включительно. **Лечение по III категории для больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией не используется.**
- Лечение туберкулёза в интенсивной фазе у ВИЧ – инфицированных лиц осуществляется в противотуберкулёзных стационарах. В городах возможно выделение отдельных противотуберкулёзных стационаров для лечения больных с сопутствующей ВИЧ – инфекцией. Такие же стационары могут быть организованы как межрайонные для госпитализации больных с сочетанной инфекцией (ВИЧ/туберкулёз) из близлежащих населённых пунктов. Следует, однако, не допускать транспортировки больных на далёкие расстояния, так как это является обременительным как для больного, так и для персонала.
- При проведении лечения ВИЧ – инфицированным больным предпочтение следует отдавать **неинъекционным** формам (таблетки, капсулы) противотуберкулёзных и других препаратов. **Однако, если у больного имеется хроническая диарея, всасывание препаратов в кишечнике нарушается, и это может быть причиной**

неэффективности терапии. В таких случаях требуется парентеральное введение противотуберкулёзных препаратов.

- У больных туберкулёзным менингитом в интенсивной фазе первой терапевтической категории рекомендуется отдавать предпочтение стрептомицину (если в стране отсутствует высокая первичная резистентность микобактерий туберкулёза к стрептомицину).
- Дозы препаратов в интенсивной фазе рассчитываются на исходный вес больного до начала лечения. Учитывая, что у ВИЧ инфицированных больных в динамике терапии может происходить снижение веса, и прежние дозы могут оказаться токсичными (или недостаточными, если вес больного увеличился), **перед началом поддерживающей фазы следует повторно определить вес больного и при необходимости произвести коррекцию доз.**
- В поддерживающей фазе противотуберкулёзной терапии у ВИЧ – инфицированных лиц применяется только ежедневный приём препаратов. Доказано, что он является более эффективным, чем интермиттирующий и в 8 раз сокращает частоту рецидивов.
- Больным I категории при сочетании ВИЧ – инфекции и туберкулёза назначается изониазид в сочетании с рифампицином в течение 4 или 7 месяцев. Предпочтение следует отдавать семимесячному приёму препаратов. При непереносимости рифампицина может использоваться ежедневный приём изониазида в сочетании с этамбутолом в течение 6 месяцев.
- В поддерживающей фазе II терапевтической категории больным туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией назначается **ежедневный** приём изониазида, рифампицина и этамбутола в течение 5 месяцев.
- Поскольку в поддерживающей фазе терапии, как первой, так и второй терапевтической категории приём препаратов является ежедневным, дозы их – такие же, как в интенсивной фазе.
- Поддерживающая фаза лечения, если позволяет состояние больного, проводится амбулаторно (в учреждениях общей лечебной сети, в противотуберкулёзных диспансерах или в противотуберкулёзных санаториях). Если состояние больного не позволяет проводить поддерживающую фазу амбулаторно, она проводится стационарно: в туберкулёзных стационарах (в случаях, когда тяжесть состояния обусловлена туберкулёзным процессом), или в других стационарах по профилю заболевания, если тяжесть состояния обусловлена не туберкулёзом и больной не является бактериовыделителем.
- Приём противотуберкулёзных препаратов как в интенсивной, так и в поддерживающей фазе, осуществляется под непосредственным наблюдением медицинских работников.
- Из противотуберкулёзных препаратов противопоказан к использованию у ВИЧ – инфицированных больных тиацетазон (тибон).
- Лечение случаев резистентного туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц осуществляется в специализированных противотуберкулёзных учреждениях в соответствии с принятыми в республике национальными протоколами для лечения больных резистентным туберкулёзом. Следует, однако, отметить, что при лечении резистентных форм туберкулёза препаратами второго ряда приём препаратов должен быть ежедневным – 7 дней в неделю, без перерыва на один день.
- Мониторинг лечения больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией (назначение в определённые сроки контрольных исследований мокроты, рентгенологических и других исследований, организация непосредственного наблюдения за приёмом препаратов, порядок передачи больных на амбулаторное лечение) осуществляется в соответствии с действующим приказом по туберкулёзу Республики Казахстан.
- При регистрации исходов лечения у ВИЧ – инфицированных больных используется стандартный рубрикатор ВОЗ, утверждённый действующим приказом по туберкулёзу Республики Казахстан:
 - ✓ Вылечен
 - ✓ Лечение завершено
 - ✓ Умер
 - ✓ Неблагоприятный исход
 - ✓ Нарушение режима
 - ✓ Переведен

Лечение в особых ситуациях

- Учитывая, что у больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией нередко встречаются поражения печени и почек, связанные с другими оппортунистическими инфекциями, перенесенным гепатитом или проводимой антиретровирусной терапией, они могут плохо переносить стандартные режимы противотуберкулёзной терапии. При непереносимости или плохой переносимости стандартных схем назначаются приводимые ниже щадящие режимы химиотерапии (ВОЗ, 1998, 2006), больные при этом с DOTS не снимаются.
- В приводимых ниже формулах краткой записи режимов химиотерапии слева от дробной черты записывается режим лечения в интенсивной фазе, справа - в поддерживающей. Цифра слева от буквенного символа препарата указывает на количество месяцев лечения, цифра справа - на количество приемов данного препарата в неделю, если цифра справа отсутствует, препарат принимается ежедневно.
- Буквенные символы противотуберкулёзных препаратов:

H – Изониазид E – этамбутол Z – пиразинамид

R – Рифампицин S – стрептомицин

Хронические заболевания печени

(хронические гепатиты, циррозы, а также в случаях, когда активность аланинаминотрансферазы [АЛТ], трёхкратно превышает норму):

- Регулярно (не реже одного раза в месяц, по показаниям – чаще) контролировать показатели печёночных проб (содержание билирубина в крови, активность АЛТ, АСТ, тимоловая проба).
- При хронических заболеваниях печени в стадии ремиссии может назначаться стандартный режим терапии: 2(4)HRZE/4(7)HR
- При непереносимости этого режима из числа препаратов интенсивной фазы исключается пиразинамид. В интенсивной фазе назначается изониазид в сочетании с рифампицином, плюс один или два препарата, не обладающих гепатотоксичностью, например, стрептомицин или этамбутол (стрептомицин более 2 месяцев не назначается). Могут применяться следующие схемы лечения:

Предпочтительная схема лечения: 2 HRSE/1(2) HRE/ 6 (7) HR

Первая альтернативная схема: 2 HSE / 10 HE

Вторая альтернативная схема: 9 RE (рифампицин и этамбутол – 9 месяцев)

При лечении больных с хроническими гепатитами в стадии обострения заболевания, следует придерживаться рекомендаций по острому гепатиту.

Острый гепатит

- Если возможно, то следует отложить лечение ТБ до разрешения острого гепатита.
- Если лечение ТБ не может быть отложено или прекращено, наиболее безопасной является сочетанная терапия стрептомицином и этамбутолом (с максимальной продолжительностью приёма этих препаратов в течение 3 месяцев, пока не разрешится острый гепатит). Поддерживающая фаза проводится в течение 6 месяцев изониазидом и рифампицином.

Схема лечения: 3 SE / 6HR;

Лечение больных с почечной недостаточностью

(Признаком почечной недостаточности является повышение уровня креатинина в крови до 130-160 мкмоль/л).

- Регулярно контролировать функцию почек – ежемесячно определять уровень креатинина в крови.
- Поскольку изониазид, рифампицин и пиразинамид удаляются из организма с желчью, больным с почечной недостаточностью эти препараты можно назначать в стандартной дозировке. Больные с тяжелой почечной недостаточностью вместе с изониазидом должны получать пиридоксин.

- Стрептомицин и этамбутол выделяются из организма почками. При возможности регулярного контроля функции почек стрептомицин и этамбутол могут включаться в схемы химиотерапии, в этих случаях их можно назначать дробно (2 -3 раза в день).

Предпочтительная схема лечения для больных с почечной недостаточностью:

2(4)HRZ / 6HR

Альтернативная схема для лечения больных с почечной недостаточностью (если возможен контроль функции почек):

2(4)HRZE / 4 (7) HR

Беременность

Показано стандартное лечение по категориям I или II. Препараты применяются в обычных дозах.

Стрептомицин при беременности не назначается в связи с опасностью неврита слухового нерва у плода.

- **ВИЧ – инфицированным женщинам рекомендуется искусственное вскармливание в связи с опасностью ВИЧ – инфицирования ребёнка через грудное молоко.**

Рекомендации по профилактическому применению котримоксазола

- Всем больным туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией, на протяжении всего курса лечения туберкулёза – и в интенсивной и в поддерживающей фазе, независимо от числа CD-4 клеток в крови, назначается профилактический приём котримоксазола. Применение котримоксазола способствует профилактике пневмоцистной пневмонии, стрептококковой (пневмококковой) пневмонии, токсоплазмоза, сальмонеллёзов, шигеллёзов, изоспороза, малярии. Котримоксазол назначается в дозе 160/800 мг 1 раз в сутки в один приём. Если используются таблетки котримоксазола по 0,48 гр. с содержанием в одной таблетке 80 мг триметоприма и 400 мг сульфаметоксазола, то **взрослым назначается 2 таблетки 1 раз в день, ежедневно.**
- Детям котримоксазол назначается, начиная с возраста 4- 6 недель и старше. Дозы котримоксазола для детей составляют 150 мг триметоприма и 750 мг сульфаметоксазола на 1 квадратный метр поверхности тела ребёнка в сутки, или 4 мг триметоприма и 20 мг сульфаметоксазола на 1 кг веса в сутки. Так, ребёнку, весом 10 кг назначается **половинка таблетки, содержащей 80 мг триметоприма и 400 мг сульфаметоксазола.** Эта суточная доза даётся в один приём 1 раз в день или делится на 2 приёма (утром и вечером). Препарат принимается внутрь ежедневно или 3 раза в неделю (3 дня подряд: например, в понедельник, вторник и среду, а в четверг, пятницу, субботу и воскресенье делается перерыв).
- Детям старше 12 лет котримоксазол назначается в тех же дозах, что и взрослым – по 2 таблетки (1 таблетка – 0,48 грамма) 1 раз в день ежедневно.
- Котримоксазол для целей химиопрофилактики заказывается противотуберкулёзными учреждениями, исходя из количества ВИЧ – инфицированных лиц, больных туберкулёзом, с учётом прогноза роста числа лиц с сочетанным заболеванием.
- После окончания лечения туберкулёза вопрос о целесообразности дальнейшего приёма котримоксазола решает врач – инфекционист.

Рекомендации по применению препаратов глюкокортикоидов при туберкулёзе в сочетании с ВИЧ – инфекцией

(Источник: TB/HIV. A Clinical Manual. Second edition. WHO, 2004, p. 121)

- Глюкокортикоиды являются иммунодепрессантами и могут увеличивать риск присоединения оппортунистических инфекций у больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией. Однако использование их в приведенных ниже случаях является целесообразным и благоприятно отражается на течении туберкулёза, даже при наличии сопутствующей ВИЧ – инфекции
- Эффективной дозой преднизолона при туберкулёзе у взрослых является доза 20-30 мг в сутки. Однако рифампицин активирует ферменты печени, разрушающие преднизолон, поэтому у больных, получающих

рифампицин, **назначаемая** доза преднизолона должна быть в 2 раза выше, т.е. 30-60 мг в сутки. В таблице 2 приведены показания к применению глюкокортикоидов при туберкулёзе и дозы преднизолона для взрослых и детей.

Таблица 2

Показания к применению глюкокортикоидов при туберкулёзе и дозы преднизолона для взрослых и детей.

Показания к применению глюкокортикоидов	Д о з ы п р е д н и з о л о н а:	
	для взрослых	для детей
Туберкулёзный менингит	60 мг в сутки в течение 4 недель, затем ступенчатое снижение дозы в течение нескольких недель.	1-2 мг на 1 кг веса в сутки в течение 4 недель, затем ступенчатое снижение дозы в течение нескольких недель.
Туберкулёзный перикардит	60 мг в сутки в течение 4 недель, затем 30 мг в сутки ещё в течение 4 недель, затем ступенчатое снижение дозы в течение нескольких недель.	1-2 мг на 1 кг веса в сутки в течение 4 недель, затем 0,5–1 мг на 1 кг веса в сутки ещё в течение 4 недель, затем ступенчатое снижение в течение нескольких недель.
Туберкулёзный экссудативный плеврит	30-60 мг в сутки в течение 1-2 недель, затем ступенчатое снижение дозы в течение 1-2 недель.	0,5 – 1 мг на 1 кг веса в сутки в течение 1-2 недель, затем ступенчатое снижение дозы в течение 1-2 недель.

Диспансерное наблюдение за больными туберкулёзом и лицами, перенесшими туберкулёз при наличии сопутствующей ВИЧ – инфекции.

- Диспансерное наблюдение за больными туберкулёзом и лицами, перенесшими туберкулёз, при наличии сопутствующей ВИЧ – инфекции, проводится в соответствии с действующим приказом по туберкулёзу Республики Казахстан.
- ВИЧ – инфицированным лицам (детям, подросткам, взрослым), у которых выявлен семейный, квартирный или производственный контакт с больными лёгочным или внелёгочным туберкулёзом (независимо от наличия бактериовыделения у больного) проводится клинико-рентгенологическое исследование для исключения у них туберкулёза. Комплекс диагностических исследований включает: осмотр фтизиатра, обзорную рентгенографию лёгких (если она была сделана 4 и более месяцев назад), при необходимости – снимки в боковых проекциях, томографическое исследование, общий анализ крови. При наличии кашля с мокротой проводится не менее чем трёхкратное исследование мокроты на КУБ. При наличии кашля и отсутствии мокроты исследуются промывные воды бронхов. Остальные исследования проводятся по показаниям. **Проведение пробы Манту не является обязательным.** Лицам (детям, подросткам, взрослым), у которых в результате комплексного исследования диагноз туберкулёза исключён, **независимо от туберкулиновой чувствительности**, назначается курс химиопрофилактики изониазидом в течение 6 месяцев или рифампицином в течение 4 месяцев. Подробно – см. раздел «Химиопрофилактика».
- Информационное обеспечение: на все контингенты, взятые на учёт противотуберкулёзными диспансерами, включая ВИЧ-инфицированных лиц, заполняется весь перечень форм учётной документации, предусмотренной действующими нормативными документами по туберкулёзу Республики Казахстан.

Выявление ВИЧ – инфекции у больных туберкулёзом

- В соответствии с действующими на территории Республики Казахстан «Правилами медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека», утверждёнными Приказом МЗ РК № 552 от 28.07.2010 г., **наличие туберкулёза любой локализации – как лёгочного, так и внелёгочного – является абсолютным показанием для тестирования на ВИЧ.**

- Тестирование на ВИЧ проводится сразу после установления диагноза туберкулёза. В дальнейшем, если больной продолжает наблюдаться в активной группе противотуберкулёзного диспансера, тестирование на ВИЧ проводится ежегодно.
- Тестирование на ВИЧ осуществляется после претестового консультирования и получения письменного согласия больного на проведение теста.
- Больные туберкулёзом дети также проходят тестирование на ВИЧ. У детей в возрасте до 18 месяцев для постановки диагноза используется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления РНК ВИЧ, а у детей 18 месяцев и старше используется иммуноферментный анализ (ИФА) с последующим подтверждением результата в реакции иммунного блотинга.
- Перед проведением детям теста на ВИЧ необходимо провести претестовое консультирование с родителями ребёнка.
- При получении отрицательного результата теста больному обязательно проводится посттестовое консультирование, в ходе которого ему сообщается результат теста, объясняется, что отрицательный результат теста может быть обусловлен так называемым периодом «серонегативного окна», даются рекомендации повторить исследование через три месяца, и обсуждаются меры профилактики ВИЧ – инфекции.
- При получении положительного результата теста на ВИЧ в реакции иммунного блотинга информация о больном из Республиканского Центра СПИД передается:
 - а) в учреждение, направившее кровь на исследование;
 - б) в областные (городские) Центры СПИД.
- Областные (городские) Центры СПИД непосредственно или через КИЗы, в течение недели после получения сведений о положительном результате в реакции иммунного блотинга, организуют осмотр больного инфекционистом, в ходе которого проводится посттестовое консультирование.
- Врач-инфекционист после осмотра больного делает запись в истории болезни: устанавливает развёрнутый клинический диагноз ВИЧ – инфекции, диагноз имеющихся оппортунистических инфекций, письменно даёт рекомендации по антиретровирусной терапии (АРТ), а также по лечению и профилактике оппортунистических инфекций.

Антиретровирусная терапия ВИЧ–инфекции у больных с сопутствующим туберкулёзом

- При выявлении туберкулёза у ВИЧ – инфицированного пациента, независимо от локализации туберкулёзного процесса и клинической формы туберкулёза, ему следует немедленно начать противотуберкулёзную терапию.
- Антиретровирусную терапию (АРТ) не следует начинать сразу одновременно с противотуберкулёзной терапией. АРТ назначается после достижения больным хорошей переносимости противотуберкулёзных препаратов, через различные сроки от начала противотуберкулёзной терапии (см. таблицу 3). При более раннем назначении АРТ, а также если АРТ назначается больному туберкулёзом одновременно с противотуберкулёзной терапией, возникает опасность развития у пациента синдрома реконституции иммунной системы, который характеризуется усилением воспалительной реакции в зоне туберкулёзного воспаления и может представлять непосредственную опасность для жизни больного (см. раздел 10).
- Решение о сроках назначения (АРТ) больным туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией в каждом конкретном случае принимается совместно врачом инфекционистом и фтизиатром. Режимы АРТ и дозы противовирусных препаратов назначаются врачом–инфекционистом.

Рекомендации относительно сроков назначения АРТ при сочетании ВИЧ – инфекции и туберкулёза суммированы в таблице 3.

Таблица 3.

Сроки начала противотуберкулёзной и антиретровирусной терапии у ВИЧ – позитивных пациентов с сопутствующим туберкулёзом

№	Формы туберкулёза и число CD-4 лимфоцитов в крови	Противотуберкулёзная терапия	Антиретровирусная терапия (АРТ)
1.	- Внелёгочный ТБ, сочетание лёгочного и внелёгочного ТБ, генерализованный ТБ, милиарный ТБ, диссеминированный ТБ лёгких, казеозная пневмония. (независимо от числа CD-4 лимфоцитов в крови) - Любые клинические формы резистентного туберкулёза: моно-, поли -, мультирезистентного (независимо от числа CD-4 лимфоцитов в крови)	Начать немедленно	Начать, как только будет достигнута хорошая переносимость противотуберкулёзных препаратов, но не ранее, чем через 2 - 8 недель от начала противотуберкулёзной терапии.
2.	Туберкулёз лёгких, кроме форм, перечисленных в пункте 1, (если число CD-4 лимфоцитов в крови ≤ 350 в 1 мкл (1мм^3)).	Начать немедленно	
3.	Туберкулёз лёгких, кроме форм, перечисленных в пункте 1. (число CD-4 лимфоцитов в крови > 350 в 1 мкл.)	Начать немедленно	Отложить АРТ до завершения интенсивной фазы противотуберкулёзной терапии, затем повторить определение числа CD-4 лимфоцитов в крови. а. Если число CD-4 лимфоцитов в крови > 350 в 1 мкл – отложить АРТ до полного завершения курса противотуберкулёзной терапии. б. При снижении числа CD-4 лимфоцитов до ≤ 350 клеток в 1 мкл, начать АРТ.

- Если ВИЧ – инфекция выявлена у больного туберкулёзом, уже получающего противотуберкулёзную терапию, следует продолжить противотуберкулёзную терапию и придерживаться рекомендаций по АРТ, приведенных в таблице 3.
- Если туберкулёз выявлен у ВИЧ – позитивного пациента, уже получающего АРТ, следует немедленно подключить противотуберкулёзную терапию и продолжить АРТ. При этом, если в схеме противотуберкулёзной терапии присутствует рифампицин, а в схеме АРТ присутствует невирапин, то следует заменить невирапин ифавиренцем (EFV), абакавиром (ABC) или калетрой (LPV/rtv + rtv) .
- Антиретровирусная терапия ВИЧ – позитивным больным туберкулёзом организуется и проводится персоналом противотуберкулёзных учреждений или учреждений общей лечебной сети, в зависимости от того, где больной туберкулёзом в данный момент получает противотуберкулёзную терапию. После завершения курса противотуберкулёзной терапии

дальнейшее проведение антиретровирусной терапии осуществляется медицинскими учреждениями, в которых больной наблюдается и лечится по профилю заболевания.

- Противотуберкулёзные учреждения (туберкулёзные больницы, диспансеры) и учреждения общей лечебной сети получают антиретровирусные препараты в региональных (областных, городских) противотуберкулёзных диспансерах, куда эти препараты доставляются из региональных центров СПИД.

Схемы АРТ первого ряда при сочетании ВИЧ–инфекции и туберкулёза (для пациентов, получающих рифампицин).

Предпочтительные схемы первого ряда:

1. Зидовудин (AZT) + Ламивудин (3TC) + Эфавиренз (EFV);
2. Зидовудин (AZT) + Эмтрицитабин (FTC) + Эфавиренз (EFV);
3. Тенофовир (TDF) + Ламивудин (3TC) + Эфавиренз (EFV);
4. Тенофовир (TDF) + Эмтрицитабин (FTC) + Эфавиренз (EFV);

У больных туберкулёзом, получающих рифампицин, из антиретровирусных препаратов не следует применять невирапин (TB/HIV A Clinical Manual, WHO, 2004, p. 146), так как в присутствии рифампицина сывороточная концентрация невирапина снижается на 37%. (Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ – инфекции и СПИДе, 2004г). Если больной туберкулёзом не получает рифампицин, то применение невирапина, вместо эфавиренца, возможно. Однако, следует помнить, что невирапин может обладать острой гепатотоксичностью, которая проявляется при высоких уровнях CD-4 лимфоцитов в крови. Поэтому невирапин не следует применять у мужчин с числом CD-4 лимфоцитов в крови 400 и более клеток в 1 мкл, и у женщин при уровне CD-4 лимфоцитов 200 и более клеток в 1 мкл. (Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006, с. 19)

Альтернативные схемы первого ряда:

1. Зидовудин (AZT) + Ламивудин (3TC) + Абакавир (ABC);
 2. Зидовудин (AZT) + Ламивудин (3TC) + Тенофовир (TDF);
- Женщинам детородного возраста эфавиренз можно назначать только при условии надёжной контрацепции.
 - При беременности эфавиренз противопоказан в связи с риском тератогенного действия. У беременных с туберкулёзом безопасна схема: Зидовудин (AZT) + Ламивудин (3TC) + Абакавир (ABC);
 - В настоящее время эфавиренз не рекомендуется применять у детей в возрасте до трёх лет (Клинический протокол «Туберкулёз и ВИЧ – инфекция» для Европейского региона ВОЗ, 2006). Детям в возрасте до трёх лет АРТ проводится комбинацией: Зидовудин (AZT) + Ламивудин (3TC) + Абакавир (ABC).
 - Если у пациента, получающего одну из схем АРТ первого ряда, развивается туберкулёз и если он обнаруживается в отсутствие других признаков иммунодефицита, это не является показателем неэффективности данной схемы. Переход на схемы второго ряда не показан.

**Схемы АРТ второго ряда при сочетании ВИЧ–инфекции и туберкулёза
(для пациентов, получающих рифампицин).**

Предпочтительные схемы второго ряда:

1. Абакавир (ABC)+ Диданозин (ddi) + Лопинавир (LPV) / Ритонавир (rtv) + Ритонавир(rtv)
2. Тенофовир(TDF)+Диданозин (ddi) + Лопинавир (LPV) / Ритонавир (rtv) + Ритонавир(rtv)

В схемах АРТ как первого, так и второго ряда у больных **с почечной недостаточностью** необходимо **избегать** назначения **тенофовира (TDF)** в связи с его нефротоксичностью.

Альтернативные схемы второго ряда:

1. Абакавир (ABC) + Диданозин (ddi) + Саквинавир(SQV) + Ритонавир(rtv)
2. Тенофовир(TDF) + Диданозин (ddi) + Саквинавир(SQV) + Ритонавир(rtv)

- При использовании приведенных выше схем, как препаратов первого, так и второго ряда, коррекция доз рифампицина не требуется. Вместе с тем, рифампицин снижает концентрацию в крови не только невирапина, но и эфавиренза (EFV), а также ингибиторов протеазы (ИП): лопинавира (LPV), саквинавира (SQV) и ритонавира (rtv). В свою очередь, эти же препараты могут влиять на концентрацию рифампицина в крови, как в сторону повышения, так и снижения. Чтобы избежать возможного снижения концентрации рифампицина под влиянием перечисленных выше антиретровирусных препаратов, рифампицин у больных в сочетании с эфавирензом и ингибиторами вирусной протеазы (ИП) следует принимать ежедневно как в интенсивной, так и в поддерживающей фазе противотуберкулёзной терапии.
- Для профилактики суперинфекции тем же или другим подтипом ВИЧ и возбудителями инфекций, передающихся половым путём, всем женщинам с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ рекомендуется использование презервативов.
- В случае, если у больного, получающего противотуберкулёзную терапию и АРТ, возникла диарея, **как проявление побочного действия антиретровирусных препаратов,** АРТ следует приостановить, вплоть до исчезновения желудочно-кишечных расстройств, не прерывая при этом противотуберкулёзную терапию. При этом противотуберкулёзные препараты, имеющие инъекционные формы выпуска, следует вводить парентерально.

Дозы антиретровирусных препаратов для взрослых и подростков старше 13 лет:

- Зидовудин (AZT): 300 мг х 2 раза в сутки
- Ламивудин (3TC): 150 мг х 2 раза в сутки, или 300 мг х 1 раз в сутки;
- Эфавиренз (EFV): 600 мг х 1 раз в сутки, лучше на ночь;

Если больной принимает рифампицин, то доза эфавиренза увеличивается до 800 мг х 1 раз в сутки, так как рифампицин снижает концентрацию эфавиренза в крови.

- Эмтрицитабин (FTC): 200 мг (1 капсула) х 1 раз в сутки;
- Тенофовир (TDF): 300 мг (1 таблетка) х 1 раз в сутки;

- Невирапин (NVP) – только для больных, не получающих рифампицин: 200 мг (1 таблетка) x 1 раз в сутки в течение первых 14 дней, затем по 200 мг (1 таблетка) x 2 раза в сутки постоянно;
- Абакавир (ABC): 300 мг (1 таблетка) x 2 раза в сутки;
- Диданозин (ddi): 400 мг (1 таблетка) x 1 раз в сутки; Если масса тела < 60кг, то по 250 мг (1 таблетка) x 1 раз в сутки.

При назначении диданозина (ddi) в сочетании с антибиотиками группы фторхинолонов следует учитывать, что диданозин без оболочки, защищающей от действия желудочного сока, содержит алюминий (Al) или магний (Mg), обладающие антацидными свойствами и задерживающие всасывание фторхинолонов. Поэтому диданозин следует назначать либо за 6 часов до приёма фторхинолонов, либо через 2 часа после их приёма.

При использовании диданозина в комбинации с тенофовиром (TDF) значительно повышается риск токсического панкреатита, поэтому следует снизить дозу диданозина. При назначении с тенофовиром дозы диданозина составляют:

250 мг x 1 раз в сутки у пациентов с массой тела 60 кг и более;

125 – 200 мг x 1 раз в сутки у пациентов с массой тела < 60кг;

Диданозин следует принимать через 2 часа после еды.

- Лопинавир (LPV) / ритонавир (rtv) + ритонавир (rtv) (400 мг/100 мг + 300 мг) x 2 раза в сутки;

При назначении лопинавира (LPV) в сочетании с ритонавиром (rtv) в дозах (400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира) x 2 раза в сутки, больным, получающим рифампицин, рекомендуется дополнительно назначить ритонавир (rtv) в дозе 300 мг x 2 раза в сутки, таким образом, общая доза ритонавира составит: 400 мг x 2 раза в сутки (супербустированный лопинавир). При этом требуется тщательный контроль функции печени и уровня липидов в крови.

- Саквинавир (SQV) + ритонавир (rtv) (400 мг + 400 мг) x 2 раза в сутки;

При использовании саквинавира (SQV) рекомендуется его комбинация с ритонавиром (rtv) по 400 мг каждого препарата (супербустированный саквинавир) x 2 раза в сутки. При этом также необходим тщательный контроль функции печени.

Использование супербустированных протеазных ингибиторов позволяет нивелировать снижающее влияние рифампицина на их концентрацию в крови.

В данном протоколе не приводятся дозы антиретровирусных препаратов, применяемые у детей. Антиретровирусная терапия ВИЧ – инфицированным детям назначается врачом инфекционистом-педиатром. Дозы применяемых антиретровирусных препаратов соответствуют стандартным протоколам ВОЗ, они рассчитываются на килограмм веса или на квадратный метр поверхности тела ребёнка и содержатся в Национальных протоколах по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ – инфекции и СПИДе и в Протоколе № 11 для Европейского региона ВОЗ «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей», 2006 г.

Синдром реконституции иммунной системы

Синдром реконституции иммунной системы представляет собой парадоксальную клиническую реакцию, возникающую у ВИЧ – инфицированных лиц с сопутствующими оппортунистическими инфекциями в ответ на начало антиретровирусной терапии. Он развивается примерно у одной трети пациентов и проявляется временным усилением симптомов оппортунистических инфекций с началом приёма антиретровирусных препаратов. У больных туберкулёзом с сопутствующей ВИЧ – инфекцией синдром реконституции иммунной системы развивается при одновременном начале

противотуберкулёзной терапии и АРТ и отражает восстанавливающуюся способность иммунной системы к формированию реакций гиперчувствительности замедленного типа на антигены микобактерий. Клинические проявления синдрома варьируют от незначительной интоксикации до высокой лихорадки с развитием периферической лимфаденопатии, выраженного нарастания инфильтративных изменений в лёгких, а в некоторых случаях – появления специфических очагов в центральной нервной системе. В наиболее тяжёлых случаях синдром реконституции иммунной системы представляет собой непосредственную угрозу для жизни больных. С целью профилактики его развития антиретровирусную терапию, даже в тех случаях, когда она, безусловно показана, следует начинать не ранее, чем через 2-8 недель, предпочтительно через 6-8 недель, после начала противотуберкулёзной терапии, когда в результате действия противотуберкулёзных препаратов интенсивность антигенной нагрузки снижается. При тяжёлом течении синдрома реконституции иммунной системы рекомендуется приём преднизолона в дозе 1 мг на килограмм веса в течение 1 – 2 недель с последующей ступенчатой его отменой.

Специфическая профилактика туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц

■ Иммунопрофилактика – осуществляется введением вакцины BCG.

- Вакцинация новорождённых. Новорождённые, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей при отсутствии у новорождённых клинических признаков ВИЧ-инфекции и других противопоказаний к введению вакцины BCG, прививаются стандартной дозой вакцины BCG (0,05 мг) внутрикожно однократно, в календарный срок – в течение первых четырёх-шести дней жизни.
- Новорождённые, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, не привитые в указанные сроки, могут быть привиты в течение первых четырёх недель жизни (период новорождённости) без предварительной пробы Манту.
- По истечении четвёртой недели жизни введение вакцины BCG детям, родившимся от ВИЧ – инфицированных матерей не допускается, так как, если ребёнок инфицирован ВИЧ, нарастающая вирусная нагрузка (в течение суток образуется около 10 млрд. новых вирусных частиц) и прогрессирование иммунодефицита могут привести к развитию генерализованной инфекции BCG. По этой же причине не проводится повторная вакцинация BCG детям с неразвившимися поствакцинальными знаками до достижения ребёнком возраста 12 месяцев, а в некоторых случаях - 15-18 месяцев, когда может быть вынесено окончательное заключение о том, инфицирован ребёнок вирусом иммунодефицита, или нет.
- Дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, не привитые при рождении вакциной BCG, или привитые, но с неразвившимися поствакцинальными знаками, у которых в ходе повторного тестирования на ВИЧ к возрасту 12 месяцев (по данным исследования вирусной нагрузки), а в некоторых случаях к возрасту 15-18 месяцев (по данным ИФА), ВИЧ-инфекция исключена, прививаются стандартной дозой вакцины BCG после предварительной пробы Манту с 2 т.е. при отрицательных её результатах.
- Ревакцинация BCG ВИЧ – инфицированным детям и подросткам не проводится из-за опасности развития генерализованной инфекции BCG на фоне нарастающего иммунодефицита.
- Если ребёнок родился от ВИЧ инфицированной матери, но сам не является ВИЧ – инфицированным, то ревакцинация BCG ему проводится в календарные сроки после предварительной пробы Манту при отрицательных её результатах.

■ Химиопрофилактика

- Целью химиопрофилактики является элиминация латентной туберкулёзной инфекции.
- Контингенты ВИЧ – инфицированных лиц, подлежащие химиопрофилактике туберкулёза, перечислены в таблице 4.

Таблица 4

Контингенты ВИЧ – инфицированных лиц, подлежащие химиопрофилактике туберкулёза, и режимы химиопрофилактики.

№ п/п	Контингенты ВИЧ – инфицированных лиц, подлежащие химиопрофилактике туберкулёза:	Режимы химиопрофилактики	
		Стандартный:	Альтернативный:
1.	Все впервые выявленные ВИЧ – инфицированные лица (дети, подростки, взрослые), в том числе ранее перенесшие туберкулёз, - при установлении положительного ВИЧ-статуса в реакции иммунного блоттинга, <u>независимо от туберкулиновой чувствительности</u> .	Изониазид (Н) - 5 мг на 1 кг веса, но не более 0,3 г. в сутки внутрь, ежедневно, в течение 6 месяцев.	Рифампицин (R) в соответствующих весу и возрасту реципиента дозировках ежедневно внутрь, в течение 4 месяцев.
2.	ВИЧ – инфицированные лица (дети, подростки, взрослые), в том числе ранее перенесшие туберкулёз, <u>независимо от туберкулиновой чувствительности</u> , - при установлении у них контакта с больным лёгочным или внелёгочным туберкулёзом (независимо от наличия бактериовыделения у больного).		

- Всем ВИЧ – инфицированным лицам (детям, подросткам, взрослым), не проживающим в контакте с больными туберкулезом, химиопрофилактика туберкулёза проводится однократно при установлении положительного ВИЧ-статуса в реакции иммунного блоттинга. Её назначают врачи-фтизиатры территориальных противотуберкулёзных диспансеров, а проводят центры СПИД или учреждения общей лечебной сети (исходя из наибольших удобств для лиц, получающих химиопрофилактику). Туберкулиновая проба Манту для отбора контингентов на проведение химиопрофилактики не используется. ВИЧ – инфицированные лица, не проживающие в контакте с больными туберкулёзом, в период проведения химиопрофилактики на учёт в противотуберкулёзные диспансеры не берутся.
- ВИЧ – инфицированным лицам, проживающим в контакте с больным лёгочным или внелёгочным туберкулёзом (независимо от наличия бактериовыделения у больного) химиопрофилактика туберкулёза также проводится однократно при установлении контакта с больным (см. таблицу 3). Если ВИЧ - инфицированный продолжает находиться в контакте с бактериовыделителем в течение ряда лет, то ЦВКК

противотуберкулезного диспансера может принять решение о проведении повторных курсов химиопрофилактики. Туберкулиновая проба Манту для отбора контингентов на проведение химиопрофилактики среди ВИЧ – инфицированных лиц, проживающих в контакте с больными туберкулёзом, также не используется. Все ВИЧ – инфицированные лица, находящиеся в контакте с больными туберкулёзом, наблюдаются в противотуберкулёжном диспансере. Препараты для химиопрофилактики они могут получать непосредственно в противотуберкулёжном диспансере, территориальном центре СПИД, кабинете инфекционных заболеваний, территориальном учреждении ПМСП (исходя из максимальных удобств для лиц, получающих химиопрофилактику).

- Химиопрофилактика назначается фтизиатрами противотуберкулёзных диспансеров только после исключения у ВИЧ – инфицированных лиц активного туберкулёза по данным комплексного клинко-рентгенологического исследования.
- Для исключения туберкулёза рентгенограмма лёгких должна быть сделана не ранее, чем за 2 недели до назначения химиопрофилактики. Если рентгенограмма была сделана ранее, чем 2 недели назад, её необходимо повторить. При этом фтизиатр делает запись в амбулаторной карте больного о том, что туберкулёз исключён и указывает режим химиопрофилактики (препарат, дозы, продолжительность приёма).
- Химиопрофилактика туберкулёза ВИЧ – инфицированным лицам, проводится изониазидом в течение 6 месяцев. Для улучшения переносимости изониазида может использоваться пиридоксин -25 мг в сутки. При отсутствии пиридоксина назначается только изониазид. Химиопрофилактика может также проводиться рифампицином в течение 4 месяцев (альтернативный режим). Альтернативный режим переносится хуже стандартного, в связи гепатотоксическим действием рифампицина, которое может усилиться на фоне антиретровирусной терапии, поэтому альтернативный режим должен назначаться лишь в исключительных случаях – при непереносимости изониазида, по решению ЦВКК противотуберкулёжного диспансера.
- Приём препаратов при проведении химиопрофилактики осуществляется ежедневно. Дозы препаратов – изониазида, или рифампицина - назначаются в зависимости от возраста и веса пациентов и соответствуют дозам этих препаратов, применяемым при проведении интенсивной фазы химиотерапии туберкулёза.
- Препараты для проведения химиопрофилактики ВИЧ – инфицированным лицам, не проживающим в контакте с больными туберкулёзом, заказываются территориальными Центрами СПИД, исходя из данных о предполагаемом количестве новых случаев ВИЧ – инфекции в год.
- Препараты для проведения химиопрофилактики ВИЧ – инфицированным лицам, проживающим в контакте с больными туберкулёзом, заказываются территориальными противотуберкулёжными учреждениями.

Профилактика ВИЧ – инфекции у больных туберкулёзом

• Профилактика ВИЧ – инфекции у больных туберкулёзом является важнейшим разделом противотуберкулёзной программы. Основными её элементами являются:

- Проведение среди больных туберкулёзом, как в стационарах, так и на амбулаторном этапе лечения, индивидуальных и групповых занятий, бесед о ВИЧ – инфекции, её неблагоприятном влиянии на течение туберкулёза и мерах её профилактики;

- Выпуск и распространение среди больных туберкулёзом буклетов, памяток, плакатов, постеров по профилактике ВИЧ – инфекции, в частности, обучение приёмам безопасного секса;

- Активное сотрудничество противотуберкулёзных программ с программами снижения вреда: организация в туберкулёзных стационарах и по месту диспансерного наблюдения больных туберкулёзом пунктов обмена шприцев, бесплатной выдачи презервативов.

- Распространение среди больных туберкулёзом знаний о методах постконтактной профилактики ВИЧ – инфекции, местах её проведения и обеспечение доступа к постконтактной профилактике для больных туберкулёзом.

• При проведении мероприятий по профилактике ВИЧ – инфекции среди больных туберкулёзом противотуберкулёзные программы активно сотрудничают с международными и неправительственными организациями с привлечением средств государственного и негосударственного финансирования.

5.2. Инфекции респираторного тракта

- Инфекции нижних отделов респираторного тракта —распространенные рецидивирующие инфекции у ЛЖВС, обычно угрожающие жизни пациента. Возбудители этих инфекций — бактерии, реже вирусы и грибы.
- Бактериальные пневмонии, которые могут диагностироваться уже на ранней стадии ВИЧ-инфекции, хорошо поддаются лечению антибиотиками.
- ВИЧ-инфицированные пациенты особенно подвержены инфекциям, вызванным инкапсулированными бактериями, в частности *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*.
- В дальнейшем, по мере угнетения иммунной системы, могут развиваться ОИ,поражающие легкие, наиболее серьезной из которых является ТБ легких.
- По мере ослабления клеточного иммунитета у пациентов с ВИЧ-инфекцией могут развиваться такие опасные для жизни ОИ, как ПЦП и тяжелые пневмонии, вызванные вирусами и другими грибами. В табл. 3 суммированы заболевания респираторного тракта, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией.

Таблица 7. Заболевания респираторного тракта у ЛЖВС	
Инфекции	Возможные осложнения
Бактериальные	
Пневмококковая пневмония	Эмпиема плевры, плевральный выпот, абсцесс легкого
Пневмония, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i>	Плевральный выпот, абсцесс легкого, эмпиема плевры
Пневмония, вызванная <i>Klebsiella pneumoniae</i>	Эмпиема плевры, плевральный выпот
Стафилококковая пневмония	Абсцесс легкого, эмпиема плевры, плевральный выпот
ТБ легких	Перикардиальный выпот, абсцесс легкого, эмпиема плевры, плевральный выпот
Пневмония, вызванная МАК	Редко: абсцесс (чаще при синдроме восстановления иммунитета)
Вирусные	
ЦМВ-инфекция	Пневмонит (высокая летальность)
ВПГ-инфекция	Пневмонит (высокая летальность)
Грибковые	
Пневмония, вызванная <i>Pneumocystis jirovecii</i>	Пневмоторакс
Криптококкоз	
Гистоплазмоз	
Аспергиллез	Абсцесс легкого
Другие заболевания	
Саркома Капоши	Плевральный или перикардиальный выпот
Лимфомы	Плевральный или перикардиальный выпот
Карцинома (не связана с ВИЧ-инфекцией)	Перикардиальный выпот

5.2.1. Бактериальные пневмонии

- Бактериальные инфекции нижних отделов респираторного тракта широко распространены в общей популяции, но у ВИЧ-инфицированных пациентов с иммунодефицитом они встречаются чаще и протекают тяжелее.
- Самый распространенный возбудитель — *Streptococcus pneumoniae*.
- Пациенты с бактериальной пневмонией жалуются на кашель и лихорадку, часто на боль в груди, затрудненное или учащенное дыхание.
- При рентгенологическом исследовании можно выявить типичные признаки долевой пневмонии или бронхопневмонии; иногда выявляются атипичные инфильтративные изменения или изменения не обнаруживаются.

Диагностика

Диагноз пневмонии обычно ставится на основании клинической картины и данных рентгенологического исследования, которое позволяет выявить:

- долевые или очаговые участки затемнения;
- диффузную инфильтрацию;

- нетипичные изменения, включая каверны.

Лечение

- Если состояние пациента не слишком тяжелое и нет подозрения на ПЦП, лечение можно проводить в домашних условиях. Рекомендации по лечению приведены в табл. 4 и 5 ниже.

Таблица 8. Антибиотики первого ряда для лечения бактериальной пневмонии				
Антибиотик	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Амоксициллин (если возможна устойчивость к пенициллину/ампициллину, эти препараты назначают с ингибитором β -лактамазы)	500—1000 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7 суток или больше (до выздоровления)
<i>Или</i>				
Эритромицин	500 мг	4 раза в сутки	Внутрь	7 суток
<i>Или</i>				
Кларитромицин	500 мг	2 раза в сутки	Внутрь	7 суток
<i>Или</i>				
Азитромицин	500 мг	1 раз в сутки	Внутрь	3—4 суток
<i>Или</i>				
Фторхинолон, активный в отношении пневмококков (например, моксифлоксацин*)	400 мг	1 раз в сутки	Внутрь	7 суток
<i>Или</i>				
Доксициклин	100 мг	2 раза в сутки	Внутрь	7 суток

* подлежит регистрации в РК

- Если в течение 72 часов лечения препаратами первого ряда состояние пациента не улучшается (сохраняются лихорадка, лейкоцитоз, повышенный уровень С-реактивного белка), необходима госпитализация и лечение антибиотиками второго ряда (табл. 5). Некоторым пациентам требуются ингаляции кислорода (в этом случае должно возникать подозрение на ПЦП).
- Тяжелобольным показана немедленная госпитализация

Таблица 9. Антибиотики второго ряда для лечения бактериальной пневмонии				
Антибиотик	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Цефтриаксон	2 г	1 раз в сутки	В/в	7 суток
+				
Эритромицин	500 мг	4 раза в сутки		
<i>Или</i>				
Ампициллин + сульбактам	1500 мг	3 раз в сутки	В/в	7 суток
+				
Эритромицин	500 мг	4 раза в сутки		
<i>Или</i>				
Фторхинолон, активный в отношении пневмококков (например, моксифлоксацин*)	400 мг	1 раз в сутки	В/в, внутрь	7 суток
<i>Или</i>				
Хлорамфеникол (если недоступны другие препараты)	12,5 мг/кг (в пересчете на основание)	4 раза в сутки	В/в	7 суток

* подлежит регистрации в РК

- Если лечение не помогает, необходимо исключить ПЦП и ТБ. «Золотой стандарт» диагностики — бронхоальвеолярный лаваж с выделением возбудителя до начала антибактериальной терапии. Целесообразно использовать также посев крови; частота выявления пневмококков с помощью этого метода выше и можно повторить посев до 5 раз.

5.2.2. Инфекции, вызванные атипичными микобактериями

Инфекции, вызванные комплексом *Mycobacterium avium-intracellulare* (МАК или МАИ), встречаются реже, чем другие ОИ. Для них характерны:

- лихорадка;
- потеря веса;
- ночная потливость;
- диарея;
- слабость.

МАК обнаруживаются в крови и выделениях пациента. Подтверждает диагноз выявление кислотоустойчивых бактерий в стерильных в норме жидкостях и тканях (в крови, СМЖ, биоптатах костного мозга и печени).

Диагностика

- Основной метод диагностики — посев крови на специальную среду.
- У пациентов с клиническими проявлениями инфекции концентрация микобактерий в крови так велика, что посеvy крови почти всегда оказываются положительными.
- Поскольку при диссеминированных инфекциях, вызванных атипичными микобактериями, часто страдают печень и костный мозг, возбудителей можно обнаружить в биоптатах этих органов, окрашенных по Цилю—Нильсену.
- Биопсия печени позволяет поставить предположительный диагноз и выиграть время.

Лечение

Таблица 10. Инфекции, вызванные атипичными микобактериями				
Антибиотик	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Препараты первого ряда				
Кларитромицин	500—1000 мг	2 раза в сутки	Внутрь	6 месяцев; продолжительность лечения зависит от состояния пациента
+				
этамбутол	15 мг/кг	1 раз в сутки	Внутрь	6 месяцев; продолжительность лечения зависит от состояния пациента
+				
рифабутин	300—450 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6 месяцев; продолжительность лечения зависит от состояния пациента
Другие препараты, активные в отношении МАК*				
Азитромицин	500—1200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6 месяцев
Ципрофлоксацин	500 мг	2 раза в сутки	Внутрь	6 месяцев
Амикацин	15 мг/кг/сут или	1 раз в сутки	В/в	Не более 4 недель
	7,5 мг/кг/сут	2 раза в сутки	В/в	
а Рифампицин неэффективен в отношении МАК.				

- Если на фоне лечения состояние пациента улучшается, а препараты хорошо переносятся, можно начать АРТ.
- Обычно АРТ начинают через 4—6 недель после начала лечения инфекции, вызванной МАК. Через 6 месяцев, при условии, что число лимфоцитов CD4 >100/мкл, дозы антибиотиков можно уменьшить или перейти на поддерживающую терапию (вторичная профилактика).

- Отмена вторичной профилактики допустима при условии, что число лимфоцитов CD4 остается достаточно высоким и стабильным на протяжении более 3—6 месяцев.
- Необходимо продолжать лечение и вторичную профилактику инфекции, вызванной МАК, в течение 6 месяцев для достижения эффективности терапии и предупреждения рецидивов.
- Важно начинать лечение с антибактериальной терапии, для того чтобы не спутать побочные эффекты антибиотиков с побочными эффектами АРВ-препаратов.
- Под действием АРТ возможно развитие воспалительного синдрома восстановления иммунитета (ВСВИ) и обострение инфекции, вызванной МАК. Подробнее см. в Протоколах, часть II, и Протоколе ВОЗ 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков», разделы «Клиническая неэффективность лечения» и «Воспалительный синдром восстановления иммунитета».

5.2.3. Пневмоцистная пневмония

- ПЦП — распространенная ОИ, ассоциирующаяся с ВИЧ-инфекцией. Возбудитель — грибок *Pneumocystis jirovecii* (прежнее название — *Pneumocystis carinii*).
- Типичные жалобы — кашель, одышка и лихорадка.
- В некоторых случаях при физикальном исследовании признаков поражения легких не обнаруживается.
- У пациентов с ПЦП часто наблюдаются признаки дыхательной недостаточности: одышка и цианоз.
- ПЦП может протекать очень тяжело и в отсутствие своевременного и правильного лечения приводить к смерти.

Диагностика

- Диагноз часто ставится по клиническим симптомам, которые обнаруживаются у ВИЧ-инфицированного пациента: лихорадка, дыхательная недостаточность, иногда цианоз.
 - У пациента может быть сухой кашель, однако диагностическим признаком считают одышку при отсутствии или слабых признаках поражения легких при физикальном исследовании.
 - Настораживающие рентгенологические изменения:
 - ◊ гомогенные затемнения (по типу матового стекла) в нижних частях обоих легких (обнаруживаются не всегда);
 - ◊ очаговые затемнения в обоих легких, сходные с таковыми при бактериальной пневмонии и ТБ.
 - ◊ У значительной части пациентов с подтвержденным диагнозом ПЦП рентгенологические признаки поражения легких отсутствуют.
 - «Золотой стандарт» диагностики — исследование бронхоальвеолярного лаважа.
- Диагноз подтверждается при обнаружении цист *Pneumocystis jirovecii* в мокроте, выделенной при усиленном кашле, или аспирате, полученном при бронхоальвеолярном лаваже.
- Если бронхоскопия недоступна, диагноз ПЦП подтверждает ухудшение показателей функции внешнего дыхания и газов артериальной крови.
 - Лечение следует начинать немедленно после постановки диагноза.

Лечение

Лечение проводится в условиях стационара. Может потребоваться поддерживающая терапия, в частности ингаляции кислорода. Схемы лечения приведены в табл. 7 и 8 ниже.

Таблица 11. Препараты первого ряда для лечения ПЦП				
Антимикробные препараты	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
ТМП/СМК	240/1200 (при массе тела ≤60) и 320/1600 (при массе тела >60)	4 раза в сутки	Внутрь, в/в	21 день

Таблица 12. Препараты второго ряда для лечения ПЦП				
Антимикробные препараты	Доза	Частота приема	Путь введения	Продолжительность лечения
Клиндамицин*	600 мг	4 раза в сутки	Внутрь, в/в	21 день
+				
Примахин	15 мг	2 раза в сутки	Внутрь	
<i>Или</i>				
Пентамидин* (вместе с антибиотиками широкого спектра действия для профилактики бактериальной суперинфекции, напр., ампициллин + сульбактам в течение 10 суток)	4 мг/кг в/в 1 раз в сутки; через 5 дней лечения дозу уменьшают до 2 мг/кг	1 раз в сутки	В/в	21 день

* подлежат регистрации в РК

- При тяжелой пневмонии назначают преднизолон 80—250 мг в сутки внутрь или в/в в течение 1—2 недель (уменьшает интерстициальный отек легких).
- В тяжелых случаях можно использовать комбинированную терапию (например, ТМП/СМК и пентамидин); согласно нескольким сообщениям с описанием случаев, эта схема ассоциировалась с высоким риском токсичности. При тяжелой пневмонии может потребоваться искусственная вентиляция легких или ингаляции кислорода (при $\text{SaO}_2 < 92\%$). Необходимо следить за побочными эффектами; возможны нарушения со стороны почек (оба препарата), поджелудочной железы (пентамидин), костного мозга (ТМП/СМК). Оценка лабораторных показателей должна проводиться 2 раза в неделю. После купирования острых проявлений ПЦП:
 - необходимо продолжать вторичную профилактику ПЦП с использованием ТМП/СМК в дозе 160/800 мг внутрь 1 раз в сутки в течение продолжительного времени;
 - профилактику можно отменить, когда число лимфоцитов CD4 у пациента продолжает оставаться стабильным на уровне $>200/\text{мкл}$ в течение, по крайней мере, 3 месяцев.

5.2.4. Пневмонии другой этиологии у лиц с иммунодефицитом

- К возбудителям пневмонии относятся также вирусы и другие грибы. Эти инфекции трудно диагностировать без соответствующего лабораторного оборудования и трудно лечить.
 - Возбудителями вирусной пневмонии могут быть ВПГ, вирус опоясывающего лишая (вирус варицелла-зостер) и ЦМВ.
 - Кроме ПЦП возможны пневмонии, вызванные другими грибами: *Histoplasma capsulatum*, *Cryptococcus neoformans* и *Aspergillus* spp.
- Диагностика
- При неэффективности стандартного лечения пневмонии антибиотиками следует заподозрить ТБ легких или пневмонию, вызванную вирусами, грибами или простейшими.
 - Для уточнения возбудителя требуются специальные лабораторные исследования:
 - ◊ определение сверххранного антигена ЦМВ (pp65) в крови или жидкости, полученной при бронхоальвеолярном лаваже;
 - ◊ ПЦР для выявления герпесвирусов (ЦМВ, ВПГ 1 и 2, вируса опоясывающего лишая, вируса Эпштейна—Барр, герпесвирусов человека типа 6 и 8);
 - ◊ посев на специальные среды для медленно растущих возбудителей, в частности *Nocardia* spp.
 - В ходе диагностики необходимо тесное сотрудничество лечащего врача и микробиолога.

Лечение

Выбор препаратов зависит от возбудителя инфекции, например при пневмонии, вызванной ЦМВ, назначают фоскарнет, при нокардиозе — длительный курс антибактериальной терапии (8 недель).

5.3. Инфекции желудочно-кишечного тракта

- Инфекции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у ЛЖВС могут быть вызваны:
 - ◊ ВИЧ (непосредственное воздействие вируса на ЖКТ);
 - ◊ бактериями;
 - ◊ грибами;
 - ◊ вирусами;
 - ◊ простейшими;
 - ◊ паразитами.
- Иногда проблемы могут возникать из-за атрофии кишечных ворсинок, обычно приводящей к нарушению всасывания.
- Самая распространенное проявление поражения ЖКТ — диарея, которая может иметь острое, подострое или хроническое течение.
- Хроническая диарея наблюдается у пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (СПИД) и часто является причиной смерти.
- Острая диарея приводит к обезвоживанию, несмотря на соответствующее лечение
- Кровотечение или примесь крови в кале указывают на дизентерию, вызванную шигеллами, или на амёбную дизентерию.
- Другие нарушения со стороны ЖКТ у ЛЖВС:
 - ◊ плохой аппетит;
 - ◊ тошнота;
 - ◊ рвота;
 - ◊ нарастающая потеря веса.

В табл. 9 суммированы клинические характеристики, методы диагностики и лечения инфекций ЖКТ, которые часто наблюдаются у ЛЖВС.

Таблица 13. Инфекции ЖКТ, часто встречающиеся у ЛЖВС		
Инфекция	Клиническая картина и диагностика	Лечение
Сальмонеллез (кроме <i>Salmonella typhi</i> и <i>paratyphi</i>)	Лихорадка, боль в животе, диарея (иногда с примесью крови), похудание, потеря аппетита, гепатоспленомегалия. Диагностика: посев крови или кала	Ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза в сутки, >2 недель
Шигеллез	Лихорадка, боль в животе, диарея с примесью крови. Диагностика: посев крови или кала	Ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7—10 дней <i>Или</i> Налидиксовая кислота 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7—10 дней <i>или</i> ТМП/СМК 160/800 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7—10 дней
Криптоспоридиоз	Водянистая диарея, потеря аппетита, нормальная температура тела. Диагностика: микроскопическое исследование кала	Паромомицин* 1 г внутрь 2 раза в сутки + азитромицин 600 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 4 недель <i>затем</i> только паромомицин* в течение 8 недель. Лечение часто неэффективно.
Микроспоридиоз	Водянистая диарея, потеря аппетита; нормальная температура тела. Диагностика: микроскопическое исследование кала	Альбендазол* 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 4 недель; <i>Если неэффективно:</i> Мебендазол* 200 мг внутрь 3 раза в сутки (хотя альбендазол обычно бывает эффективнее мебендазола)

* подлежат регистрации в РК

5.4. Кандидоз

- *Candida albicans* колонизирует ЖКТ людей обоих полов. *C. albicans* обнаруживается в микрофлоре влагалища примерно у трети здоровых женщин.
- У женщин с вагинальным кандидозом могут наблюдаться выделения из влагалища и зуд в области вульвы и влагалища.
- У мужчин с генитальным кандидозом развивается баланит или баланопостит, сопровождающиеся выделениями из-под крайней плоти и зудом в области полового члена и крайней плоти.
- Кандидоз полости рта («молочница») проявляется воспалением слизистой и появлением плотно прилегающих к ней белых бляшек.
- *Candida albicans* может вызывать поражение кожи — дерматит, сопровождающийся зудом.
- При выраженном иммунодефиците кандидоз полости рта может распространяться на пищевод.
- Поражение бронхов и диссеминированная инфекция встречаются редко.

Симптомы

- Кандидоз полости рта включает поражение слизистой оболочки:

- ◊ щек;
- ◊ языка;
- ◊ ротоглотки;
- ◊ десен;
- ◊ твердого и мягкого неба.

- Возможно бессимптомное течение; иногда пациенты жалуются на жжение во рту во время еды.
- Некоторые пациенты могут жаловаться на появление белых бляшек на слизистой рта.
- При кандидозном эзофагите появляются жалобы на:

- ◊ боль при проглатывании пищи;
- ◊ боль за грудиной;
- ◊ повышенное слюноотечение.

Лица, у которых чаще всего наблюдается кандидоз:

- здоровые беременные женщины и здоровые женщины, принимающие пероральные контрацептивы;
- здоровые новорожденные, особенно недоношенные;
- пациенты, получающие длительные курсы антибиотиков широкого спектра действия;
- пациенты, получающие стероидные гормоны;
- пациенты, страдающие сахарным диабетом;
- лица с врожденным или приобретенным иммунодефицитом;
- ослабленные и истощенные пациенты;
- пациенты с тяжелыми нарушениями питания;

- онкологические пациенты, а также пациенты, получающие лучевую или химиотерапию.

Диагностика

- Диагноз кандидоза ротоглотки ставится на основании клинической картины и результатов микроскопии соскоба со слизистой полости рта.
- При осмотре обнаруживаются покраснение и воспаление слизистой с белыми бляшками или без них.
- Может быть воспалена слизистая неба, глотки, десен, языка и щек; язык становится красным, сосочки сглажены.
- Подтверждение диагноза с помощью биопсии пораженных тканей необходимо только при кандидозном эзофагите и при подозрении на аспергиллез легких.
- Для кандидозного эзофагита характерны:
 - ◊ боль при глотании;
 - ◊ боль в груди, которая усиливается при глотании.
- Диссеминированный кандидоз проявляется лихорадкой и симптомами со стороны пораженного органа (например, слепота при поражении глаз).

Лечение

- Лечение локализованного кандидоза начинают с относительно недорогих препаратов для местного применения — нистатина, миконазола или клотримазола.
- При диссеминированном кандидозе, а также при неэффективности местного лечения назначают противогрибковые средства для системного применения - кетоконазол, флуконазол, итраконазол, амфотерицин В.

Таблица 14. Лечение кандидоза полости рта				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Миконазол* Или Нистатин	Таблетки для рассасывания 250 тыс. ЕД	1 раз в сутки	Таблетку держат за щекой до полного рассасывания	7 суток
<i>Или</i>				
Флуконазол	100 мг	2 раза в сутки в течение 3 дней, затем 1 раз в сутки в течение 4 дней	Внутрь	7 суток
<i>Препараты второго ряда</i>				
Итраконазол	200—400 мг	1 раз в сутки	Внутрь	7 суток

* подлежит регистрации в РК

Таблица 15. Лечение кандидозного вульвовагинита				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Флуконазол	100 мг	Однократно	Внутрь	Однократно
Клотримазол	500 мг	Однократно	Интравагинально	Однократно
<i>Препараты второго ряда</i>				
Кетоконазол	200 мг	2 раза в сутки	Внутрь	3 суток
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	7 суток
<i>Поддерживающая терапия</i>				
Нистатин	2—4 млн ед.	2 раза в сутки	Внутрь	10 суток
<i>Или</i>				
Флуконазол	50—200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	10 суток

Препараты третьего ряда				
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	В зависимости от ответа на лечение, в среднем 7—10 суток
Итраконазол	100 мг	1 раз в сутки	Внутрь	В зависимости от ответа на лечение, в среднем 7—10 суток

Таблица 16. Лечение кандидозного эзофагита и диссеминированного кандидоза				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Кетоконазол	200—400 мг	2 раза в сутки	Внутрь	21 день
<i>Или</i>				
Флуконазол (эффективнее кетоконазола)	200—400 мг, через 3 суток (в зависимости от клиники) дозу можно снизить до 100 мг	1 раз в сутки	Внутрь, в/в	14 суток
<i>Препараты второго ряда</i>				
Амфотерицин В	0,3—0,5 мг/кг	1 раз в сутки	В/в	10—14 суток
<i>Или</i>				
Итраконазол	200—400 мг	1 раз в сутки	Внутрь	2 недели

- Пациентам с кандидозным эзофагитом может потребоваться длительная поддерживающая терапия флуконазолом (50—100 мг), итраконазолом (100 мг) или кетоконазолом (200 мг); все препараты принимают внутрь 1 раз в сутки.
- Если лечение неэффективно, следует заподозрить ВПГ- или ЦМВ-эзофагит и направить пациента на эзофагоскопию.
- *Candida glabrata*, *C. krusei* и *C. tropicalis* могут быть устойчивы к флуконазолу. Необходимо культуральное исследование образцов; можно уточнить чувствительность выделенного возбудителя к препарату и назначить амфотерицин В.

5.5. Криптококковый менингит

- Менингит — самое частое проявление криптококкоза. Легочный и диссеминированный криптококкоз встречаются реже.
- Криптококковый менингит — распространенное у ЛЖВС системное заболевание, вызванное грибами.
- **Без лечения средняя продолжительность жизни пациентов с криптококковым менингитом может составлять меньше месяца.**

Диагностика

Диагностика криптококкового менингита не представляет сложности. Обычно наблюдаются головная боль, лихорадка, ригидность затылочных мышц и/или симптомы поражения черепных нервов; возможна потеря сознания вплоть до комы. Однако иногда признаки воспаления мозговых оболочек, например лихорадка и ригидность затылочных мышц, отсутствуют. Возбудителя можно обнаружить при микроскопии осадка, полученного после центрифугирования СМЖ (окраска тушью).

- В мазке видны дрожжевые клетки, покрытые толстой капсулой.
- Другой метод диагностики — посев СМЖ для получения культуры криптококков.
- Ценный диагностический метод — выявление криптококкового антигена в крови или СМЖ.

Лечение

Таблица 17. Лечение при криптококковом менингите				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				

Амфотерицин В +	0,7—1,0 мг/кг	1 раз в сутки 4 раза в сутки	В/в В/в	14 дней
<i>Затем</i>				
Флуконазол	400 мг	1 раз в сутки	Внутрь	По крайней мере, 10 не- дель
<i>Затем</i>				
Флуконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	Пожизненно
Препараты второго ряда				
Амфотерицин В +	0,7—1,0 мг/кг	1 раз в сутки 4 раза в сутки	В/в В/в	6—10 недель
<i>или</i>				
Амфотерицин В	0,7—1,0 мг/кг	1 раз в сутки	В/в	6—10 недель
<i>или (в легких случаях)</i>				
Флуконазол	400— 800 мг	1 раз в сутки	Внутрь	10—12 недель
<i>Затем</i>				
Флуконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	Пожизненно

Вторичная химиопрофилактика или поддерживающая терапия

- Необходима пожизненная вторичная химиопрофилактика; для этого можно использовать флуконазол, 200 мг внутрь 1 раз в сутки.
- Альтернативный препарат для долговременной вторичной химиопрофилактики — итраконазол, 200 мг внутрь 1 раз в сутки пожизненно.
- Конкретных доказательств в пользу продолжения или прекращения профилактики после улучшения функции иммунной системы (CD4 >200/мкл) пока нет.

5.6. Гистоплазмоз

Гистоплазмоз — редко встречающаяся острая или хроническая инфекция, вызванная вдыханием спор гриба *Histoplasma capsulatum*.

- Риск заболевания зависит от состояния иммунной системы и количества попавшего в организм возбудителя.
- Для предотвращения диссеминированного гистоплазмоза важна сохранность клеточного иммунитета. Острый гистоплазмоз по клинической картине напоминает грипп:

- ◊ лихорадка;
- ◊ потеря аппетита;
- ◊ артралгия;
- ◊ миалгия;
- ◊ сухой кашель;
- ◊ боль в груди.

- У лиц с ослабленным иммунитетом вскоре после первых проявлений заболевания происходит диссеминация инфекции. Диссеминированный гистоплазмоз проявляется:

- ◊ потерей веса;
- ◊ поражениями на слизистой рта и коже;
- ◊ легочными симптомами;
- ◊ увеличением печени, селезенки и лимфатических узлов.

- На слизистой рта могут появляться некротизированные язвы с приподнятыми краями. Возможна перфорация твердого неба и значительное разрушение мягких тканей.

Диагностика

Диагноз ставится на основании клинической картины и подтверждается получением культуры гриба или гистологическим исследованием биоптата пораженных тканей.

- При рентгенологическом исследовании грудной клетки в острой стадии гистоплазмоза можно обнаружить:
 - ◊ увеличение прикорневых лимфоузлов;
 - ◊ рассеянные инфильтраты;
 - ◊ узлы в нижних отделах легких.

- Разработаны тесты, основанные на исследовании крови, и кожные пробы, однако широкого применения эти методы не нашли.

Лечение

При нормальном состоянии иммунной системы острый гистоплазмоз проходит самостоятельно и лечения не требует. Схема лечения пациентов с ослабленным иммунитетом приведена в табл. 14.

Таблица 18. Лечение гистоплазмоза				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Амфотерицин В	0,7—1,0 мг/кг	1 раз в сутки	В/в	10 дней

Вслед за первичным курсом проводят продолжительное лечение (в течение 3 месяцев после восстановления уровня CD4 >100/мкл) одним из следующих препаратов:

- ♦ итраконазол, 200 мг внутрь 2 раза в сутки;
- ♦ флуконазол, 200 мг внутрь 2 раза в сутки;
- ♦ амфотерицин В, 1 мг/кг в/в 1 раз в неделю.

Альтернативная схема: итраконазол, 200 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 3 суток, затем по 200 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 12 недель (во время еды, запивать кислым напитком).

5.7. Саркома Капоши (СК)

- Возбудителем СК является герпесвирус человека типа 8, также известный, как вирус герпеса, ассоциированный с СК.
- Все пациенты с подозрением на СК должны быть обследованы онкологом и при необходимости направлены в онкологическую клинику.
- У ВИЧ-инфицированных пациентов с иммунодефицитом СК протекает тяжелее, с тенденцией к диссеминации и быстрее прогрессирует по сравнению с эндемической формой заболевания и лиц, не инфицированных ВИЧ.

Диагностика

Диагноз ставят на основании клинической картины и подтверждают при гистологическом исследовании биоптата пораженных тканей.

Клинические симптомы и признаки:

- Поражения можно обнаружить на любом участке кожи и слизистых оболочек. Кожные элементы представляют собой гиперпигментированные, синие или багровые папулы или узлы, которые могут сопровождаться лимфостазом. При системных поражениях обычно вовлечены небо, ЖКТ, легкие и лимфоузлы.
- 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. Иногда обнаруживаются крупные элементы и элементы на ножке.
- Поражения легких при СК носят инфильтративный характер и сопровождаются плевральным выпотом; часто развивается дыхательная недостаточность. СК следует отличать от бактериального ангиоматоза (бактериальная инфекция, вызванная *Bartonella spp.*), который часто встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Лечение

- СК — онкологическое заболевание, лечить которое должен онколог.
- При локализованной форме используют лучевую терапию, при генерализованной — цитостатическую химиотерапию.
- Комбинации цитостатических препаратов, которые применяют с различным успехом:
 - ♦ липосомный доксорубин в качестве монотерапии (наилучший результат);
 - ♦ блеомицин;
 - ♦ винкристин;
 - ♦ даунорубин;
 - ♦ винбластин;
 - ♦ этопозид.
- Ремиссия достигается с трудом; часто наблюдаются рецидивы.
- Локализованные образования можно удалять хирургическим путем, использовать жидкий азот (частые рецидивы), лазер или ионизирующее излучение. Показано, что также эффективны инъекции блеомицина в область поражения.

- Обычно СК излечивается на фоне АРТ без дополнительных методов лечения. При эффективной АРТ элементы СК перестают прогрессировать и постепенно исчезают.

5.8. Рак шейки матки

- Рак шейки матки — один из самых распространенных в мире видов рака, являющихся причиной женской смертности. Оценочное число новых случаев составляет 500 000 в год.
- Ведущим этиологическим агентом развития рака и предраковых заболеваний нижних отделов генитального тракта, включая рак шейки матки, является вирус папилломы человека (ВПЧ).
- У женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, относительный риск цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) повышен в 5—10 раз. Изменения при цитологическом исследовании мазка с шейки матки, окрашенного по Папаниколау (Пап-мазок) отмечаются у 20—40% женщин, инфицированных ВИЧ.

Диагностика

При постановке диагноза ВИЧ-инфекции женщине необходимо провести гинекологическое исследование и цитологическое исследование Пап-мазка. Исследование Пап-мазка повторяют через 6 месяцев и затем ежегодно.

Подробнее см. в Протоколе ВОЗ 9 «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом».

5.9. Другие злокачественные новообразования

Лимфомы (в том числе НХЛ, лимфома ЦНС и лимфома Беркитта) и плоскоклеточный рак встречаются у ЛЖВС чаще, чем у лиц с нормальным иммунитетом. Все пациенты, у которых подозревают рак, должны быть обследованы онкологом и при необходимости направлены в онкологическую клинику.

5.9.1. Неходжкинская лимфома

НХЛ (обычно В-клеточная, очень редко Т-клеточная) часто наблюдается у ЛЖВС с иммунодефицитом, однако ее появление не зависит от числа лимфоцитов CD4. Полагают, что в патогенезе лимфом играют роль вирусы, в частности вирус Эпштейна—Барр.

- Опухолевые клетки НХЛ могут определяться в организме повсеместно, чаще всего в лимфоузлах и в мышцах, а также в других органах, включая печень, селезенку, легкие, сердце, головной мозг, ЖКТ и кости (реже).
- Симптомы могут быть самыми разнообразными.
- Могут пальпироваться увеличенные лимфоузлы различной локализации.
- Часто (но не всегда) пациенты жалуются на лихорадку, похудание, слабость.
- Для определения стадии заболевания (I—IV) необходимы различные исследования: компьютерная аксиальная томография (КТ), биопсия костного мозга, люмбальная пункция для получения СМЖ и гастроскопия.
- Диагноз ставится на основании положительных результатов гистологического исследования биоптата из подозрительного (увеличенного) лимфоузла.

5.9.2. Лимфома Беркитта

Лимфомы Беркитта — это подгруппа НХЛ, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией. Они могут наблюдаться до развития у пациентов выраженного иммунодефицита. Этот тип опухоли ассоциируется с вирусом Эпштейна—Барр.

Диагностика

Диагноз основывается на тщательном гистологическом исследовании биоптатов лимфоузла и опухоли.

Лечение лимфом всех типов — НХЛ, Беркитта и лимфомы ЦНС

- При НХЛ эффективна химиотерапия по схеме СНОР (циклофосфамид, доксорубицин, винкристин, преднизолон), которую проводят шестью курсами (именно столько курсов обычно необходимо для полной ремиссии):

- ◊ преднизолон, 100 мг/сут внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней;
- ◊ винкристин, 1,4 мг/м²/сут (максимальная доза — 2 мг/сут) однократно в 1-й день лечения;
- ◊ циклофосфамид, 750 мг/м²/сут однократно в 1-й день лечения;
- ◊ доксорубицин (гидроксидоуномицин), 50 мг/м²/сут однократно в 1-й день лечения.

Начинать новый цикл через каждые 21 день (22-й день становится 1-м днем и т.д.).

- Также установлена эффективность схемы ЕРОСН (этопозид, преднизолон, винкристин, циклофосфамид, даунорубицин или доксорубицин) в сочетании с АРТ. В основе этой схемы — 6 курсов непрерывной в/в инфузии в течение 96 часов (4 суток):

- ◊ этопозид, 50 мг/м²/сут (через центральный венозный катетер);
- ◊ доксорубицин, 10 мг/м²/сут (через центральный венозный катетер);
- ◊ винкристин, 0,4 мг/м²/сут, максимальная доза — 2 мг/нед (через центральный венозный катетер);
- ◊ циклофосфамид, 375 мг/м²/сут, в/в однократно, только на 5-й день (болюсная в/в инъекция);
- ◊ преднизолон, 100 мг/сут в 1—5-й дни внутри 1 раз в сутки.

5.10. Инфекции нервной системы

Проникновение ВИЧ в нервную систему приводит к энцефалопатии, миелопатии и периферической нейропатии. При ВИЧ-инфекции описано множество неврологических синдромов, в том числе:

- атрофия и дегенерация вещества головного мозга;
- СПИД-дементный синдром;
- атрофия мозжечка;
- вакуолярная миелопатия;
- паралич лицевого нерва;
- синдром Гийена—Барре;
- сенсорная и моторная периферическая нейропатия с болевым синдромом.

Поражения ЦНС могут вызывать также многие бактериальные, вирусные и грибковые ОИ (см. «Криптококковый менингит» выше).

5.10.1. Токсоплазмоз

Токсоплазмоз часто встречается у ЛЖВС в развитых странах. Он приводит к развитию множественных воспалительных очагов в головном мозге. У ЛЖВС токсоплазмоз проявляется главным образом как энцефалит или как диссеминированная инфекция.

Диагностика

- Заподозрить токсоплазмоз можно по клиническим признакам, которые обнаруживаются у пациента:
 - ◊ нарушения сознания;
 - ◊ лихорадка;
 - ◊ судороги;
 - ◊ головная боль;
 - ◊ очаговые неврологические симптомы (заторможенность, парезы и параличи черепных нервов, двигательные расстройства, нарушение координации движений, выпадение полей зрения, афазия).
- У пациентов с признаками диффузного поражения коры головного мозга очаговая симптоматика появляется по мере прогрессирования.
- С помощью КТ и ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) в головном мозге пациентов можно выявить множественные кольцевидные очаги.
- Если КТ и ЯМР недоступны, серологические тесты на антитела к *Toxoplasma* (IgG) помогут поставить диагноз токсоплазмоза.
- У большинства пациентов с церебральным токсоплазмозом определяются серологические признаки ранее перенесенной инфекции, вызванной *Toxoplasma gondii* (определяются IgG).
- ◊ При подозрении на токсоплазмоз начинают пробное лечение.
- ◊ Биопсия головного мозга должна рассматриваться только в том случае, если 2 недельный курс пробного лечения не дает результатов.
- ◊ Диагноз подтверждается гистологическим исследованием тканей головного мозга, полученных при биопсии.

Лечение

Таблица 19. Лечение токсоплазмоза				
Препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Пириметамин*	200 мг	Однократно (ударная доза)	Внутрь	Однократно
Затем				
Пириметамин*	25 мг или 50 мг	3 раза в сутки 2 раза в сутки	Внутрь	6—8 недель
+				
фолиевая кислота	15 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6—8 недель
+				
Сульфадiazин	1 г	4 раза в сутки	Внутрь	6—8 недель

- В схеме, представленной в таблице, сульфадiazин 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,
 - ◊ кларитромицин, 1 г внутрь 2 раза в сутки в течение 6 недель,
 - ◊ атоваквон, 750 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 6 недель.

Примечание: * подлежат регистрации в РК.

- Некоторым пациентам требуется очень длительный курс интенсивного лечения острой инфекции.

Стандартных рекомендаций относительно длительности лечения нет: решение о переходе на другой курс лечения принимают по клиническим показаниям и результатам КТ, если она доступна.

- Для вторичной профилактики используют половину доз препаратов, входящих в эффективные схемы, используемые для лечения острого токсоплазмоза; лечение продолжают до тех пор, пока число лимфоцитов CD4 не будет оставаться на уровне $>200/\text{мкл}$ в течение 3 месяцев.

5.10.2. Инфекция, вызванная ВПГ

- ВПГ-инфекция часто встречается в клинической практике.
- За первичным эпизодом герпеса следуют частые рецидивы.
- У пациентов с иммунодефицитом герпетические поражения могут быть более обширными и дольше персистируют; возможна диссеминация инфекции.
- ВПГ может также вызывать менингит и менингоэнцефалит.

Диагностика

- Диагноз ВПГ-инфекции обычно ставится на основе типичных клинических проявлений: везикулы и болезненные поверхностные эрозии, располагающиеся вокруг рта, на крыльях носа, губах и/или на половых органах.
- Часто диагноз генерализованной ВПГ-инфекции поставить трудно. Могут потребоваться специальные методы: выделение вируса в культуре клеток, иммуноблоттинг, метод прямой иммунофлуоресценции с моноклональными антителами.
- Энцефалит, вызванный ВПГ, приводит к развитию множественных очагов поражения головного мозга, которые можно увидеть при КТ.

Лечение

Таблица 20. Лечение ВПГ-инфекции: легкая форма				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Ацикловир	400 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток
<i>Или</i>				
Фамцикловир*	250 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток
<i>Или</i>				
Валацикловир*	1 г	2 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток

* подлежат регистрации в РК

Таблица 21. Лечение ВПГ-инфекции: рецидивы				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Ацикловир	800 мг	5 раз в сутки	Внутрь	7—10 суток
<i>Или</i>				
Фамцикловир*	500 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток
<i>Или</i>				
Валацикловир*	1 г	2 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток

* подлежат регистрации в РК

Таблица 22. Лечение ВПГ-инфекции: тяжелая форма				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				

Ацикловир*	10 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	7—10 суток
<i>Или</i>				
Валацикловир*	1 г	2 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток

* подлежат регистрации в РК

Таблица 23. Лечение ВПГ-инфекции: тяжелая форма с поражением внутренних органов				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Ацикловир	10 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	14—21 день
<i>Препараты второго ряда</i>				
Фоскарнет* (при подозрении на устойчивость к ацикловиру)	40—60 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	14 суток

* подлежит регистрации в РК

5.10.3. Опоясывающий лишай

- Первичная инфекция, вызванная вирусом опоясывающего лишая (варицелла-зостер), часто протекает в генерализованной форме.
- У детей первичная инфекция вызывает заболевание ветряной оспой, хотя у большинства людей после инфицирования не наблюдается никаких симптомов и признаков заболевания.
- Вирус годами сохраняется в дремлющем состоянии в спинномозговых ганглиях.
- При иммунодефиците любой этиологии вирус активизируется, начинает размножаться и вызывает поражение кожи по ходу кожного нерва в пределах дерматома (опоясывающий лишай).
- Может развиваться диссеминированная форма с поражением кожи, нервной системы, легких и слизистых оболочек.
- У пациентов с иммунодефицитом опоясывающий лишай часто протекает с обширными и рецидивирующими поражениями нескольких дерматомов и сопровождается сильной болью и слабостью.

Диагностика

Диагноз обычно ставится на основании клинической картины.

Лечение

Таблица 24. Лечение опоясывающего лишая (в пределах дерматома)				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Ацикловир	800 мг	5 раз в сутки	Внутрь	7—10 суток или до подсыхания поражений
<i>или</i>				
Фамцикловир*	500 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7—10 суток

* подлежит регистрации в РК

Таблица 25. Лечение диссеминированного опоясывающего лишая с поражением, кожи, глаз и внутренних органов				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				

Ацикловир	10 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	7—10 дней
<i>или</i>				
Фамцикловир*	500 мг	3 раза в сутки	Внутрь	7—10 дней
Препараты второго ряда				
Фоскарнет*	60 мг/кг или 40 мг/кг	2 раза в сутки 3 раза в сутки	В/в	7—10 дней

* подлежат регистрации в РК

- Частое и тяжелое осложнение опоясывающего лишая — постгерпетическая невралгия. Она вызывает сильную боль по ходу нерва в пределах дерматомы и сильно изматывает больных.
- Для обезбоживания назначают нестероидные противовоспалительные средства (НСПВС).
- Если НСПВС не помогают, можно назначить амитриптилин, карбамазепин или фенитоин.

5.10.4. Цитомегаловирусная инфекция

У лиц с иммунодефицитом ЦМВ может вызывать поражения многих органов и систем и проявляться:

- лихорадкой и диареей при ЦМВ-колите;
- одышкой при ЦМВ-пневмонии;
- слепотой при ЦМВ-ретините;
- образованием болезненных язв в полости рта, затрудняющих прием пищи.

Диагностика

- Чаще всего поражение локализуется на сетчатке — диагноз ставит офтальмолог.
- Для диагностики поражений других органов требуется сложное диагностическое оборудование и постановка дорогостоящих тестов (исследование биоптатов, методы гибридизации ДНК).

Лечение

Лечение ЦМВ-ретинита, а также ЦМВ-инфекций ЖКТ и ЦНС описано в табл. 22—24.

Таблица 26. Лечение ЦМВ-поражений ЦНС, ЖКТ и ретинита (препарат первого ряда)				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Ганцикловир*	5 мг/кг	2 раза в сутки	В/в	2—3 недели

* подлежит регистрации в РК

Для вторичной профилактики может потребоваться длительная поддерживающая терапия ганцикловиром — ежедневное в/в введение 5 мг/кг.

Таблица 27. Лечение ЦМВ-поражений ЦНС, ЖКТ и ретинита (препарат второго ряда)				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Фоскарнет*	90 мг/кг	2 раза в сутки	В/в	3 недели

* подлежит регистрации в РК

Для вторичной профилактики может потребоваться длительная поддерживающая терапия фоскарнетом — ежедневное в/в введение 90 мг/кг.

Таблица 28. Вторичная профилактика ЦМВ-ретинита				
Антивирусный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Ганцикловир (внутриглазной имплантант)* + Валганцикловир* (для предупреждения развития инфекции во втором глазу)	900 мг	1 раз в сутки	Внутрь	До тех пор, пока число лимфоцитов CD4 не будет сохраняться на уровне >100—150/мкл в течение как минимум 3 месяцев

Вторичную профилактику можно отменить через 6 месяцев при условии, что число лимфоцитов CD4 составляет 100—150/мкл.

5.10.5. Инфекция, вызванная вирусом Эпштейна—Барр

- Инфекция, вызванная вирусом Эпштейна—Барр, принадлежащим к семейству герпесвирусов, распространена как среди ЛЖВС, так среди тех, кто не инфицирован ВИЧ.
- У ЛЖВС содержание вирусных частиц в секретах ротоглотки и титр антител к этому вирусу выше, чем у лиц, не инфицированных ВИЧ.
- Полагают, что вирус Эпштейна—Барр вызывает ряд заболеваний:
 - ◊ волосатую лейкоплакию полости рта;
 - ◊ лимфоидный интерстициальный пневмонит;
 - ◊ НХЛ (см. раздел II.5.8.1 выше);
 - ◊ лимфому Беркитта (см. раздел II.5.8.2 выше);
 - ◊ рак носоглотки.

5.10.5.1. Волосистая лейкоплакия полости рта

- Волосистая лейкоплакия полости рта встречается у ЛЖВС и у некоторых пациентов с индуцированной иммуносупрессией после трансплантации органов.
- Это незлокачественное поражение эпителия в виде белых, выступающих над поверхностью складчатых налетов на слизистой полости рта, особенно часто на боковых поверхностях языка.
- Волосатую лейкоплакию часто принимают за кандидоз полости рта, тем более что у пациента эти заболевания нередко сочетаются.
- Специфического лечения волосатой лейкоплакии полости рта нет. Обычно рекомендуется тщательное соблюдение гигиены полости рта.

5.10.5.2. Лимфоидный интерстициальный пневмонит

- Лимфоидный интерстициальный пневмонит наблюдается в основном у детей, однако он также встречается у взрослых ЛЖВС.
- Характерны диффузные интерстициальные инфильтраты в легких, которые можно принять за проявления ТБ или ПЦП. Однако при лимфоидном интерстициальном пневмоните у большинства пациентов отсутствуют признаки тяжелого поражения легких.
- Специфического лечения лимфоидного интерстициального пневмонита нет.

6. Вирусные гепатиты В и С у ВИЧ-инфицированных

Вирусные гепатиты наиболее распространены у потребителей инъекционных наркотиков. В Республике Казахстан распространено сочетание ВИЧ-инфекции с гепатитом В и (или) С. При сочетании ВИЧ-инфекции только с ВГВ следует выбрать схему АРТ с ламивудином или тенофовиром, которые оказывают противовирусный эффект и на вирус гепатита В.

Перед назначением АРТ при наличии активности вирусного гепатита С желательно провести 6-12 месячный курс лечения препаратами интерферона (интрон А, пегинтрон, пегасис) для предотвращения развития тяжелых нарушений функции печени.

Тактика терапии ХГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Антиретровирусная терапия	Содержание CD4 1 мкл	Состояние ВИЧ- инфекции*	Тактика лечения
Ранее не проводилась	350 или 200-350		Курс терапии ХГС Затем АРТ
Ранее не проводилась	200	Стабильное	Терапия как ВИЧ-инфекции, так и ХГС. Начать с АРТ, спустя 2-3 месяца лечения (после увеличения числа CD4-клеток) проводить терапию ХГС.
Ранее не проводилась	200	Нестабильное	Начать с АРТ, стабилизировать состояние по ВИЧ-инфекции, затем проводить терапию ХГС.
Проводится		Стабильное	Начать курс терапии ХГС.
Проводится		Нестабильное	Добиться стабилизации состояния ВИЧ-инфекции, затем назначить терапию ХГС.
АРТ, в составе которой есть гепатотоксические препараты			Приостановка АРТ, проведение курса терапии ХГС, затем возобновление АРТ.

* динамика содержания CD4- клеток и вирусной нагрузки.

Кратность исследований функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин) производят согласно «Листа диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированного пациента» (Протокол II «Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков», пункт 7 «Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных») или по клиническим показаниям (появление желтухи и других признаков гепатита). При обострении хронического вирусного гепатита, либо проявлении гепатотоксичности препаратов необходима госпитализация больного, проведение дезинтоксикационной терапии с включением гепадифа (при наличии желтухи), назначение гепатопротекторов (эссенциале, карсил, ливолин, гептрал). В случае верификации обострения хронического вирусного гепатита перед повторным назначением АРТ возможно проведение курса противовирусной терапии. Дополнительную информацию см. в Протоколах ВОЗ 6 «Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией» и 7 «Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

7. Общие симптомы ВИЧ-инфекции

7. 1. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия у ВИЧ-инфицированных взрослых

- Самое частое проявление ВИЧ-инфекции — симметричное генерализованное увеличение лимфатических узлов.
- Увеличенные лимфоузлы, как правило, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные; лучше всего пальпируются шейные, подмышечные, подчелюстные и паховые лимфоузлы.
- Лимфаденопатия может быть единственным признаком ВИЧ-инфекции.
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ) определяется как увеличение лимфоузлов (более 1 см в диаметре) двух и более групп (кроме паховых), сохраняющееся более 1 месяца.
- ПГЛ — распространенный симптом ВИЧ-инфекции. В большинстве случаев при гистологическом исследовании лимфоузла обнаруживается только «реактивная гиперплазия» или «фолликулярная гиперплазия». Для выявления причины лимфаденопатии необходима биопсия увеличенного лимфоузла.

Диагностика

При обследовании пациента важно пропальпировать следующие группы лимфоузлов:

- передние и задние шейные лимфоузлы;
- подчелюстные лимфоузлы;
- затылочные лимфоузлы;
- предушные и заушные лимфоузлы;
- подмышечные лимфоузлы;
- локтевые лимфоузлы;
- паховые лимфоузлы.

У пациентов с ПГЛ, вызванной ВИЧ-инфекцией, можно обнаружить и другие ее признаки, в том числе:

- кандидоз полости рта;
- волосатую лейкоплакию полости рта;
- зудящие высыпания на коже;
- гиперпигментацию ногтей;
- оральный или генитальный герпес;
- непреднамеренную потерю веса;
- необъяснимую лихорадку.

ПГЛ может быть проявлением не только ВИЧ-инфекции, но и ряда других заболеваний, в том числе ТБ, лейкозов, лимфом, СК, сифилиса, венерической лимфогранулемы (возбудитель *Chlamydia trachomatis*), ЦМВ-инфекции, токсоплазмоза, инфекции, вызванной вирусом Эпштейна—Барр, криптококкоза, гистоплазмоза, гнойничковых поражений кожи, бубонной чумы, гепатита В.

Показания к биопсии лимфоузлов

Пациента с ПГЛ необходимо направить на биопсию лимфоузлов, если у него:

- обнаруживается несимметричное увеличение лимфоузлов;

- выраженное увеличение лимфоузлов (по крайней мере, один лимфоузел более 3 см в диаметре);
- лимфоузлы остаются увеличенными в течение всего периода наблюдения;
- выявлены признаки ТБ при рентгенологическом исследовании;
- увеличение прикорневых лимфоузлов при рентгенологическом исследовании;
- СК любой локализации;
- потеря веса, лихорадка и ночная потливость в течение более 1 недели.

Диагноз ассоциированной с ВИЧ-инфекцией ПГЛ не исключает других тяжелых заболеваний (например лимфомы, если биопсия лимфоузлов не проводилась).

Следовательно, при любых изменениях в состоянии пациента, длительной лихорадке или других подозрительных симптомах необходимо повторить биопсию лимфоузла или лимфаденэктомию.

7.2. Лихорадка

- Лихорадка может быть обусловлена инфекцией, воспалением или злокачественном новообразованием. У взрослых персистирующую лихорадку определяют как повышение температуры тела выше 38°C на протяжении более 2 недель.
- У ЛЖВС персистирующая лихорадка может быть единственным признаком ВИЧ-инфекции, поэтому при обследовании пациента с персистирующей лихорадкой, причина которой неясна, необходимо помнить о возможности ВИЧ-инфекции.
- У ЛЖВС персистирующая лихорадка может сопровождаться признаками заболеваний, являющихся ее причиной, в том числе пневмонии, ТБ, инфекций ЖКТ, лимфом. У взрослых с персистирующей лихорадкой можно предположить ВИЧ-инфекцию при наличии следующих признаков:
 - ◊ небезопасное сексуальное поведение в анамнезе;
 - ◊ известно, что партнер или ребенок пациента инфицирован ВИЧ;
 - ◊ другие признаки ВИЧ-инфекции, такие как:
 - ПГЛ;
 - кандидоз полости рта или генитальный кандидоз;
 - волосатая лейкоплакия полости рта;
 - зудящие высыпания на коже;
 - оральный или генитальный герпес;
 - непреднамеренная потеря веса;
 - гиперпигментация ногтей;
 - гипопигментация губ;
 - истончение и выпрямление волос.

7.3. Потеря веса у ВИЧ-инфицированных взрослых

- Потеря веса у взрослых часто связана с ВИЧ-инфекцией.
- Выраженной потерей веса считается непреднамеренная потеря веса более чем 10% от исходного веса тела пациента.
- Выраженная непреднамеренная потеря веса у ЛЖВС носит название «ВИЧ-кахексии».
- Причины кахексии до конца неясны; возможно влияние следующих факторов:
 - ◊ хронические и рецидивирующие инфекции;
 - ◊ хроническая диарея;
 - ◊ нарушение всасывания;
 - ◊ индуцированная ВИЧ миопатия;
 - ◊ индуцированная ВИЧ потеря аппетита.

Клиническая картина

- Пациент может жаловаться на непреднамеренную потерю веса или плохой аппетит, иногда в сочетании с лихорадкой и диареей.
- У пациентов с ВИЧ-кахексией отмечают плохое общее самочувствие и слабость; возможны также лихорадка и обезвоживание.
- У таких пациентов часть наблюдается кандидоз полости рта.
- У пациента могут быть другие признаки СПИДа, в том числе такие неврологические нарушения, как энцефалопатия, СПИД-дементный синдром.

Лечение

Диета

ВИЧ-инфицированные должны получать сбалансированное высококалорийное питание с повышенным содержанием белка. Для повышения калорийности пищевого рациона, основу которого составляют крахмалистые продукты (картофель или рис), в него добавляют растительное масло и сахар. Много белка содержится в молоке и молочных продуктах (сыре, кефире), яйцах, фасоли, мясе, рыбе и соевых бобах. Продукты с большим содержанием жира — растительное масло и рыба. Пациенты должны также получать овощи и фрукты: капусту, лук, чеснок, свеклу, морковь, горох, тыкву, яблоки, абрикосы. Они обогатят рацион необходимыми минеральными веществами и витаминами.

Пациенты с тяжелым стоматитом и те, кому трудно пережевывать или глотать пищу, должны получать протертую и жидкую пищу: супы, каши и пюре. Следует стремиться, чтобы пища была вкусной. Питание должно быть дробным, небольшими порциями. Больным в тяжелом состоянии можно давать приготовленную в домашних условиях высококалорийную смесь, добавив сахар (50 г) и растительное масло (20 мл) в 500 мл молока. Этот высококалорийный молочный коктейль можно сделать еще более питательным, добавив в него взбитое яйцо, при условии что яйца пациентом хорошо переносятся. Взрослому необходимо в день 500 мл высококалорийного молочного коктейля до того момента, как он сможет вновь принимать нормальную пищу в

полном объеме. Пациента кормят таким коктейлем 4—6 раз в день. Всем пациентам один раз в день дают поливитамины, содержащие витамины А, В и С.

В план лечения всех ВИЧ-инфицированных пациентов должно входить консультирование по вопросам питания. Во время консультирования пациент должен получить необходимые сведения о продуктах питания и вариантах диеты. ВИЧ-инфицированным лицам нужно увеличить калорийность рациона до 40 ккал/кг/сут и потребление белка до 5 г/кг/сут. Этого можно добиться, введя ежедневно 2—3 дополнительных приема пищи и включив в них продукты, богатые калориями и белком: чашку йогурта, порцию рыбы с хлебом, молоко. Все пациенты один раз в день должны получать поливитамины, содержащие витамины А, В и С.

Лечебное питание для пациентов с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфицированных пациентов, теряющих в весе, необходимо консультировать по вопросам питания и назначать им дополнительное питание. Часто потеря веса бывает связана с какими-либо острыми инфекционными заболеваниями, поэтому необходимо регулярно тщательно обследовать пациента, и при наличии инфекции проводить соответствующее лечение. Кроме того, нужно объяснять пациентам, как можно повысить калорийность пищи и содержание в ней белка на время острого инфекционного заболевания и восстановительного периода. Всем пациентам нужно рассказать о вреде курения и употребления алкоголя.

Рекомендации по питанию для пациентов с характерными клиническими проявлениями ВИЧ-ассоциированных заболеваний, такими как стоматит, хроническая диарея, лихорадка, хронический кашель и похудание, такие же, как данные выше. Однако нужно уделять больше внимания укреплению физического состояния пациента. При ведении больных необходимо придерживаться следующих принципов:

- Для профилактики потери веса нужно заблаговременно ввести дополнительное питание.
- При появлении тошноты и рвоты следует перейти на дробное питание маленькими порциями.
- Для профилактики обезвоживания больной должен получать достаточное количество жидкости.
- Для профилактики запора и повышенного газообразования и связанного с ним неприятного чувства распирания в животе, нужно повысить содержание в рационе клетчатки и снизить содержание жира.
- Питание больного должно включать его любимые блюда.
- Больной должен отказаться от курения и употребления алкоголя.
- Следует своевременно лечить инфекции.
- Больной должен принимать витамины А, В и С.

7.4. Хроническая диарея у ВИЧ-инфицированных взрослых

- Взрослые пациенты, страдающие хронической диареей, могут жаловаться на жидкий стул 3 и более раз в сутки в течение 28 дней. На фоне хронической диареи у пациента могут наблюдаться эпизоды острой диареи.
- Обычно в кале нет примеси крови, за исключением случаев сопутствующей дизентерии.
- Кроме того, пациенты обычно жалуются на плохой аппетит и потерю веса.
- При осмотре можно выявить признаки обезвоживания, анемии и истощения.
- У взрослых с хронической диареей часто отмечают:

- ◊ изменения кожи и волос, обычно вызванные нарушением питания;
- ◊ гипопигментация губ;
- ◊ выраженная гиперпигментация ногтей;
- ◊ кандидоз полости рта, волосатая лейкоплакия полости рта, увеличение лимфоузлов.

Лечение хронической диареи и оценка обезвоживания у взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов подробно описаны в Протоколах, часть V и Протоколе ВОЗ 3 «Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом».

7.5. Поражения полости рта

Помимо кандидоза (см. раздел выше) у ВИЧ-инфицированных пациентов можно обнаружить множество других заболеваний полости рта. Некоторые из них описаны в табл. 25.

Таблица 29. Описание и лечение наиболее частых заболеваний полости рта у ЛЖВС		
Заболевание	Клиническая картина	Лечение
Гингивит	Гиперемия, отек и кровоточивость десен	Метронидазол, 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток или эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 суток
Пиорея	Скопление гноя в зубодесневых карманах	Полоскание теплой подсоленной водой после каждого приема пищи; чистка зубов 2 раза в день
Периодонтит	Быстрое болезненное разрушение костной и мягких тканей, окружающих зубы; кровоточивость десен; выпадение	Санация полости рта, удаление распавшихся тканей; полоскание полости рта раствором хлоргексидина.

	зубов; возможно изъятие	Амоксициллин, 500 мг внутрь 3 раза в сутки <i>или</i> метронидазол, 200 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 5 суток
Афтозные язвы	Болезненные язвы с отесными краями на слизистой рта, обычно покрыты гнойным экссудатом и кровоточат при прикосновении	Тщательная гигиена полости рта; стероиды для местного применения.
Стоматит	Воспаление слизистой рта; часто вызвано несоблюдением гигиены и внедрением анаэробных бактерий	Полоскание теплой подсоленной водой после каждого приема пищи; чистка зубов 2 раза в день
Хейлит	Воспаление, гиперемия, иногда бледность губ; часто встречается у больных с тяжелым иммунодефицитом	Специфического лечения нет; витамины А, В и С; рекомендации по уходу за полостью рта
Вторичный сифилис	Мокнущие папулы и язвы, напоминающие «след улитки» на слизистой щек; широкие кондиломы в углах рта и вокруг ноздрей (при вторичном сифилисе все серологические пробы на сифилис положительны)	<i>Первичный сифилис:</i> Бензатинбензилпенициллин, 2,4 млн ед в/м однократно. <i>Вторичный сифилис:</i> Бензатинбензилпенициллин, 2,4 млн ед в/м 1 раз в неделю в течение 3 недель <i>или</i> доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 28 суток <i>или</i> эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 28 суток

7.6. Заболевания кожи и ногтей

7.6.1. Дерматомикозы

- Грибковые поражения кожи (дерматомикозы) встречаются как у ЛЖВС, так и у людей с нормальным иммунитетом.
- Высыпания обычно сопровождаются зудом, кожа в местах поражения сухая с заметным шелушением.
- Высыпания могут локализоваться на любом участке тела.

Диагностика

Возбудителя можно обнаружить при микроскопии соскобов кожи.

Лечение

Обычно хорошие результаты дает применение противогрибковых мазей и кремов.

Ниже перечислены препараты, которые можно использовать для лечения дерматомикозов (табл. 26).

Таблица 30. Лечение дерматомикозов				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Миконазол	местно	3 раза в сутки	Местно	21 день
<i>или</i>				
Клотримазол	местно	3 раза в сутки	Местно	21 день
<i>Препараты второго ряда</i>				
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	1—3 месяца
<i>или</i>				
Итраконазол	100 мг	1 раз в сутки	Внутрь	1—3 месяца

7.6.2. Онихомикозы

Грибковые поражения ногтей (онихомикоз) приводят к изменению цвета, деформации и разрушению ногтей.

Диагностика

- Диагноз обычно ставят на основании клинических признаков.
- Микроскопия материала, взятого с внутренней поверхности ногтевой пластинки и обработанного гидроксидом калия, позволяет выявить возбудителя.

Таблица 31. Лечение онихомикозов				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
<i>Препараты первого ряда</i>				
Тербинафин	250 мг	1 раз в сутки	Внутрь	6 недель (поражение ногтей на руках), 12 недель (поражение ногтей на ногах)
<i>или</i>				
Итраконазол	200 мг	2 раза в сутки	Внутрь	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

7.6.3. Себорейный дерматит

- Себорейный дерматит часто встречается у ЛЖВС. Предполагается, что его вызывает гриб *Pityrosporum ovale* (другое название *Malassezia furfur*).
- Характерны эритематозные, покрытые чешуйками высыпания. У ВИЧ-инфицированных наблюдается более обширное поражение, элементы дольше сохраняются и чаще рецидивируют.

Диагностика

- Диагноз ставится на основании клинической картины. Высыпания обычно локализуются:

- ◊ на лице;
- ◊ вокруг ноздрей;
- ◊ в носогубных складках;
- ◊ в области бровей;
- ◊ на голове;
- ◊ на груди;
- ◊ в подмышечных впадинах;
- ◊ на верхней части туловища;
- ◊ в области половых органов.

Подтверждением диагноза служит обнаружение элементов грибов в соскобах с кожи.

Лечение

- Рекомендуются частое мытье для удаления чешуек.
- Хороший эффект дает мытье шампунем с сульфидом селена.
- Наиболее эффективны, видимо, местные аппликации 1% мази или крема гидрокортизона. Также подтверждена эффективность кетоконазола в виде 2% крема.

7.6.4. Чесотка

Чесотку вызывают клещи *Sarcoptes scabiei*. Самка клеща внедряется в кожу и проделывает в ней ходы, которые выглядят как приподнятые над поверхностью кожи рубчики длиной до нескольких сантиметров.

- При первом заражении симптомы чесотки могут не проявляться в течение 2—6 недель.
- При последующих заражениях, когда организм уже сенсибилизирован к выделениям клещей, заболевание проявляется в течение 1—4 дней.
- Ходы, которые клещи прокладывают под кожей, вызывают высыпания; их обычная локализация:
 - ◊ кисти, особенно в межпальцевых промежутках;
 - ◊ сгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, внутренняя сторона запястий;
 - ◊ локтевая сторона предплечий;
 - ◊ половой член;
 - ◊ молочные железы;
 - ◊ лопатки.
- У некоторых пациентов чесоточных ходов и клещей очень мало и их трудно обнаружить.
- Характерен сильный зуд, особенно по ночам. Зуд распространяется по всему телу, даже в тех местах, где не обитают клещи.
- У людей с ослабленным иммунитетом чаще встречается более тяжелая форма заболевания — норвежская чесотка. Она характеризуется высыпаниями в виде везикул, образованием на коже толстых корок и обилием клещей, хотя зуд при этом выражен незначительно.
- Осложнения обычно связаны с вторичной инфекцией на поврежденной расчесами коже.

Диагностика

- Диагноз обычно ставится при обнаружении на коже высыпаний и чесоточных ходов.
- При микроскопии соскобов с кожи можно выявить самих клещей и их яйца.

Лечение

- Препаратом выбора является бензилбензоат, 1% лосьон. Препарат наносят на кожу от шеи до пальцев стоп, оставляют на 24 часа у взрослых и на 8 часов у детей, затем смывают. Для излечения достаточно однократной обработки.
- Эффективен также перметрин, 1% (крем, мазь, лосьон). Препарат наносят на пораженную кожу. Смывают через 8 часов.
- Бензилбензоат и перметрин противопоказаны беременным и кормящим женщинам, а также детям до 2,5 лет.
- Для лечения норвежской чесотки у пациентов с иммунодефицитом эффективен ивермектин, 200 мкг/кг внутрь однократно.
- Лечение также показано всем членам семьи и половым партнерам.
- Одежду, постельное белье, полотенца стирают в горячей воде, сушат и проглаживают.

7.6.5. Стафилококковый фолликулит

- Фолликулит — это кожная инфекция с локализацией в волосяных фолликулах.
- У ЛЖВС часто развивается пустулезный перифолликулит.
- Возбудителем обычно является *Staphylococcus aureus*, иногда другие микроорганизмы.

Диагностика

- Диагноз ставится на основании клинических признаков.
- Поражения обычно представляют собой множественные мелкие (менее 5 мм в диаметре), гиперемизированные фолликулы, которые могут нагнаиваться в центре.
- Часто образуются скопления из пораженных фолликулов, сопровождающиеся зудом.

Лечение

Назначают антибиотики — цефалексин или клоксациллин* в дозе 500 мг внутрь 4 раза в сутки курсом 7—21 день.

Примечание: * подлежит регистрации в РК

7.6.6. Контагиозный моллюск

- Контагиозный моллюск — поверхностная кожная инфекция, возбудителем которой является вирус контагиозного моллюска.
- Инфекция передается при тесном контакте с телом больного, ношении общей одежды, использовании общего постельного белья и полотенец. Возможна передача половым путем.
- Инкубационный период длится от нескольких недель до нескольких месяцев.
- Расчесывание или повреждение высыпаний во время бритья может способствовать распространению инфекции.
- Контагиозный моллюск встречается значительно чаще у ЛЖВС.
- По сравнению с пациентами без ВИЧ-инфекции у ЛЖВС:
 - ◊ наблюдается большее количество элементов;
 - ◊ элементы дольше персистируют;
 - ◊ поражения более крупного размера;
 - ◊ труднее поддаются лечению.

Диагностика

- Диагноз ставится при обнаружении характерных высыпаний.
- Внедряясь в кожу, вирус вызывает образование плотных папул телесного цвета диаметром 2—5 мм, содержащих белый саловый секрет.
- Папулы могут локализоваться в любой части тела, часто остаются без изменений на протяжении нескольких месяцев, затем бесследно исчезают, а спустя некоторое время могут появиться вновь.
- Методы диагностики для выявления вируса контагиозного моллюска не разработаны.

Лечение

Цель лечения — удаление мягкого содержимого папул, после чего они исчезают. Каждый элемент необходимо обрабатывать отдельно. Разработано несколько деструктивных методов лечения, в том числе:

- выскабливание;
- прижигание концентрированным раствором фенола;
- криотерапия;
- электрокоагуляция.

V. Паллиативная помощь

1. Основные положения

1. Паллиативная помощь подразумевает всестороннее и своевременное выявление и решение проблем, которые несет с собой неизлечимое заболевание – облегчение боли и других проявлений болезни, оказание психологической, социальной и духовной поддержки.

2. Основные принципы паллиативной помощи:

- Облегчать боль и другие тягостные проявления болезни;
- Признавать жизнь и смерть естественными процессами;
- Не ускорять наступление смерти, но и не продлевать страдания;
- Сочетать с медицинской помощью духовную и психологическую поддержку;
- Как можно дольше продлевать активную жизнь пациента;
- При жизни и после смерти пациента оказывать психологическую поддержку его родственникам;
- Включать многопрофильную помощь, учитывающую потребности пациента и его близких, включая консультации психолога;
- Повышать качество жизни, по возможности облегчать течение болезни;
- Если позволяет состояние пациента, использовать такие методы лечения, направленные на продление жизни, как химиотерапия и лучевая терапия; проводить исследования, необходимые для уточнения причин и тактики лечения осложнений;

3. Почему это важно:

Паллиативная помощь – необходимый компонент комплексной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом: боль, диарея, кашель, одышка, тошнота, слабость, утомляемость, лихорадка, спутанность сознания – это еще не весь перечень проявлений болезни, с которыми им приходится сталкиваться. Паллиативная помощь облегчает эти проявления и тем самым избавляет пациента от лишних страданий и необходимости в частом обращении в больницу. Без такой помощи симптомы остаются без лечения и мешают вести нормальную жизнь. Для общества недостаток паллиативной помощи оборачивается лишней нагрузкой на больницы.

Цель паллиативной помощи — улучшить качество жизни пациентов и их близких, насколько это возможно в конкретной ситуации.

2. Общие принципы

- Паллиативная помощь включает симптоматическое лечение и помощь при терминальных состояниях.
- Паллиативная помощь может оказываться на дому, в больницах, в хосписах.
- Паллиативная помощь предоставляется в следующих ситуациях:
 - пациент отказывается от лечения своего заболевания и хочет получать паллиативную помощь;
 - лечение основного заболевания не разработано или не доступно;
 - данные физикального и других исследований свидетельствуют о том, что на фоне лечения состояние пациента не улучшается, или не достигаются ожидаемые результаты лечения;
 - на фоне адекватного лечения состояние пациента ухудшается.
- Региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом будут координировать оказание паллиативной и других видов помощи пациентам по направлениям, выдаваемым различными специалистами и учреждениями.
- Партнерам, например НПО, религиозным организациям и др. будет предложено оказывать паллиативную помощь в соответствии с принятыми в стране стандартами.
- Паллиативная помощь должна предоставляться всем пациентам, которые нуждаются в ней и выразили желание ее получать. Никому не должно быть отказано в паллиативной помощи по политическим или социальным причинам (плата за асоциальное поведение).
- Паллиативная помощь должна оказываться в соответствии со стандартами ВОЗ, исходя из потребностей конкретного пациента, и ориентирована на пациента и его семью.
- Лечение заболеваний должно проводиться независимо от стадии ВИЧ-инфекции (например, лечение туберкулеза, АРТ, заместительная терапия наркотической зависимости).
- Всем потребителям инъекционных наркотиков, при наличии соответствующих показаний, должна предлагаться заместительная терапия.

3. Первичное обследование

Таблица 1. Первичное обследование ВИЧ-инфицированного пациента, нуждающегося в паллиативной помощи

Вид обследования	
Сбор анамнеза: • Оценка общего состояния • Жалобы • Сопутствующие заболевания, принимаемые лекарственные препараты, в том числе анальгетики • Причина, характер и интенсивность боли • Оценка психического статуса • Перенесенные серьезные заболевания (включая туберкулез), госпитализации, хирургические вмешательства; давность установления диагноза ВИЧ-инфекции)	+ + + + + +
Физикальное исследование	+
Гинекологическое исследование	При необходимости
Лабораторные исследования: <u>1.Общий анализ крови</u> • Гемоглобин • Общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула <u>2.Анализ мочи</u> <u>3.Биохимический анализ крови</u> • Показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин) • Креатинин <u>4.Тестирование на ВИЧ</u> <u>5.Число лимфоцитов CD4</u>	+ + + + + Если не проводилось Если неизвестно
Тест на беременность	При необходимости
Рентгенография грудной клетки	По показаниям
Другие исследования	По показаниям

Цель обследования заключается в установлении стадии ВИЧ-инфекции, выявлении сопутствующих заболеваний, оценке характера и тяжести боли.

Наиболее частые симптомы болезни, при которых необходимо оказывать паллиативную помощь

Больные ВИЧ/СПИДом часто, особенно в терминальной стадии нуждаются в симптоматическом лечении. Наиболее часто возникающие симптомы, на которые важно обращать внимание и принимать меры по их устранению или облегчению состояния пациента это: боль, расстройство сна, язвы слизистой рта, потеря веса, лихорадка, тошнота, рвота, диарея, расстройства органов дыхания (кашель, одышка) и др.

4. Лечение

4.1. Лечение боли

Основные принципы:

- По возможности избегать в/м инъекций: назначать анальгетики внутрь или ректально.
- Пациент должен получать анальгетики через равные промежутки времени.
- Расписание приема препаратов должно учитывать режим сна.
- Пациент должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей.
- Начинать лечение следует с малой дозы, постепенно повышая ее до прекращения боли.
- Если боль возникает в промежутке между плановыми приемами анальгетика, необходимо дать дополнительную дозу препарата (50—100% разовой дозы, принимаемой каждые 4 часа).
- Для купирования умеренной боли эффективен аспирин, однако его следует применять с осторожностью, поскольку у ВИЧ-инфицированных пациентов повышен риск развития кровотечений. При выраженном нарушении функции печени парацетамол и аспирин противопоказаны.

Лечение зависит от локализации боли и ее тяжести, у взрослых оно осуществляется следующим образом:

- Сначала назначают ненаркотические анальгетики: аспирин, 600 мг внутрь каждые 4 часа, затем 1000 мг каждые 6 часов, или парацетамол, 500 мг внутрь каждые 4—6 часов, или ибупрофен, 400 мг каждые 6 часов.
- Если ненаркотических анальгетиков для устранения боли недостаточно, назначают слабый наркотический анальгетик, например кодеин, 30 мг внутрь каждые 4 часа. Если и это не

позволяет снять боль, назначают сильный наркотический анальгетик, например морфин, в начальной дозе 5 мг внутрь каждые 4 часа. Дозу повышают до устранения боли.

При хронической боли показан регулярный прием анальгетиков внутрь. Рекомендуется начать со слабых анальгетиков и при необходимости постепенно переходить к более сильным, включая наркотические анальгетики. «Лестница» купирования боли приведена на рис. 1.

Рисунок 1. Лечение хронической боли

Если боль сохраняется или усиливается, двигайтесь вверх по лестнице			При умеренной и сильной боли назначить морфин плюс ненаркотический анальгетик
	Ненаркотические анальгетики (аспирин, парацетамол или ибупрофен)	При умеренной боли добавить наркотический анальгетик (кодеин)	

Таблица 2. Лечение боли

Препараты	Стандартные начальные дозы для взрослых	Примечание
А. Анальгетики*		
<i>Шаг 1.</i>		
<i>Легкая боль</i>		
Ненаркотические анальгетики	<i>Аспирин</i> 650 мг внутрь каждые 4 часа или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции, при выраженном нарушении функции печени.
	<i>Парацетамол</i> 2 таблетки 500 мг внутрь каждые 4—6 ч Ибупрофен 400 мг каждые 6 часов	Не более 4 г в сутки
<i>Шаг 2.</i>		
<i>Легкая или умеренная боль</i>		
Ненаркотические анальгетики	Аспирин 650 мг внутрь каждые 4 ч или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции, при выраженном нарушении функции печени.
	Метамизол Разовая доза: 0,5—1,0 г внутрь Максимальная суточная доза: 6 г	Показания: болевой синдром вследствие опухоли, схваткообразная боль, хроническая боль
	Парацетамол	Не более 4 г в сутки.
Наркотические анальгетики**	Кодеин* 30 мг внутрь каждые 4 ч (30—60 мг внутрь каждые 4—8 ч) Если кодеин недоступен, чередовать аспирин и парацетамол.	Во избежание тяжелого запора суточная доза для обезболивания не должна превышать 180—240 мг; если этой дозы недостаточно для устранения боли — перейти на морфин. Для профилактики запора одновременно назначить слабительные (если нет диареи).
<i>Шаг 3.</i>		

<i>Умеренная или сильная боль</i>		
Ненаркотические анальгетики	Аспирин 650 мг внутрь каждые 4 ч или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции, при выраженном нарушении функции печени.
	Парацетамол	Не более 4 г в сутки
Наркотические анальгетики***	Трамадол длительного действия 100—200 мг внутрь каждые 8—12 ч, не более 600 мг в сутки	
	Морфин для приема внутрь, 2,5—5 мг каждые 4 ч. Если нет формы для приема внутрь, можно использовать инъекционный раствор 5 мг в ампулах по 5 мл или 50 мг в ампулах по 5 мл: закапать в рот или ввести ректально шприцем. Если боль сохраняется через 24 часа дозу можно увеличить в 1,5-2 раза. Просидол (буккальный) 10-20 мг, внутрь 25 мг.	Доза зависит от интенсивности боли; ограничения по максимальной суточной дозе нет, но необходимо следить за дыханием: временно отменить препарат, если частота дыхания менее 8 в минуту. На период лечения морфином назначить слабительные. Доза зависит от интенсивности боли, максимально 250 мг/сут.
Б. Лечение различных типов боли		
Нейрогенная боль: жгучая, стреляющая, ощущение покалывания и т.п.	Амитриптилин 25 мг внутрь на ночь или 12,5 мг внутрь 2 раза в сутки Флуоксетин 20 мг внутрь 1 раз в сутки.	Подождать эффекта 2 недели, затем при необходимости постепенно повысить дозу до 50 мг/сут; максимальная суточная доза 200 мг/сут. Можно увеличить до 2-х раз в сутки.
Мышечные спазмы	Диазепам 5—10 мг внутрь 1 раз в сутки, при необходимости 2-3 раза в сутки Реллум 5-10 мг внутрь 1 раз в сутки. Мидокалм 50 мг внутрь 3 раза в сутки.	При необходимости 2 раза в сутки.
Терминальные стадии заболеваний при лечении на дому, а также следующие состояния: • Отек вокруг опухоли • Тяжелый кандидозный эзофагит с изъязвлениями и нарушением глотания • Сдавление нерва • Постоянная головная боль вследствие внутричерепной гипертензии	Дексаметазон 2—6 мг/сут внутрь или Преднизолон 10 мг утром и 5 мг в обеденное время внутрь в течение 7 суток, или как предписано специалистом	Глюкокортикоиды облегчают состояние больных с терминальными стадиями заболеваний: улучшается аппетит и самочувствие. Снижать дозу насколько это возможно. Отменить, если в течение 3 недель приема состояние больного не улучшается. Дексаметазон примерно в 7 раз сильнее преднизолона. При использовании преднизолона дозу указанную для дексаметазона, нужно увеличить в 7 раз.

Опоясывающий лишай	При первых появлениях сыпи: валацикловир 1 г внутрь каждые 8 ч в течение 5-7 сут. Острая боль: метамизол, трамадол. Постгерпетическая невралгия: амитриптилин в низкой дозе: 12,5—25 мг внутрь на ночь или 12,5 мг внутрь 2 раза в сутки, или габапентин с постепенным повышением дозы до 2400 мг/сут внутрь.	
Схваткообразные боли в животе.	Метамизол или Гиосцина бутилбромид 10—20 мг внутрь 3—5 раз в сутки Кодеин 30 мг каждые 4 часа	
В. Немедикаментозное лечение		
Поддержка и консультирование	Психологическая, духовная и эмоциональная поддержка, а также консультирование должны быть обязательным дополнением медикаментозной терапии	Боль тяжелее переносится пациентами с депрессией, испытывающих чувство вины, одиночество, страх смерти, тревогу. Психологическая помощь и поддержка могут существенно облегчить их состояние.
	Методы релаксации, в том числе физические (массаж, дыхательные методики) и психологические (прослушивание музыки и др.)	Если у пациента нет психоза или тяжелой депрессии.

** Не следует назначать несколько анальгетиков одной группы сразу на один прием; прием аспирина каждые 4 часа можно сочетать с приемом парацетамола каждые 4 часа, составив расписание приема препаратов так, чтобы они чередовались каждые 2 часа.

*** После устранения болевого синдрома отменить морфин сразу или быстро снизив дозу, если пациент недолго принимал препарат, или снижать дозу постепенно, если прием препарата длился несколько недель.

Таблица 3. Лечение побочных эффектов наркотических анальгетиков

Побочный эффект	Рекомендации
Запор	- Увеличить в рационе количество жидкости и клетчатки. - На период приема наркотических анальгетиков назначить увеличивающее объем кишечного содержимого слабительное (например, лактулозу, 10 мл внутрь 3 раза в сутки) плюс средство, стимулирующее перистальтику кишечника (бисакодил). - Проводить профилактику запора (если у пациента нет хронической диареи)
Тошнота и рвота	Назначить противорвотное средство. Обычно тошнота и рвота через несколько дней прекращаются сами. Может потребоваться круглосуточный прием препаратов.
Угнетение дыхания (при приеме морфина внутрь с постепенным повышением дозы развивается редко)	- Использовать методы стимуляции дыхания. - Если угнетение дыхания выраженное, отменить следующую дозу, затем сократить дозу наполовину. - Если у пациента сильная боль на фоне терминального состояния, некоторое угнетение дыхания допустимо.
Спутанность сознания, оглушенность (если не вызваны другими причинами)	- Обычно развиваются в начале лечения или при повышении дозы и через несколько дней проходят. Могут также развиваться в терминальной стадии почечной недостаточности - Сократить дозу наполовину или увеличить интервал между приемами препарата
Зуд, миоклонус (выраженные подергивания мышц во	Если пациент получает большую дозу препарата, попытаться уменьшить дозу, или перейти на альтернирующую схему приема, или назначить два наркотических анальгетика.

время бодрствования)	• Обследовать пациента повторно: при некоторых состояниях морфин не эффективен и требуются другие средства.
Сонливость	• Продолжительный сон может свидетельствовать об истощении ЦНС и отражать потребность пациента в отдыхе. • Если сохраняется более 2 суток подряд, уменьшить дозу вдвое.
Порядок отмены морфина после устранения причины боли (у ВИЧ-инфицированных происходит часто)	• Если морфин применялся в течение короткого времени, то отменить его сразу или быстро снизив дозу. • Если прием препарата длился несколько недель, снижать дозу постепенно.

4.2. Лечение истощения

Таблица 4. Лечение истощения

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Истощение у умирающего больного, при лечении на дому	Преднизон , 5—15 мг/сут внутрь (для стимуляции аппетита)	• Уговаривать больного принимать пищу, но не настаивать, поскольку организм может быть не в состоянии справиться с ней, и начнется рвота. • Кормить больного часто маленькими порциями; готовить еду, которая нравится больному. • Не готовить пищу около больного. • Учитывать, что по мере прогрессирования заболевания больной будет есть все меньше. • Обратиться к врачу, если больной быстро теряет в весе, или постоянно отказывается от любой еды или не может ее проглотить.
Тошнота и рвота	Противорвотные средства — см. табл. 5	Кормить больного часто, маленькими порциями; предлагать еду, которая нравится больному; не настаивать.
Кандидоз полости рта или язвы слизистой рта	См. табл. 6	
Диарея	См. табл. 8	

4.3. Лечение тошноты и рвоты

Таблица 5. Лечение тошноты и рвоты

Клинические проявления	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Тошнота и рвота	Метоклопрамид (церукал) 10 мг внутрь каждые 4—8 ч (не более 1 суток) <i>или</i> Галоперидол 1—2 мг внутрь 1 раз в сутки Хлорпромазин 25-50 мг каждые 6-12 часов	• Предлагать такие продукты из тех, что нравятся больному, которые в меньшей степени вызывают тошноту. • Кормить и поить больного часто, маленькими порциями, медленно для профилактики обезвоживания. • Обратиться к врачу, если рвота продолжается более суток, или у больного сухой язык, или выделяется мало мочи, или появилась боль в животе.
Тошнота и рвота, вызванные нарушением пассажа кишечного содержимого, опухолью	Циклизин* до 50 мг/сут внутрь; при его отсутствии: Клемастин 1 мг внутрь 2 раза в сутки <i>или</i> Цетиризин внутри 10 мг 1 раз в сутки	

* препарат в РК не зарегистрирован.

4.4. Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании

Таблица 6. Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Различные язвенные поражения слизистой рта		Мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба. Давать больному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан воды) после еды и перед сном (3-4 раза в день)
Кандидоз полости рта	Миконазол,* таблетки для рассасывания: 1 таблетка в сутки в течение 7 дней. При тяжелом кандидозе или отсутствии эффекта направить к специалисту. Флуконазол в первые сутки 200 мг внутрь однократно, затем 100 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10—14 сут или до исчезновения симптомов	• Облегчить состояние больного могут местные анестетики. • Растворить 2 таблетки аспирина в стакане воды и давать больному для полоскания рта до 4 раз в день. • При необходимости дать анальгетики (табл.2). • Необходимо удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде. • Диета: ○ Мягкая пища причиняет меньший дискомфорт. ○ Пациенту легче глотать протертую и жидкую пищу. ○ Не кормить больного чересчур горячей, холодной или острой пищей.
Афтозный стоматит	Преднизон: растолочь таблетку и присыпать язвы несколькими крупинками. Раствор дексаметазона для полоскания рта Триамцинолон, крем для смазывания язв	
Герпетический стоматит	Ацикловир 400 мг внутрь Метронидазол полоскание для рта: 2 таблетки (растолочь) на стакан воды.	
Неприятный запах изо рта, обусловленный раком слизистой рта или другими поражениями ротовой полости	Метронидазол, полоскание для рта: 2 таблетки (растолочь) на стакан воды	

4.5. Лечение сухости во рту

Таблица 7. Лечение сухости во рту

Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому
Сухость во рту	Пересмотреть назначения (сухость во рту может быть побочным эффектом принимаемых препаратов)	• Давать частое питье маленькими глотками • Давать воду для частого смачивания полости рта • Давать больному сосать кусочки фруктов, например, апельсина
Серьезные нарушения, вызванные недостаточным слюноотделением	Направить к стоматологу	

4.6. Лечение диарей

Таблица 8. Лечение диарей

Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому
Диарея	• Увеличить прием жидкости для профилактики обезвоживания. • При тяжелой диарее назначить раствор для пероральной регидратации • Назначить лечебное питание	• Давать обильное питье для возмещения потерь воды. • Увеличить частоту приема пищи, кормить маленькими порциями. • Уход за кожей перианальной области - После каждого акта дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью. - Обмывать перианальную область 3 раза в день водой с мылом. - Если больной чувствует боль при дефекации, смазывать перианальную область вазелином. • Обратиться к врачу, если у больного: ⇒ Рвота и лихорадка ⇒ Стул с примесью крови ⇒ Диарея продолжается более 5 суток ⇒ Нарастает слабость ⇒ Повреждения кожи вокруг заднего прохода
Диарея, если нет лихорадки, примеси крови в стуле, и больной старше 5 лет и не достиг пожилого возраста	Противодиарейные средства: Лоперамид : начальная доза 4 мг внутрь, затем 2 мг внутрь после каждого акта дефекации или кодеин или морфин (если официально разрешены)	
Болезненность перианальной области	Мазь с анестетиком или вазелин для смазывания кожи	
Недержание кала	Вазелин для защиты кожи перианальной области	

4.7. Лечение запора

Таблица 9. Лечение более чем двухдневной задержки стула

Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому
Каловый завал	Провести пальцевое ректальное исследование и удалить каловые массы	• Часто предлагать питье. • Включать в рацион больше фруктов (в том числе, сухофрукты) и овощей, овсяную кашу, мягкую пищу. • Давать столовую ложку растительного масла перед завтраком. • Осторожно ввести в прямую кишку больного вазелин или кусочек мыла, если он не может сделать это сам. При этом использовать медицинские перчатки
Другие причины запора	Слабительные: • В первый день: слабительное, увеличивающее объем кишечного содержимого: бисакодил 5-15 мг на ночь, сена начальная доза 2 таблетки (7,5 мг) 2 раза в сутки, затем до 2 таблеток каждые 4 часа; • Во второй день слабительное, стимулирующее перистальтику кишечника. Дозы подбирают индивидуально. Важно: при использовании морфина или кодеина слабительные назначают обязательно.	

4.8. Лечение лихорадки

Таблица 10. Лечение лихорадки

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых и устранить	Рекомендации по уходу на дому
Лихорадка	• Выяснить причину • Парацетамол, 500 мг внутрь, или Аспирин, 650 мг внутрь, каждые 4 ч (не более 4 г парацетамола в сутки) • Не допускать обезвоживания. • Метамизол в низкой дозе	• Часто давать больному питье: воду, некрепкий чай, фруктовые соки

4.9. Лечение икоты

Таблица 11. Лечение икоты

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Кандидоз полости рта	Лечить кандидоз — см. табл.6	Способы прекратить икоту Воздействие на горло: ~ быстро съесть 2 чайных ложки с горкой сахара ~ выпить холодной воды ~ съесть размельченный лед ~ помассировать небо чистым носовым платком (по направлению к мягкому небу) Воздействие на акт дыхания: ~ задержать дыхание или подышать в бумажный пакет — остановиться при появлении чувства дискомфорта ~ прижать колени к груди и наклониться вперед (сдавлив грудную клетку)
Растяжение желудка на поздней стадии злокачественной опухоли	Симетикон 65-125 мг внутрь, до 500 мг/сут.	
Упорная икота	Метоклопрамид 10—20 мг внутрь 3—4 раза в сутки или Галоперидол 0,5—2 мг внутрь 1—3 раза/сутки	
Опухоль головного мозга	Может быть эффективен противоэпилептический препарат	

4.10. Лечение тревожности и возбуждения

Таблица 12. Лечение тревожности и возбуждения

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Тревожность и возбуждение	• Выяснить причину. Если эти симптомы возникли впервые, исключить когнитивные нарушения в познавательной сфере: внимание, интеллект, память. • При выраженной тревожности можно назначить транквилизаторы • Предложить способы устранения тревожности, уместные для конкретной ситуации • Обучить приемам релаксации • Внимательно выслушать пациента и поддержать психологически • Убедиться, что пациент получает хороший уход и психосоциальную поддержку	Помощь при беспокойстве: • Внимательно выслушать больного. • Обсудить тревожащие его вопросы в конфиденциальной обстановке. • Помочь больному успокоиться с помощью таких средств как: ⇒ спокойная музыка ⇒ массаж ⇒ совместная молитва
Слабо выраженные тревожность и возбуждение	• Назначить диазепам в низкой дозе (2,5-5 мг на ночь или 2 раза в сутки) на короткое время — необходимость в нем возникает редко, если пациент получает полноценный уход (стараться не назначать диазепам на длительный срок, поскольку он может вызывать депрессию) • При подозрении на биполярное расстройство, направить пациента к психиатру на обследование и лечение	
Сильные тревога или возбуждение, делирий	Галоперидол, 5—10 мг внутрь или в/в	

4.11. Лечение нарушений сна

Таблица 13. Лечение нарушений сна

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Бессонница Причиной бессонницы могут быть боль, тревога, депрессия, абстинентный синдром, синдром отмены (диазепама, фенobarбитала)	<i>Диазепам</i> (по возможности не назначать на длительный срок, поскольку может вызвать депрессию), или <i>дифенгидрамин</i> , или <i>лоразепам</i> 0,5—1 мг внутрь, до 4 мг в сутки	• Поговорить с больным о переживаниях, которые мешают ему заснуть, успокоить его. • По возможности обеспечить тишину. • Не давать больному на ночь крепкий чай и кофе. • Лечить боль, если нужно.

4.12. Профилактика мышечной скованности и контрактур

Таблица 14. Профилактика мышечной скованности и контрактур

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Мышечные спазмы или спастичность	Определить объем движений; если наблюдается выраженная спастичность или мышечные спазмы, назначить: диазепам, или баклофен, 10—25 мг внутрь 1—2 раза в сутки, или тетразепам, 50 мг/сут внутрь, при необходимости повысить дозу, но не более 200 мг/сут	• Не приковывайте больного к постели, поощряйте его желание двигаться • Если больной неподвижен, выполняйте простой комплекс упражнений на амплитуду движений не менее 2 раз в день: ⇒ Сгибайте, выпрямляйте и делайте прочие движения в суставах, которые можно сделать без усилия. Будьте осторожны и выполняйте движения медленно, не причиняя боли ⇒ Чтобы не повредить сустав, при выполнении движений держите конечность выше и ниже сустава. ⇒ Растягивайте суставы, прикладывая равномерное усилие и удерживая их как указано выше ⇒ Заведите руки больного за голову и поднимите его ноги на 90 градусов — предложите больному сначала самому поднять ноги, насколько он сможет, а затем помогите ему. • Регулярно делайте больному массаж

4.13. Уход за больными с деменцией

Таблица 15. Уход за больными с деменцией

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Если симптомы появились впервые: Забывчивость, нарушения концентрации внимания, речи и мышления, перепады настроения, асоциальное поведение, например, прогулки в обнаженном виде или бранная речь	Оценить степень спутанности сознания, расстройство речи и дезориентацию (исключить малярию, гипогликемию и другие системные заболевания, алкогольное и наркотическое опьянение, токсичные эффекты препаратов, синдром отмены; рассмотреть возможность ВИЧ-энцефалопатии). Лечение зависит от клинических проявлений. При возбуждении, не связанном с алкогольным или наркотическим опьянением, можно назначить седативные препараты в низких дозах	• Как можно дольше больной должен жить в привычной обстановке. • Следует держать вещи на своих местах, чтобы больной мог их найти. • Следует придерживаться привычного распорядка дня. • Убрать опасные предметы. • Использовать простые фразы; стремиться, чтобы два человека не говорили одновременно. • Приглушать посторонние звуки (телевизор, радио). • Больной должен находиться под постоянным присмотром.
Параноидные состояния или ночная активность	Галоперидол 5-10 мг, Диазепам 5-10 мг	

4.14. Лечение депрессии

Таблица 16. Лечение депрессии

Клинические проявления	Лечение и рекомендации	
Настораживающие симптомы: уныние, бессонница, потеря интереса к жизни Симптомы депрессии: • Печаль, подавленное настроение • Снижение интересов и чувства удовольствия • Упадок сил При наличии какого-нибудь из перечисленных выше симптомов спросить пациента, нет ли у него: • Нарушений сна • Изменений аппетита • Нарушений концентрации внимания • Снижения полового влечения • Заторможенности • Ощущения собственной никчемности, снижения самооценки • Мыслей о суициде и смерти • Чувства вины. Если 5 и более из перечисленных симптомов наблюдаются на протяжении более 2 недель, ставят диагноз большой депрессии. Если у больного наблюдаются менее 5 симптомов или переживания и дезадаптация после тяжелой утраты продолжаются более 2 месяцев, то ставят диагноз малой депрессии <u>или</u> <u>осложненной реакции утраты</u>.	Оценить риска суицида, уточнить диагноз: большая депрессия, малая депрессия, осложненная реакция <i>утраты</i>, тяжелые переживания (потеря близких) При подозрении на биполярное расстройство направить пациента к психиатру для решения вопроса о лечении литием. Если нет биполярного расстройства, назначить амитриптилин.	Пациенту необходима поддержка; если есть риск суицида, нельзя оставлять его одного. Консультирование: <i>Большая депрессия:</i> • Рассказать пациенту и его близким о необходимости медикаментозного лечения. • Направить к психиатру, если это возможно. • Обеспечить наблюдение. <i>Малая депрессия или осложнена реакция утраты:</i> • Обеспечить консультирование. • Лечить бессонницу, если нужно • Наблюдать пациента
Суицидальные намерения	Выяснить наличие суицидальных намерений (есть ли план и средства суицида). Если да, то в связи с высоким риском суицида госпитализировать пациента	▪ Не оставлять пациента одного ▪ Если есть риск суицида ▪ Убрать опасные предметы ▪ Привлечь членов семьи, друзей

4.15. Лечение вагинальных выделений, обусловленных раком шейки матки

Таблица 17. Лечение вагинальных выделений, обусловленных раком шейки матки

Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому
Вагинальные выделения, обусловленные раком шейки матки	Метронидазол , вагинальные таблетки или клион (вагинальные свечи)	Обеспечить ежедневную гигиену

4.16. Лечение зуда

Таблица 18. Лечение зуда

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Чесотка, зудящие дерматиты, экзема, дерматофитии, сухость кожи, псориаз	<i>Общие принципы</i> На неинфицированные воспаленные участки кожи можно наносить крем с глюкокортикоидами. Антигистаминные препараты (дифенгидрамин, 25 мг внутрь на ночь) могут облегчить выраженный зуд. При рецидивирующих инфекциях кожи помогает орошение пораженных участков 0,05% раствором хлоргексидина после купания. Если зуд обусловлен механической желтухой, можно назначить преднизон или галоперидол внутрь. При экземе показано осторожное мытье и высушивание кожи. На короткий срок можно назначить глюкокортикоиды местно (не применять на лице) При дерматофитии наносить мазь Уитфилда (12% бензойной + 6% салициловой кислоты) или другой противогрибковый крем. При обширном поражении назначить флуконазол. При подозрении на чесотку можно назначить лечение даже в отсутствие типичных элементов. При псориазе смазывать пораженные участки мазью, содержащей 5% дегтя и 2% салициловой кислоты; полезны солнечные ванны по 30—60 минут в день. Хлорфенирамин, 4 мг 2 раза в сутки – может помочь при сильном зуде	Уменьшить зуд помогают следующие меры: Смазывание зудящих участков вазелином Умывание водой с добавлением растительного масла (1 столовая ложка масла на 5 л воды) Обтирание после купания 0,05% раствором хлоргексидина Теплые ванны с добавлением масел, после которых на кожу наносят смягчающую мазь При появлении болезненных пузырей на коже или обширного инфекционного поражения кожи обратиться к врачу

4.17. Лечение пролежней

Таблица 19. Лечение пролежней

Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому
Пролежни	<i>Уход за кожей для профилактики пролежней обязателен для всех больных.</i> • 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, назначить антибиотики в/в или в/м (или клексациллин внутрь). • Если размер поврежденного участка кожи превышает 4 см	<i>Следующие меры помогают уменьшить боль и ускорить заживление пролежней:</i> • Небольшие поврежденные участки осторожно промыть подсоленной водой и дать высохнуть. • Если поражение неглубокое, оставить рану открытой. • При боли регулярно давать анальгетик, например, парацетамол или аспирин. • Глубокие или обширные пролежни ежедневно осторожно очищать медом, закрывать чистой легкой повязкой, чтобы ускорить заживление. • При любых изменениях цвета кожи или прогрессировании пролежней обратиться к врачу. <i>Профилактика пролежней у лежачих больных:</i>

Опухоли или язвы с неприятным запахом	или есть красные полосы, или болезненные узлы, или более 2 очагов: назначить флюклоксациллин, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, придать конечности возвышенное положение, осмотреть пациента на следующий день. • Если кожа красная, горячая и болезненная, но других симптомов нет, промыть поврежденный участок антисептиком, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, осмотреть пациента через 2 дня. Присыпать пораженную область порошком метронидазола (растолочь таблетку)	• По возможности время от времени сажать больного в кресло. • Чтобы не повреждать кожу сажая больного в кровати, нужно поднимать его за плечи и подкладывать подушку, а не подтаскивать больного к изголовью. • Часто менять положение больного в кровати (по возможности каждые 1—2 часа), для фиксации положения использовать подушки и валики. • Постельное белье всегда должно быть чистым и сухим. • Подкладывать под больного очень мягкую ткань, например, мягкое хлопчатобумажное полотенце. • Обеспечить гигиену наружных половых органов и промежности. • После купания осторожно промокать кожу мягким полотенцем. • Смазывать кожу кремом, ланолином, косметическим или растительным маслом. • Если у больного недержание кала или мочи, подкладывать клеенку под простыню, чтобы постель была сухой. • Массировать спину, бедра, локти и лодыжки с вазелином. • Если у больного недержание мочи или кала, наносить защитный слой вазелина на кожу промежности, спину, бедра, лодыжки и локти. • При мочеиспускании и дефекации поддерживать больного над судном, чтобы предотвратить повреждение кожи и загрязнение постели.
---------------------------------------	---	---

4.18. Лечение недержания мочи и кала

Таблица 20. Лечение недержания мочи и кала

Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому
Недержание мочи	У мальчиков и мужчин использовать мочеприемник У девочек и женщин можно установить мочевого катетер	• Регулярно менять белье и прокладки • Поддерживать кожу чистой и сухой, смазывать ее защитными мазями
Недержание кала	Лоперамид или имодиум, чтобы добиться оформленного стула	

4.19. Лечение кашля и одышки

Таблица 21. Лечение кашля и одышки

Клиническая ситуация	Лечение и дозы для взрослых	Рекомендации по уходу на дому
Терминальные стадии ХОЗЛ, рака легкого, легочных осложнений ВИЧ-инфекции или других болезней легких Одышка на фоне бронхоспазма	Лечение бронхиальной астмы: • Ингаляции бронходилататора с помощью дозированного ингалятора через буферную насадку или маску или, если есть возможность, через распылитель. • Продолжать лечение бронходилататорами, пока пациент способен ими пользоваться. Отменить, если дыхание поверхностное или очень затрудненное • Преднизолон внутрь — эффект оценивают через 2 недели	Простой кашель: • Домашние средства: мед, лимон, паровые ингаляции (например, с настойкой эвкалипта) • Если появился кашель с мокротой и он сохраняется более 3 недель, возможен туберкулез. Следует получить направление на трехкратное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза. Одышка: • Помочь больному принять позу, в которой ему легче дышать (обычно сидя, иногда сидя с небольшим наклоном вперед, положив руки на стол). • Усадить больного поудобнее, положить под спину подушки. • Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно, обмахивать больного. • При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).
Одышка на фоне сердечной недостаточности или отеков	Морфин для приема внутрь или трамадол в низких дозах: если пациент не получал морфин для обезболивания, назначить его в дозе 2,5 мг, если получал – увеличить дозу на 25%. Фуросемид, 40 мг.	Правила обращения с мокротой: • Обращаться с мокротой осторожно, чтобы избежать распространения инфекции. • Для отхаркивания мокроты дать больному банку с крышкой. • Выливать содержимое банки в унитаз, после чего мыть ее дезинфицирующими средствами, либо обдавать кипятком.
Кашель с густой, вязкой мокротой	Ингаляции физиологического раствора	
Обильная жидкая мокрота	Гиосцина бутилбромид (бускопан) (М-холиноблокатор) 10 мг каждые 8 ч.	
Обильная мокрота более 30 мл в сутки	• Дыхательные упражнения (кашель с открытой голосовой щелью) и постуральный дренаж • К отсасыванию мокроты из трахеи прибегать в крайнем случае, т.к. эта процедура мучительна для пациента	
Изнуряющий кашель: • Если кашель с мокротой сохраняется более 3 недель, провести трехкратное исследование мокроты на КУБ	• Назначить кодеин, или, при его неэффективности, морфин 2,5—5 мг внутрь, или трамадол • Лечение туберкулеза — см. раздел IV «Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций» • Пациенты, получающие противотуберкулезное лечение, должны продолжать лечение, чтобы не заражать окружающих.	
Обучение	Обучить пациента использованию резервных возможностей системы дыхания	

5. Общие принципы ухода за ВИЧ-инфицированными

Таблица 22. Общие рекомендации по уходу за ВИЧ-инфицированными

Профилактика инфицирования	Членам семьи следует объяснить, что риск инфицирования для ухаживающих за больным СПИДом крайне низок, и тем не менее, следует соблюдать следующие правила: • Манипуляции, при которых происходит контакт с кровью и другими биологическими жидкостями, содержащими ВИЧ, необходимо выполнять в перчатках. • Повреждения кожи должны быть перевязаны (как у больного, так и ухаживающих за ним людей).
-----------------------------------	--

	• Обычные бытовые контакты безопасны (нет необходимости постоянно носить перчатки). • Поверхности, загрязненные кровью, каловыми массами, мочой больного обрабатывать бытовым чистящим и дезинфицирующим средством. • При мытье столовых приборов, ванны, стирке постельного белья использовать обычные моющие средства. • Одежду и белье, загрязненные кровью, каловыми массами и другими биологическими жидкостями хранить отдельно от остальных вещей для стирки. Дотрагиваясь до загрязненных предметов, защищать руки с помощью бумаги или полиэтилена, либо надевать перчатки. • Зубные щетки, бритвы, иглы и прочие острые предметы, которые могут поранить кожу, должны быть строго индивидуального пользования. • Мыть руки водой с мылом после смены грязного белья и одежды, а также после каждого контакта с биологическими жидкостями больного.
Персистирующая диарея Течение болезни непредсказуемо: на фоне. Медикаментозное лечение диареи — см. табл. 8	Диета: ▪ Морковный суп содержит витамины, минеральные вещества и пектин, который благотворно воздействует на кишечник и улучшает аппетит. ▪ Рис и картофель оказывают закрепляющее действие. ▪ Следует добавлять в рацион бананы и томаты, поскольку они богаты калием. ▪ Вместо трехразового питания перейти на кормление больного 5—6 раз в день маленькими порциями. ▪ Добавлять в блюда мускатный орех, поскольку он замедляет перистальтику. ▪ Исключить из рациона кофе, крепкий чай, алкоголь. ▪ Исключить из рациона сырые продукты, продукты с высоким содержанием жира или клетчатки, холодную пищу. ▪ Попробовать исключить молоко и сыр (йогурт усваивается лучше). ▪ Предлагать пищу, которая больному больше нравится и которую он лучше переносит.
Сложные семейные проблемы	Следует оказать поддержку близким больного, которые очень часто сталкиваются со сложными проблемами: • Страх тоже оказаться инфицированными • Финансовые затруднения • Атмосфера гнева, осуждения, сожалений вокруг больного • Перемена ролей в семье (пожилые родители ухаживают за повзрослевшими детьми, маленькие дети ухаживают за родителями, бабушки и дедушки ухаживают за осиротевшими внуками) ▪ Серьезную проблему представляет отторжение обществом.

Таблица 23. Обучение членов семьи или социального работника уходу за больным на дому

Обучите членов семьи или социального работника как справляться с различными симптомами	▪ За одну встречу рассказывайте о нескольких симптомах или обучайте нескольким приемам. ▪ В первую очередь рассказывайте о симптомах и обучайте приемам, которые наиболее актуальны в данном случае. ▪ Наглядно продемонстрируйте, как правильно проводить комплекс лечебной физкультуры, или как правильно набрать точную дозу жидкого лекарственного препарата, например, морфина, в шприц. ▪ Проверьте уровень приобретенных знаний и навыков. Для этого попросите продемонстрировать какой-либо прием или задайте вопрос на понимание материала. ▪ Предложите обращаться к вам за консультацией, если возникнут какие-либо вопросы или трудности, ▪ Убедитесь, что родственники знают, куда и к кому обращаться за помощью. Расскажите, какие возможности существуют по уходу за больным в случае, если они откажутся от ухода на дому.
Обучите членов семьи или социального работника давать анальгетики	▪ Объясните, что важно давать препараты по часам, а не дожидаться появления боли. ▪ Больной должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей. ▪ Напишите четкую инструкцию.
Посоветуйте дополнительные приемы для облегчения боли	▪ Психологическая поддержка. ▪ Физические методы: массаж (поглаживание, растирание, покачивание, вибрация); холод или тепло; глубокое дыхание. ▪ Психологические методы: отвлечение внимания, музыка, медитация. ▪ Молитва (уважайте религиозные чувства больного)
Обучите членов семьи давать больному морфин	Морфин для приема внутрь представляет собой сильнодействующий болеутоляющий препарат, который может назначить только врач. Если больному назначен морфин для приема внутрь: • Давайте больному препарат в назначенной дозе строго каждые 4 часа, не дожидаясь появления боли. • Давайте двойную дозу препарата на ночь. • Если боль усиливается, или если боль появилась в промежутке между плановыми приемами препарата, дайте больному дополнительную дозу и сообщите об этом врачу — возможно, больной нуждается в увеличении дозы препарата. • Предупреждайте появление запоров, с помощью домашних средств или препаратов сенны, если у больного нет хронической диареи. Как дать небольшую дозу препарата с помощью шприца: • Налейте небольшое количество раствора морфина в чашку. • Наберите нужное количество препарата в шприц (до определенной отметки). • Выпустите раствор из шприца в рот больного (на шприце не должно быть иглы). Как справиться с побочными эффектами: • Тошнота — обычно проходит сама через несколько дней. • Запор — см. табл. 9. • Сухость во рту — давать пить воду маленькими глоточками. • Сонливость — обычно проходит через несколько дней. Если сохраняется или усиливается, дозу следует сократить наполовину и обратиться к врачу. Потливость или подергивания мышц — обратиться к врачу.

6. Помощь умирающему больному

6.1. Приготовления к смерти

- Попытайтесь наладить общение больного с членами семьи
- Обсудите беспокоящие больного вопросы, 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 чувствами вины или сожаления.
- По желанию больного свяжитесь с его духовным наставником.

6.2. Посещение больного

- Проявляйте участие к больному.
- Не оставляйте его одного, держите за руку, слушайте, разговаривайте.

6.3. Уход за больным

- Создайте комфортные условия:
 - Смачивайте больному губы, рот, глаза.
 - Поддерживайте чистоту и сухость белья, кожи.
 - Снижайте температуру при лихорадке и облегчайте боль (при необходимости давайте анальгетики круглосуточно).
 - Облегчайте другие симптомы, при необходимости прибегая к лекарственным препаратам.
 - Давайте больному питье, маленькие порции еды по его желанию.
- Поддерживайте с больным физический контакт.

7. Направление в службы паллиативной помощи

- Региональным центрам профилактики и борьбы со СПИДом следует координировать направления больных в учреждения и организации, оказывающие паллиативную помощь, в зависимости от нужд больного.
- Другие организации и учреждения, которые планируют направлять больных в службы паллиативной помощи, должны наладить сотрудничество с региональным центром профилактики и борьбы со СПИДом.
- НПО, религиозным и национальным центрам рекомендуется активно сотрудничать с региональным центром профилактики и борьбы со СПИДом, как направляя больных в службы паллиативной помощи, так и предоставляя услуги паллиативной помощи.
- Оказание паллиативной помощи должно предусматривать периодическую оценку состояния пациента и направление его при необходимости на лечение основного заболевания,
- В случае если пациент получает АРТ или любое другое лечение, в том числе заместительную наркологическую терапию, необходимо обеспечить их предоставление (см. раздел II «Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

8. Текущий контроль за предоставлением паллиативной помощи

Целью текущего контроля за предоставлением паллиативной помощи является:

- а) непрерывность помощи;
 - б) правильное планирование и составление бюджета. Отчеты должны содержать следующие сведения:
 - Число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и получающих ее
 - Клинические проявления, требующие паллиативной помощи
 - Выданные направления
 - Потребность в медицинской помощи
- Потребность в ресурсах.

Часть VI. Профилактика ВИЧ-инфекции у детей (профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку).

Шифр B20-B24, R75, Z21

1. Общие положения

Z21- Бессимптомный инфекционный статус вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

R75 – лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека (неокончательный тест на ВИЧ выявленный у детей).

B20-B24 – Болезни, вызванные ВИЧ подробно см Классификацию болезней МКБ-10

1.1. Термин «Передача от матери ребенку» (ПМР) означает передачу ВИЧ-инфекции ребенку от ВИЧ-инфицированной женщины во время беременности, родов или в период вскармливания. При отсутствии профилактических мероприятий и грудном вскармливании риск передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет 35%. Внедрение программы профилактики ПМР позволяет снизить риск передачи до 5% при сохранении грудного вскармливания и до 2% при его замене искусственным.

1.2. Профилактика передачи от матери к ребенку (ППМР) - это комплекс мер по профилактике передачи ВИЧ от инфицированной женщины плоду или ребенку во время беременности, родов или при вскармливании.

Основные методы ППМР:

- дотестовое консультирование женщины и ее партнера по профилактике заражения, ППМР;
- тестирование женщины и ее партнера на ВИЧ после получения письменного информированного согласия;
- послетестовое консультирование с целью сохранения ВИЧ - отрицательного статуса при отрицательном результате теста;
- послетестовое консультирование и оказание помощи и поддержки при положительном результате теста,
- назначение антиретровирусных препаратов с целью профилактики (АРВП) вертикальной передачи (при сохраненном клиническом и иммунологическом статусе) в перинатальном периоде для матери и новорожденного;
- назначение АРТ во время беременности, родов и после родов, с целью пожизненного лечения, а также для детей до года (при иммунологических и клинических показаниях);
- выбор безопасного метода родоразрешения с информированного согласия беременной;
- консультирование женщины по безопасным методам вскармливания новорожденного (при необходимости с согласия женщины предоставление консультации партнеру и/или другим членам ее семьи).

2. Дотестовое консультирование.

Главная задача программы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ - установление ВИЧ статуса у женщины для дальнейшего своевременного вмешательства.

Консультирование и тестирование на ВИЧ являются жизненно важными процедурами для предупреждения ВИЧ-инфекции у детей. К тому же, 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.

Консультирование и тестирование должно проводиться во всех медицинских организациях, куда может обратиться беременная и женщина фертильного возраста – сельские врачебные амбулатории, центры семейной медицины, центры планирования семьи, женские консультации, родовспомогательные организации и др.

Консультирование могут проводить фельдшеры, акушерки, медицинские сестры, семейные врачи, акушеры-гинекологи и другие специалисты на всех этапах оказания медицинской помощи (ПМСП, стационары). Все специалисты должны пройти подготовку по проведению консультирования при обследовании на ВИЧ. Важно, чтобы консультирование пациента до и после тестирования на ВИЧ проводил один и тот же специалист. Процесс рутинного тестирования и консультирования в антенатальных учреждениях изображен на схеме (см. Приложение 1).

Основными методами предоставления информации по тестированию на ВИЧ и предупреждению вертикальной передачи инфекции от матери к ребенку является рутинное групповое, индивидуальное или парное консультирование.

Одним из эффективных методов предоставления информации является **групповое консультирование.**

- Каждая, впервые обратившаяся женщина принимает участие в групповой обучающей беседе, которую проводит акушерка или медицинская сестра еще до того, как она будет принята врачом с использованием рекомендуемых обучающих материалов, и во время которой участники получают общую информацию.
- При взятии беременной на учет специалист дополняет групповое информирование индивидуальным или парным консультированием, с учетом особенностей семейной пары и помогает принять осознанное решение о тестировании.
- Медицинский работник должен объяснить женщине важность участия ее супруга в консультировании и его тестировании на ВИЧ для сохранения здоровья ребенка и всей семьи, поэтому рекомендуется приглашать для участия в данных беседах обоих половых партнеров.

При консультировании на ВИЧ следует использовать «Буклет для проведения предтестового консультирования, информирования о ВИЧ, тестировании и о профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку».

Индивидуальное и/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 лечебно-профилактической организации обязана принять все меры по соблюдению принципов конфиденциальности, а все медицинские работники должны их строго выполнять.

Задачи медицинского работника, к которому женщина обращается за помощью:

- установить и поддерживать отношение взаимного доверия и понимания;
- собрать медицинский анамнез, включая возможные риски ВИЧ;
- провести стандартный медицинский осмотр;
- обсудить результаты групповой беседы;
- провести индивидуальное или парное консультирование;
- проявить уважение и понимание к женщине и ее нуждам.

Задачи индивидуального консультирования:

- уверить в конфиденциальности тестирования;
- выяснить какие вопросы беспокоят женщину, и дать на них ответ;
- получить письменное информированное согласие на тестирование;
- провести забор крови для исследования;
- провести тестирование;
- провести послетестовое консультирование;
- выработать план дальнейшего наблюдения женщины и при необходимости направить её в соответствующие медицинские организации (центр СПИД и др.);
- для тех, кто отказывается проходить тестирование – провести повторно дотестовое консультирование во время следующего визита, с целью изменения отношения к тестированию.

На практике важно:

1. разъяснить какие услуги могут быть предоставлены в данном ЛПУ,
2. пояснить, что информация, которая будет предоставлена женщиной или установлена в ходе оказания ей помощи, не будет передана третьим лицам без её согласия,
3. важным моментом в обсуждении конфиденциальности является выяснение у женщины лиц, которым медики могут предоставлять информацию о её здоровье;

В ходе оказания помощи следует помнить, что доступ к данным о пациентке имеют только медицинские работники, оказывающие помощь, но не обслуживающий персонал или персонал, непосредственно не принимающий участия в лечении данного пациента.

Обсуждение вопросов конфиденциальности является проявлением заботы и уважения о пациенте со стороны медиков и способствует установлению доверительных отношений.

Если пациентка отказывается проходить тестирование, консультант должен подчеркнуть важность тестирования для сохранения здоровья ребенка и начать дотестовое консультирование с таких предложений:

- «Расскажите, пожалуйста, о причинах, по которым вы решили не проходить обследование сегодня»;
- «Расскажите, пожалуйста, о ваших сомнениях по поводу обследования сегодня»;
- «Расскажите, пожалуйста, почему важно знать свой ВИЧ статус». Если женщина не может объяснить, то следует рассказать еще раз об антиретровирусной профилактике вертикальной передачи;
- «Расскажите, пожалуйста, почему сейчас все женщины во время беременности должны проходить обследование на ВИЧ»;
- «Что означает для Вас пройти тестирование?».

Если после проведенных мероприятий женщина все же не соглашается проходить тестирование:

- следует проявить понимание и показать, что медицинский работник, уважает мнение женщины;
- пояснить, что для неё всегда открыты двери ЛПУ и она всегда может прийти на тестирование;
- предоставить ей информационные материалы о ВИЧ, тестировании, профилактике передачи инфекции от матери к ребенку.

3. Тестирование на ВИЧ.

Рекомендуемый для всех женщин алгоритм обследования при любом сроке гестации и сроке обращения приведен в приложении №1.

Стандартной процедурой лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ в реакции ИФА (иммуноферментного анализа) с последующим повторным ИФА (с другим биообразцом крови).

Выявление антител к ВИЧ в ИФА подтверждается в иммунном блоттинге (ИБ) для обеспечения контроля качества и специфичности.

Экспресс-тестирование проводится в случаях поступления женщины **на роды без наличия результатов обследования на ВИЧ**. Для обеспечения контроля качества постановки, образцы сыворотки также параллельно исследуются методом ИФА.

Получение первого положительного результата экспресс-теста или ИФА в родах является достаточными для решения вопроса о назначении химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ.

Если в случае исследования ВИЧ-статуса результат окажется отрицательным, **прием препаратов нужно будет прекратить**. В случае положительного результата анализа на ВИЧ в учетной медицинской документации диагноз не прописывается, но обязательно указывается код **Z21**.

4. Послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование **обязательно** проводится, как при отрицательном, так и при положительном результатах теста. Содержание послетестового консультирования зависит от результата теста.

Консультирование при отрицательном результате теста

При сообщении результата теста, рекомендуется еще раз проинформировать о путях передачи ВИЧ и возможных способах предохранения от заражения, о важности защищенного секса и о правильном использовании презерватива.

В процессе послетестового консультирования при отрицательном результате консультант:

- обсуждает значение полученного результата;
- напоминает о наличии периода “окна” и рекомендует повторить исследование через 3-6 месяцев;
- подтверждает необходимость придерживаться правил безопасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

Консультирование при положительном результате теста

Очень важно, чтобы результат теста сообщал тот же специалист, который консультировал перед тестированием. Послетестовое консультирование должно проводиться без присутствия других медицинских работников или пациентов. Специалисту следует уточнить информацию, полученную о пациентке и ее семье во время предшествующей консультации. Пояснить значение положительного теста на ВИЧ. Следует дать возможность проявления пациенткой своих чувств, признать их оправданность (даже если это агрессивная реакция в отношении врачей), чтобы она могла свыкнуться с полученной информацией. После того, как период острой эмоциональной реакции пройдет, следует логично и последовательно объяснить пациентке преимущества знания своего ВИЧ-статуса, рассказать о жизни с ВИЧ, помочь решить первоочередные проблемы. Пациентка должна почувствовать, что медицинский работник открыт для дальнейшего общения и сможет оказать ей помощь.

Важно учитывать, что пациентка находится в состоянии эмоционального кризиса:

- поражена и захвачена врасплох происходящим;
- расстроена и может потерять контроль над собой;
- эмоционально парализована отсутствием выхода из создавшегося положения.

Обычными реакциями людей, находящимися в кризисном состоянии являются следующие:

- “Это не может происходить со мной”;
- “Я больше не хозяин своей жизни”;
- “Ничто отныне не имеет для меня значения”;
- “Я не знаю, что делать”;
- “Я не знаю к кому обратиться за помощью”;
- “Никому не понять, что я чувствую”

Учитывая все это, медицинский работник должен следить за своими реакциями и помнить, что нельзя:

- поддаваться панике;
- давать ложные заверения;
- обижаться на поведение пациентов.

В процессе послетестового консультирования при положительном результате специалист:

- сообщает результат теста;
- оказывает психологическую помощь;
- информирует об основных мерах ППМР;
- устанавливает совместное наблюдение за женщиной со специалистом центра СПИД;
- предоставляет информацию о ВИЧ-сервисных организациях;
- назначает дату следующего посещения.

Главной задачей для беременной женщины, у которой выявлена инфекция, является рождение ребенка без ВИЧ. Для успешного выполнения этой задачи необходимо дополнительное обследование в центрах профилактики и борьбы со СПИД:

- осмотр инфекциониста;
- обследование иммунного статуса (CD4);
- определение уровня вирусной нагрузки (методом ПЦР);
- принятие решения о необходимости начала АРТ или проведения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ;
- обучение приверженности приема АРВ препаратов;
- предоставление психосоциальной поддержки.

Дальнейшее наблюдение и ведение ВИЧ-инфицированной беременной осуществляется совместно врачами первичного звена и центров по профилактике и борьбе со СПИД.

Диспансеризация беременных женщин с ВИЧ проводится врачами первичного звена совместно со специалистами центров СПИД. Антиретровирусные препараты назначаются и выдаются в центрах СПИД, при согласовании, выдача лекарств может проводиться по месту жительства. Также, по месту жительства ведется контроль и поддержка по соблюдению приверженности к приему препаратов, выявление побочных эффектов, принимается решение о выборе метода родоразрешения.

5. Использование АРВ препаратов у женщин с ВИЧ во время беременности, родов и после родов для ППМР.

Назначать АРВ препараты для ППМР следует в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом служб дородовой помощи и специалистами центра СПИД.

Профилактические вмешательства для беременной женщины выбирают на основании:

- показания к АРТ;
- срока гестации на момент обращения;
- использования АРВ препаратов в анамнезе;
- наличия сопутствующих заболеваний или состояний.

Медицинский работник, назначавший тестирование, несет ответственность за направление в центр СПИД женщины, у которой впервые выявлена ВИЧ-инфекция для обследования и осмотра с целью своевременного принятия решения о начале лечения или профилактики ПМР. Необходимо объяснить женщине и ее партнеру (после получения информированного согласия женщины) важность обследования для обеспечения качественной ППМР и сохранения её здоровья и здоровья ребенка.

Специалист центра СПИД проводит:

- клинический осмотр,
- выявление заболеваний, связанных с ВИЧ,
- обследование иммунного статуса (уровень СД4),
- определение вирусной нагрузки (ВН), методом ПЦР,
- принимает решение о необходимости начала лечения или профилактики ПМР,
- обучает женщину правилам соблюдения приверженности АРТ
- передаёт заключение по месту наблюдения женщины
- обеспечение и контроль непрерывного получения женщиной АРВ препаратов.

Беременных женщин, инфицированных ВИЧ, можно отнести к одной из следующих категорий:

1. те, кто в настоящее время не нуждаются в АРТ по состоянию здоровья;
2. те, кто нуждаются или могут нуждаться в АРТ по состоянию здоровья;
3. те, кто начал АРТ до беременности;
4. те, кто не обращался в соответствующие службы до момента родов.

При решении вопроса о назначении АРВП или АРТ необходимо руководствоваться критериями для назначения по рекомендациям ВОЗ 2010 представленными в таблице 1.

Таблица 1.

Критерии для назначения АРВ профилактики или АРТ на основе показаний СД4 и клинической стадии ВИЧ-инфекции

Стадии ВОЗ	Число клеток СД4 не определено	Число клеток СД4 определено	
		СД4 ≤ 350 кл/мм ³	СД4 > 350 кл/мм ³
Клиническая стадия 1	АРВ профилактика	АРТ	АРВ профилактика
Клиническая стадия 2	АРВ профилактика	АРТ	АРВ профилактика
Клиническая стадия 3	АРТ	АРТ	АРТ
Клиническая стадия 4	АРТ	АРТ	АРТ

5.1. Женщины в настоящее время не нуждающиеся в АРТ по состоянию здоровья.

Женщины, у которых выявлена ВИЧ инфекция во время антенатального ухода, не имеющие **клинических проявлений болезни с количеством лимфоцитов СД4 более 350/мм³** – не нуждаются в настоящее время в лечении ВИЧ инфекции по состоянию здоровья. Таким женщинам проводится только профилактика ПМР.

Варианты применения АРВ профилактики у ВИЧ-инфицированных женщин представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Варианты применения АРВ профилактики у беременных ВИЧ-инфицированных женщин, не нуждающихся в АРТ по состоянию здоровья.

Вариант 1. Мать AZT+ребенок АРВ профилактика	Вариант 2. Мать три АРВ препарата
Мать	Мать
До родов AZT 300 мг через 12 часов, начиная с 14 недель беременности** (оптимальный вариант), продолжая в родах, прекращая после родов, если принимала более 4-х недель без пропуска доз. В случае, когда женщина принимала AZT менее 4-х недель до родов, с началом родов следует дать однократно NVP 200мг и продолжать AZT вместе с 3ТС каждые 12 часов в течение 7 суток.	Начиная с 14 недель беременности** принимать трехкомпонентную АРВ профилактику до рождения ребенка, а в случае грудного вскармливания на весь период кормления и в течение одной недели после его полного прекращения. Рекомендуемые схемы: AZT(300мг)+3ТС(150мг)+LPV/г(400/100мг) через 12 часов или AZT(300мг)+3ТС(150мг)+ABC(300мг) через 12 часов или AZT(300мг)+3ТС(150мг) через 12 часов + EFV (600мг 1 раз в сутки) или TDF(300мг)+3ТС(300мг) (или FTC 200мг) + EFV (600мг) один раз в сутки
** В случае более позднего выявления ВИЧ-инфицированной беременной, профилактику начинать с момента постановки на учет.	** В случае более позднего выявления ВИЧ-инфицированной беременной, профилактику начинать с момента постановки на учет.
Ребенок	Ребенок
При грудном вскармливании: NVP 2 мг/кг 1 р/день в первые 6-12 часов после рождения в течение 4-6 недель жизни если грудное вскармливание будет прекращено раньше, весь период кормления грудным молоком + 7 дней после полного прекращения грудного вскармливания. При искусственном вскармливании: NVP 2 мг/кг 1 р/день в течение 4-6 недель или NVP однократно + AZT каждые 12 часов в течение 4-6 недель	Независимо от метода вскармливания ребенка: NVP 2 мг/кг 1 р/день через 6-12 часов после рождения в течение 6 недель жизни.

AZT – зидовудин, ретровир.

NVP – невирапин, невидан.

3ТС – ламивудин, зефикс, виролам.

LPV/г – лопинавир/ритонавир, калетра, алувия.

ABC - абакавир

EFV – эфаверенз, стокрин.

FTC – эмтрицитабин.

TDF – тенофовир

5.1.1. Вариант 1. Перед началом профилактики при наличии возможности определения уровня вирусной нагрузки, **если количество копий РНК ВИЧ менее 10 000 в 1 мл плазмы**, можно применять для ППМР монотерапию зидовудином начиная с 14 недель беременности по 300 мг 2 раза в сутки (каждые 12 часов). Более раннее начало приема зидовудина обеспечивает более высокую эффективность в снижении риска передачи ВИЧ от матери к ребенку.

5.1.2. Вариант 2. При отсутствии возможности определения уровня вирусной нагрузки или в случае если вирусная нагрузка более 10 000 копий/мл для профилактики ПМР использовать рекомендуется использовать один из режимов представленных в таблице 2.

5.2. Беременные, в настоящее время нуждающиеся в АРТ по состоянию здоровья.

5.2.1. Беременные, у которых выявлена ВИЧ инфекция во время беременности, имеющие или не имеющие клинические проявления болезни, но у которых количество лимфоцитов CD4 менее 350/мкл – нуждаются в лечении ВИЧ инфекции по состоянию здоровья. Независимо от срока гестации, им необходимо назначить одну из схем лечения указанных в таблице 3.

Таблица 3.

Варианты применения схем АРВ препаратов у беременных ВИЧ-инфицированных женщин, нуждающихся в АРТ по состоянию здоровья.

Схема лечения	Дозировка	Особенности приема	Безопасность
AZT+3TC+NVP	AZT 300 мг х 2 р/день 3TC 150 мг х 2 р/день NVP 200 мг х 2 р/день	Может использоваться в виде постоянной комбинации NVP начинают с половинной дозы в первые 2 недели Прием NVP требует мониторинга гиперчувствительности и гепатотоксичности первые 12 недель	Прием AZT требует контроля за уровнем гемоглобина, риск анемии возрастает с увеличением длительности приема Режим не рекомендуется использовать у беременных женщин с СД4>350 кл/мм ³
AZT+3TC+EFV	AZT 300 мг х 2 р/день 3TC 150 мг х 2 р/день EFV 600 мг х 1 р/день	EFV рекомендован для женщин с туберкулезом Не рекомендуется использовать в первые 6 недель беременности. При назначении EFV после родов необходима эффективная контрацепция для предупреждения последующих беременностей	Прием AZT требует контроля за уровнем гемоглобина, риск анемии возрастает с увеличением длительности приема Применение EFV в первые 6 недель беременности связано с риском развития дефектов нервной трубки (<1%)
TDF+3TC (или FTC)+EFV	TDF 300 мг х 1 р/день 3TC 300 мг х 1 р/день EFV 600 мг х 1 р/день или TDF 300 мг х 1 р/день FTC 200 мг х 1 р/день EFV 600 мг х 1 р/день	Комбинация TDF и 3TC (или FTC) используется для лечения коинфекции вирусного гепатита В. EFV рекомендован для женщин с туберкулезом Не рекомендуется использовать в первые 6 недель беременности. При назначении EFV после родов необходима эффективная контрацепция для предупреждения последующих беременностей	TDF обладает нефротоксичностью, может вызывать остеопороз Применение EFV в первые 6 недель беременности связано с риском развития дефектов нервной трубки (<1%)
TDF+3TC(или FTC)+NVP	TDF 300 мг х 1 р/день 3TC 150 мг х 2 р/день NVP 200 мг х 2 р/день или TDF 300 мг х 1 р/день FTC 200 мг х 1 р/день NVP 200 мг х 2 р/день	Комбинация TDF и 3TC (или FTC) используется для лечения коинфекции вирусного гепатита В. NVP начинают с половинной дозы в первые 2 недели Прием NVP требует мониторинга гиперчувствительности и гепатотоксичности первые 12 недель	TDF обладает нефротоксичностью, может вызывать остеопороз

5.2.2. Беременные, которые начали АРТ до беременности.

Если у беременной, поступающей на учет по поводу беременности, уже выявлена ВИЧ инфекция и она принимает АРТ по состоянию здоровья, следует продолжать текущую схему лечения. Если схема содержит эфавиренц, а женщина находится в первом триместре беременности, нужно заменить эфавиренц на лопинавир/ритонавир 400/100мг или абакавир 300 мг каждые 12 часов. Если беременность выявлена после первых трех месяцев – замена эфавиренца не является целесообразной, в связи с завершившимся органогенезом.

В родах и после рождения ребенка женщина продолжает начатую схему лечения.

5.3. ВИЧ позитивные беременные женщины, впервые обратившиеся к моменту родов (не получали АРВП во время беременности). Роженицам, не получавшим дородовой помощи или поступающим на роды без наличия результатов обследования на ВИЧ, рекомендуется пройти до- и послетестовое консультирование и тестирование на ВИЧ экспресс-методом в родовспомогательной организации. В случае получения положительного результата экспресс-теста женщина должна получить одну из схем АРВ профилактики ПМР представленных в таблице 4.

Таблица 4.

Варианты применения схем АРВ препаратов у беременных женщин, впервые обратившихся за помощью к моменту родов (не получавшие АРВ профилактики во время беременности)

Вариант 1. При выборе грудного или искусственного вскармливания	Вариант 2. Только в случае выбора грудного вскармливания
Мать В родах: NVP 200 мг однократно и AZT 300 мг + 3TC 150 мг повторяя каждые 12 часов, продолжив после родов в течение 7 дней	Мать Рекомендуемые схемы: AZT(300мг)+3TC(150мг)+LPV/r(400/100мг) через 12 часов или AZT(300мг)+3TC(150мг)+ABC(300мг) через 12 часов или AZT(300мг)+3TC(150мг) через 12 часов + EFV (600мг 1 раз в сутки) или TDF(300мг)+3TC(300мг) (или FTC 200мг) + EFV (600мг) один раз в сутки на весь период кормления и в течение одной недели после его полного прекращения.
Ребенок При грудном вскармливании: NVP 2 мг/кг 1 р/день в первые 6-12 часов после рождения в течение 4-6 недель жизни если грудное вскармливание будет прекращено раньше, весь период кормления грудным молоком + 7 дней после полного прекращения грудного вскармливания. При искусственном вскармливании: NVP 2 мг/кг 1 р/день в течение 4-6 недель или NVP однократно + AZT каждые 12 часов в течение 4-6 недель	Ребенок NVP 2 мг/кг 1 р/день через 6-12 часов после рождения в течение 6 недель жизни.

После родов, женщин у которых был впервые выявлен, ВИЧ необходимо как можно раньше направить для обследования на количество СД4 и вирусную нагрузку, с целью выявления показаний для назначения АРТ.

5.4. Женщины, у которых произошли роды вне медицинского учреждения.

Если женщина не получала дородовую помощь (нет данных об обследовании на ВИЧ во время беременности) рекомендуется пройти дотестовое консультирование, тестирование на ВИЧ экспресс-методом и послетестовое консультирование. В случае получения положительного результата теста на ВИЧ необходимо начать АРВ профилактику для ребенка не позднее 72 часов после рождения. Если мать выбрала грудное вскармливание, то ребенку назначается NVP 2 мг/кг 1 раз в день на весь период кормления грудным молоком продлив на 7 дней после полного его прекращения. В случае выбора искусственного вскармливания ребенку назначается одна доза NVP 2 мг/кг плюс AZT 4 мг/кг 2 раза в день или NVP 2 мг/кг 1 раз в день в течение 4-6 недель.

В случае если женщина выбирает грудное вскармливание для своего ребенка, возможно применение трехкомпонентной АРВ профилактики передачи ВИЧ, используются схемы, представленные в таблице 4 на весь период кормления грудью плюс 7 дней после полного прекращения грудного вскармливания. Ребенку назначается NVP 2 мг/кг 1 раз в день на период полых 6 недель, использование невирапина является предпочтительным. Женщину необходимо как можно раньше направить для обследования на количество СД4 и вирусную нагрузку, с целью выявления показаний для назначения АРТ.

5.5. ППМР у ВИЧ-инфицированных беременных с туберкулезом.

Ведение беременных женщин с ВИЧ и туберкулезом представлено в разделе 5.1. «Туберкулез у ВИЧ инфицированных», главы 5 «Диагностика и лечение оппортунистических инфекций» данного протокола.

5.6. Ведение ВИЧ-инфицированной беременной, потребляющей инъекционные наркотики (ПИН)

У беременных, потребляющих наркотики, повышен риск осложнений. При ведении таких женщин необходимо учитывать возможные неблагоприятные последствия наркотической зависимости для беременности и плода. Следовательно, основная задача — стабилизировать потребление наркотиков или сократить их потребление до минимально возможного уровня.

Для эффективного ведения ВИЧ-инфицированных беременных ПИН важно привлечь их в службы медицинской помощи на самых ранних сроках беременности и обеспечить доступ к необходимым им службам на протяжении всей беременности. Основой стратегии является комплексный подход, главную роль в котором играют службы дородовой помощи, родовспоможения и послеродовой помощи. С этими службами должны сотрудничать:

- службы снижения вреда, которые направляют беременных ПИН в службы дородовой помощи;
- службы по лечению наркозависимости (на протяжении всей беременности);
- службы по лечению ВИЧ/СПИДа;
- служба по лечению ИППП
- службы психологической и социальной поддержки.

5.6.1. Оценка наркотической зависимости и симптомов абстиненции у беременных женщин

Женщины, употребляющие наркотики, нередко страдают зависимостью сразу от нескольких психоактивных веществ (никотина, алкоголя, марихуаны, опиатов, кокаина, «экстази», других амфетаминов, бензодиазепинов). Важно также дифференцировать клинические признаки беременности и симптомы осложнений беременности от симптомов употребления наркотиков и абстинентного синдрома.

Таблица 5

Признаки/симптомы абстинентного синдрома у беременных женщин в зависимости от конкретного психоактивного вещества

Вещество	Признаки/симптомы
Алкоголь	Возбуждение, тремор, нарушения сна, тахикардия, повышение артериального давления, тошнота, мидриаз, судорожные припадки
Дельта-9-тетрагидроканнабиол (конопля: марихуана, гашиш)	Беспокойство, раздражительность, умеренное возбуждение, бессонница, тошнота, спазмы
Табак (напр., в сигаретах)	Раздражительность, беспокойство, нарушение концентрации внимания, трудности при выполнении заданий, тревога, чувство голода, прибавка в весе, нарушения сна, тяга к курению, сонливость
Транквилизаторы и снотворные: алпразолам, барбитураты, хлордиазепоксид, диазепам, флуразепам, глутетимид, мепробамат, метаквалон и др.	Тремор, бессонница, учащенное моргание, возбуждение, интоксикационный психоз, судорожные припадки, тревога, беспокойство, мышечные спазмы, нарушения сна, повышение артериального давления, лихорадка, потеря аппетита
Психостимуляторы: метамфетамины, кокаин, метилфенидат, фенметразин, диметилтриптамин, фенциклидин	Боль в мышцах, боль в животе, чувство голода, длительный сон, суицидальные мысли, брадикардия, тяга к препарату, депрессия
Опиаты: кодеин/оксикодон, героин, гидроморфон, трипеленамин	Гриппоподобный синдром, возбуждение, мидриаз, спазмы в животе, бессонница, тревога, тяга к препарату, тахикардия, повышение артериального давления

Поскольку наркозависимость влияет на стратегию ведения пациентки, очень важно выявить и оценить ее. Персонал службы дородовой помощи может легко и быстро провести предварительную оценку зависимости. Дальнейшая оценка тяжести наркозависимости и составление плана лечения должна проводиться совместно с наркологом.

5.6.2. Воздействие психоактивных веществ и абстинентный синдром во время беременности

Симптомы абстиненции перечислены в табл. 5, а влияние психоактивных веществ на течение беременности, плод и новорожденного описано в табл. 6.

Таблица 6.

Влияние психоактивных веществ на плод, новорожденного и исход беременности

Вещество	Влияние
Алкоголь	Самопроизвольный аборт, микроцефалия, задержка роста, нарушения со стороны ЦНС, включая задержку психического развития и поведенческие нарушения, черепно-лицевые аномалии (срастание век в углах глаз, гипоплазия верхней губы, гипоплазия верхней челюсти).
Табак (напр., в сигаретах)	Не вызывает пороков развития, внутриутробная задержка роста (дефицит массы тела при рождении меньше 200 г), преждевременные роды, преждежде-ние плаценты, преждевременная отслойка плаценты.
Дельта-9-тетрагидроканнабинол (конопля: марихуана, гашиш)	Не вызывает пороков развития, роды за 0,8 недель до срока, соответственно меньшая масса тела при рождении, небольшие поведенческие нарушения.
Психостимуляторы: препараты для лечения ожирения, метамфетамин, кокаин, метилфенидат, фенметразин	Самопроизвольный аборт, гиперактивность плода, пороки развития (пороки сердца, атрезия желчных путей), поведенческие нарушения, аномалии мочевых путей, асимметричная форма задержки развития, преждевременная отслойка плаценты, инфаркт и другие поражения головного мозга, внутриутробная гибель плода, некротический энтероколит у новорожденного.
Наркотики: кодеин, героин, гидроморфон, меперидин, морфин, опиум, пентазоцин, трипеленамин	Внутриутробная задержка развития без пороков развития, абстинентный синдром у плода с повышением его активности, угнетение дыхания, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, примесь мекония в околоплодных водах, перинатальная смерть.

5.6.3. Консультирование и лечение при наркотической зависимости

Консультирование — обязательная часть медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным, страдающим наркотической зависимостью. Особенно необходимо подчеркнуть следующее:

- вред наркотиков для плода и новорожденного;
- польза заместительной терапии опиоидами (ЗТО) для здоровья матери и плода;
- риск стресса у плода в случае неконтролируемых попыток воздержания от наркотиков без медицинской и психологической поддержки;⁴
- влияние беременности на поддерживающую дозу опиоидов при заместительной терапии и вероятная необходимость в ее повышении;
- взаимодействия между заместителями опиоидов и АРВ-препаратами для ПП МР;
- соблюдение режима ЗТО и АРТ.

5.6.4. Ведение ВИЧ-инфицированных женщин с наркотической зависимостью, поступивших в момент родов и не получавших дородовой помощи

- Большинство беременных, употребляющих наркотики, не обращаются за дородовой помощью и поступают в роддом непосредственно перед родами или в родах. В этих случаях необходимо, чтобы персонал роддомов быть готов предпринять следующие действия:
- оценить наркотическую зависимость (см. Приложение 3) и сообщить результаты оценки неонатологу;
- провести экспресс-тест на ВИЧ, если ВИЧ-статус роженицы неизвестен или во время беременности был отрицательным;
- назначить лечение абстинентного синдрома;
- начать ЗТО, если это необходимо;
- провести консультирование о влиянии наркотиков на исход беременности и на новорожденного, а также на выбор лечения.

ППМР у ВИЧ-инфицированных женщин с наркотической зависимостью должна проводиться по тем же правилам, что и у остальных женщин (схемы для ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших АРВ-профилактики во время беременности, представлены в табл. 4 выше).

Женщины, страдающие зависимостью от опиоидов, которым назначают АРВ-препараты в начале родов или при поступлении в роддом, необходимы достаточные дозы метадона для предупреждения абстиненции.

5.6.5. Заместительная терапия опиоидами во время беременности

Если беременная женщина употребляет опиоиды и у нее определяются критерии зависимости необходимо провести консультирование по вопросам риска и пользы ЗТО, а также получить согласие на лечение и соблюдение назначений ЗТО. Опиоидная заместительная терапия во время беременности позволяет:

- Снизить вред в связи с потреблением уличных опиатов и других наркотиков
- Улучшить состояние здоровья пациентов
- Предупредить распространение инфекций, передающихся перинатальным путем (ВИЧ, гепатиты В,С)
- Снизить материнскую и неонатальную смертность, связанную с потреблением опиатов
- Способствовать социальной реабилитации пациентов
- Снизить криминальную активность, связанную с потреблением наркотиков
- Предупредить вред, связанный с влиянием наркотиков на здоровье беременной женщины и ее ребенка
- Способствовать становлению тесного контакта и связи между матерью и ребенком
- Улучшить здоровье и развитие ребенка

Общие принципы заместительной терапии

- Стабилизация пациента осуществляется дозой, адекватной для прекращения потребления уличного наркотика.
- Поддерживающая доза должна соответствовать уровню для поддержания женщины в комфорте и предупреждать потребление уличных наркотиков во время беременности. Не нужно стремиться к уменьшению дозы, возможно увеличение дозы при необходимости.
- Пациентка должна находиться на поддерживающей дозе не менее двух-трех месяцев перед первой попыткой уменьшить ее дозу.
- Необходимо учитывать возможность того, что женщина продолжает принимать другие вещества и субстанции, способные негативно повлиять на течение беременности (курение, алкоголь, бензодиазепины и т.п.).
- Препараты применяемые для лечения зависимости от психоактивных веществ у беременных представлены в приложении №7.

Заместительная терапия метадон

Доза метадона должна титроваться в зависимости от нужд пациента. Дозу необходимо повышать до тех пор, пока не наступит полный отказ от потребления героина или других опиатов. Доза метадона является индивидуальной. Как правило, дозы от 60 до 80 мг достаточно, чтобы прекратить потребление уличных опиатов. Доза метадона в течение беременности может возрасти, особенно в третьем триместре. Это может быть связано как с биологическими особенностями организма беременной (повышенный объем циркулирующей крови, повышенный печеночный метаболизм, повышенная гломерулярная фильтрация, метаболизм метадона плацентой и плодом), так и доза метадона может увеличиться при приеме беременной других лекарств, например, невирапина при лечении ВИЧ-инфекции. Вследствие указанных выше факторов, иногда во время беременности необходимо разделять суточную дозу на два приема. Если пациентка настаивает на уменьшении дозы метадона во время беременности, то второй триместр ассоциируется с самым низким риском негативных последствий для женщины и плода. Беременная должна быть проинформирована о рисках, которые могут возникнуть из-за уменьшения дозы метадона. Если решение об уменьшении дозы окончательно, то такое уменьшение необходимо проводить постепенно – не более чем на 5 мг за один раз. Необходимо вести тщательный мониторинг пациенток, которые начали уменьшать дозу или полностью отказались от лекарства. Пациенты с рецидивом опиоидной зависимости нуждаются в повторной стабилизации метадон. Назначать метадон необходимо максимально быстро после подтверждения беременности женщины, страдающей опиоидной зависимостью. В случае новой беременности женщины, которые находятся на заместительной терапии метадон, должны продолжать такое лечение. Главной целью должен стать прием метадона в течение всего периода беременности. Необходимо подчеркивать, что перерывы или прекращение приема метадона во время беременности чрезвычайно опасно из-за риска выкидыша в первом триместре, или риска преждевременных родов или внутриутробной смерти в третьем триместре беременности. Так же опасно возвращение к потреблению уличных наркотиков и связанные с ним негативные явления. В настоящее время метадон рекомендуется в качестве основного препарата для ЗТО у беременных с опиоидной зависимостью.

ЗТО предупреждает рецидивы использования нелегальных наркотиков, предотвращает симптомы абстиненции и уменьшает риск осложнений беременности. Она должна сочетаться с дородовой помощью и психосоциальным консультированием (группы поддержки, социальная поддержка, управление неожиданными ситуациями, обучение поведенческим навыкам, мотивационная и семейная поведенческая психотерапия). Преимущества и недостатки заместительной терапии метадон у беременных женщин представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Преимущества и недостатки заместительной терапии.

Преимущества	Недостатки
Исключение вредного воздействия на плод примесей, содержащихся в наркотиках	Абстинентный синдром у новорожденного протекает тяжелее
Не вызывает пороков развития у плода	Удлинение периода госпитализации и лечения новорожденного
Снижает риск выкидыша, мертворождения и внутриутробной задержки развития плода	Увеличение потери веса
Снижает риск преждевременных родов	Снижение потребности ребенка в еде
Повышает регулярность дородового наблюдения	

Дозы

Дозы менее 60 мг/сут неэффективны; назначение низких доз у беременных пациенток часто приводит к повышению потребления незаконных наркотиков, а также к отказу от заместительной терапии. У небольшого числа пациенток, получающих метадон, из-за особенностей обмена веществ или приема некоторых препаратов метаболизм метадона в печени ускоряется. Это может потребовать назначения доз, превышающих 120 мг/сут. Дозу метадона всегда необходимо подбирать индивидуально; она должна быть достаточной для устранения субъективных и объективных симптомов абстиненции и уменьшения тяги к наркотику. Следует использовать минимальную эффективную дозу. Необходимо принимать во внимание, а также обсуждать с женщинами возможность предоставления заместительной терапии метадон их половым партнерам.

Снижение дозы (детоксикация)

Как только состояние пациентки, получающей метадон, стабилизируется, необходимо обсудить с ней, готова ли она к постепенному снижению дозы и прекращению заместительной терапии перед родами, или же поддерживающую терапию следует продолжать. Снижать дозу можно только в том случае, если беременность протекает без осложнений и достигла второго триместра. Снижение дозы на 2,5—5 мг в неделю считается безопасным. Необходимо сделать все возможное, чтобы не допустить симптомов абстиненции, так как они вызывают выраженный дистресс у плода.

Повышение дозы

На поздних сроках беременности может потребоваться повышение дозы метадона или деление дозы пополам (приемом утром и вечером), чтобы не допустить низких концентраций метадона в крови вследствие увеличения объема циркулирующей плазмы, повышения связывания метадона белками плазмы и усиления почечного кровотока. Иногда дозу метадона приходится повышать на 5—10 мг, для того чтобы избежать абстиненции и рецидивов потребления наркотиков. Необходимо отметить, что назначение схемы для ППМР, содержащей неврапин или эфавиренз, требует повышения дозы метадона.

Взаимодействия между метадон и АРВ-препаратами

У беременных женщин взаимодействия между метадон и АРВ-препаратами такие же, как у других пациентов. Если в составе схемы для ППМР беременная получает ННИОТ (невирапин или эфавиренз), дозу метадона необходимо повысить, так как ННИОТ существенно снижают концентрацию метадона, что может вызывать симптомы абстиненции. При исследовании серии случаев показано, что у пациенток, длительно получавших метадон, с началом приема невирапина для устранения абстиненции ежедневную дозу метадона приходилось повышать на 50—100%. Абстинентный синдром 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. Саквинавир/ритонавир немного снижает уровень метадона; изменение дозы не требуется, однако за пациенткой необходимо наблюдать.

Использование налтрексона во время беременности строго противопоказано из-за: слабого влияния на потребление уличных опиатов, стимулирования выкидышей, преждевременных родов или внутриутробной смерти плода.

5.7.6. Обезболивание родов у ПИН

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.

Таблица 8. Анальгезия у ПИН.

Во время родов	После родов	Кесарево сечение
Нефармакологические методы: душ, массаж, свободная позиция во время родов	Нестероидные противовоспалительные анальгетики (противопоказаны во время родов и беременности)	Эпидуральная анестезия
Ингаляция закиси азота	Парацетамол	Спинальная анестезия
Эпидуральная анестезия		Общая анестезия
Спинальная анестезия		

6. Выбор метода родоразрешения у женщин с ВИЧ.

У значительного числа ВИЧ-позитивных беременных дети заражаются ВИЧ во время родов. Снизить риск ПМР можно, соблюдая правила родовспоможения, направленные на сокращение контакта плода с кровью и другими биологическими жидкостями матери. Все инвазивные процедуры повышают риск инфицирования плода и их назначение возможно лишь по жизненным показаниям.

Основные факторы риска передачи ВИЧ-инфекции в родах:

- длительный безводный промежуток;
- отсутствие АРВ профилактики в родах;
- высокая вирусная нагрузка;
- инвазивные процедуры.

Решение о способе родоразрешения принимается в соответствии с конкретной ситуацией, в зависимости от уровня вирусной нагрузки у женщины, с учетом интересов матери и плода. Для выбора оптимального метода родоразрешения необходимо определить уровень вирусной нагрузки у женщины в сроке 36-38 недель беременности. Если количество РНК ВИЧ менее 1000 копий/мл, то проводить самопроизвольные роды. Плановое кесарево сечение, проведенное до начала родовой деятельности и разрыва плодных оболочек, в 2 раза снижает риск передачи ВИЧ от матери к 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 вертикальной профилактики ВИЧ инфекции. Женщина должна быть проконсультирована о преимуществах и возможных осложнениях кесарева сечения. Показания для проведения планового кесарева сечения на 38 неделе до начала родовой деятельности:

- нет возможности определить вирусную нагрузку;
- уровень вирусной нагрузки более 1000 копий/мл;
- женщина не соблюдала режим приема АРВП (приверженность к ВААРТ менее 95%, т.е. женщина приняла меньше 95% назначенных таблеток);
- продолжительность АРВП во время беременности менее 4-х недель.

Необходимо проводить антибиотикопрофилактику во время проведения кесарева сечения. Антибиотикопрофилактика проводится в стандартных дозировках согласно национальному протоколу. При возникновении осложнений лечение проводится согласно общепринятым схемам.

В активной фазе родов, через 4 часа после излития околоплодных вод проводить кесарево сечение не целесообразно. Любые вмешательства при родоразрешении женщин с ВИЧ должны проводиться с соблюдением универсальных мер предосторожности. Рекомендуется стандартный метод оперативного родоразрешения. Если методом родоразрешения выбраны самопроизвольные роды, необходимо избегать вмешательств повышающих риск ППМР:

- родовозбуждения и родоусиления;
- искусственного вскрытия плодного пузыря (амниотомии);
- перинео- (эпизио-) томии;
- частых вагинальных исследований и осмотров шейки матки (выполнять осмотр шейки матки только при крайней необходимости, обязательно соблюдая правила асептики);
- наложения акушерских щипцов;
- вакуум-экстракции плода;
- затяжных родов.

Для оценки показаний к акушерским вмешательствам использовать неинвазивный мониторинг состояния плода. Для оценки родовой деятельности использовать партограмму. Риск развития послеродовых кровотечений снизить путем активного ведения третьего периода родов, ушивать разрывы родовых путей, тщательно удалять все остатки последа.

7. Уход за новорожденным и профилактика АРВ препаратами.

Помощь новорожденному от матери с ВИЧ должна включать все элементы помощи и ухода за детьми, рожденными от матерей без ВИЧ инфекции. Медицинский персонал должен руководствоваться основными принципами эффективной перинатальной помощи:

- строго соблюдать тепловую цепочку;
- поддерживать постоянную температуру в родильном зале не ниже 25оС;
- избегать процедур, которые могут приводить к повреждению целостности кожных покровов и слизистых оболочек ребенка, если для этого нет веских оснований (отсасывание слизи изо рта и носа новорожденного);
- при пересечении пуповины с целью предупреждения разбрызгивания крови накрыть ее марлевой салфеткой;
- после рождения ребенка немедленно обсушить его - для удаления крови и биологических жидкостей с тела ребенка достаточно бережного обтирания (купание в родзале приводит к гипотермии) и одеть (шапочка, носочки, теплое и сухое белье);
- выложить на живот матери (партнера);
- мать и ребенка накрыть теплым одеялом;
- соблюдать температурный режим при проведении всех процедур (клеммирование пуповины, взвешивание), транспортировку из родзала проводить на груди у матери или партнера.

Применять АРВ препараты в соответствии с рекомендациями, указанными в таблицах 2, 3, 4 данного протокола. В случае рождения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери в учетной медицинской документации диагноз не прописывается, но код R75 обязательно указывается, и отмечаются полученные препараты.

7.1.. Ведение новорожденных с наркотической зависимостью и абстинентным синдромом

7.1.1. Клиническое обследование

Абстинентный синдром 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. Абстинентный синдром у новорожденных, матери которых получали бупренорфин, особенно выражен на 3—4-е сутки и продолжается 5— 7 суток. Метадоновый абстинентный синдром обычно длится не более 4 суток.

Симптомы абстинентного синдрома у новорожденных различаются по тяжести и продолжительности и включают:

- 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 симптомами абстиненции, мать которого употребляла наркотики или подозревается в их употреблении, тяжесть абстинентного синдрома необходимо оценивать каждые 4 часа. Оценку тяжести нужно проводить по одной и той же системе (см. Приложение 3 по оценке тяжести признаков и симптомов абстинентного синдрома у новорожденных в баллах). На основании этой оценки подбирают дозы препаратов для лечения абстинентного синдрома (см. табл. 8 ниже).

7.1.2. Лечение абстинентного синдрома у новорожденных

Основная цель лечения абстинентного синдрома у новорожденного — обеспечить ему покой, полноценный сон и питание; лечение не приводит к устранению всех симптомов. Лечение проводится поэтапно.

- Первый этап — поддерживающая терапия: спокойная обстановка (тихое помещение, неяркое освещение, тугое пеленание, укачивание на руках или в кроватке, соска-пустышка), частое кормление малыми порциями (по требованию), отсутствие резких перемен в окружающей обстановке. Если симптомы усиливаются, переходят ко второму этапу.
- Второй этап — медикаментозное лечение. Препарат выбора — раствор фенobarбитала. Если этот препарат не дает эффекта или развиваются судороги, вместо него назначают раствор морфина. Лечебные дозы препаратов варьируют в зависимости от балльной оценки абстинентного синдрома (см. табл. 9 и Приложение 5).

Иногда может наблюдаться очень сильная рвота; в этом случае необходимо временно заменить назначенный препарат хлорпромазином (2—3 мг/кг/сут 3—4 раза в/м).

Для случаев, когда синдром отмены обусловлен не-опиоидными наркотиками и субстанциями (например, бензодиазепины, барбитураты, алкоголь), препаратом по выбору является фенobarбитал .

При лечении синдрома отмены, обусловленного приемом барбитуратов, после того, как сумма баллов по шкале Финнегана (см таблицу 10) снизится ниже уровня начала лечения и будет оставаться на том же уровне в течение 48 часов, то дозу необходимо уменьшать на 2 мг за прием каждый 4-й день или более, в зависимости от суммы баллов. При лечении синдрома отмены, обусловленного приемом бензодиазепинов, уменьшение дозы можно осуществить раньше, после стабилизации симптомов абстиненции. Аптека должна изготовить водный раствор морфина 0,5 мг/мл.

Таблица 9. Режим назначения фенобарбитала новорожденному

Сумма баллов по шкале Финнегана (каждые 4 часа)	Режим мониторинга и лечения
≥8 по результатам трех оценок	Фенобарбитал 15 мг/кг, насыщающая доза за один раз вовнутрь, далее 6 мг/кг/сутки за 2 приема вовнутрь
Если сумма баллов остается на уровне ≥8 на фоне приема фенобарбитала 6 мг/кг/сутки	Фенобарбитал 8 мг/кг/сутки за 2 приема вовнутрь
Если сумма баллов остается на уровне ≥8 на фоне приема фенобарбитала 8 мг/кг/сутки	Фенобарбитал 10 мг/кг/сутки за 2 приема вовнутрь
Когда дети получают 10 мг/кг/сутки	Ведение непрерывного кардиореспираторного мониторинга

Таблица 10. Режим назначения морфина новорожденному

Сумма баллов по шкале Финнегана (каждые 4 часа)	Режим мониторинга и лечения
≥8 по результатам трех оценок	Морфин 0,5 мг/кг/сутки за 4 приема вовнутрь
Если сумма баллов остается на уровне ≥8 на фоне приема морфина 0,5 мг/кг/сутки	Морфин 0,7 мг/кг/сутки за 4 приема вовнутрь
Если сумма баллов остается на уровне ≥8 на фоне приема морфина 0,7 мг/кг/сутки	Морфин 0,9 мг/кг/сутки за 4 приема вовнутрь
Когда дети получают 0,9 мг/кг/сутки	Ведение непрерывного кардиореспираторного мониторинга

После того, как сумма баллов снизится ниже 8 в течение как минимум 48 часов, необходимо постепенно уменьшать дозу на 0,1 мл (0,05 мг) в каждой дозе с периодичностью в каждые 4 дня или более, в зависимости от суммы баллов по шкале Финнегана.

7.1.3. Оказание помощи ребенку с рвотой. Во-первых, необходимо убедиться, что ребенка не перекармливают, и что ребенок находится в правильной позиции во время и после кормления. Морфин необходимо давать перед кормлением. Если объем рвоты у ребенка после приема морфина большой, то:

- Если рвота имела место в промежутке 10 минут после приема морфина – необходимо повторить прием лекарства.
- Если рвота имела место после 10 минут – повторить ½ дозы
- Если рвота появляется после кормления – не повторять прием

8. Выбор метода вскармливания новорожденного.

Грудное молоко ВИЧ-инфицированной женщины содержит вирус, таким образом, может быть источником заражения ребенка во время его вскармливания. Риск инфицирования при грудном вскармливании возрастает при наличии воспалительных заболеваний молочных желез, продвинутой стадии инфекции у матери и патологических состояний желудочно-кишечного тракта у ребенка (стоматиты, гастроэнтероколиты и т.п.). Для предупреждения передачи ВИЧ ребенку рекомендуется исключить грудное вскармливание и заменить искусственными молочными смесями, если это приемлемо, осуществимо, доступно непрерывно и безопасно:

- приемлемо означает, что женщина допускает возможность применения заменителей грудного молока.
- осуществимо – имеет возможности для приготовления молочной смеси и кормления ею ребенка.
- доступно – имеет возможность приобрести молочную смесь;
- непрерывно – имеется возможность в постоянном обеспечении смесями.
- безопасно – отсутствует риск в применении смесей, т.е. вскармливание молочными смесями не будет приводить к развитию заболеваний у ребенка.

Иначе, грудное вскармливание должно быть рекомендовано в течение первых нескольких месяцев жизни и быть прекращено, как можно скорее при появлении условий для замены грудного молока. Исключительное грудное вскармливание означает применение исключительно грудного молока, без применения воды, молочных смесей. Смешанное вскармливание недопустимо, т.к. повышает риск инфицирования ребенка по сравнению с исключительно грудным вскармливанием у матерей с ВИЧ инфекцией из-за увеличения риска травматизации слизистой кишечника новорожденного ребенка.

Матерей необходимо информировать о преимуществах и недостатках грудного и искусственного вскармливания в связи с ВИЧ-инфекцией, и поощрять к принятию полностью информированного решения о вскармливании своего ребенка. Первое консультирование должно состояться на ранних этапах беременности. Повторные консультирования должны проходить непосредственно и сразу после рождения ребенка, а также на всех этапах наблюдения за ребенком в течение первого года жизни. После проведенного консультирования, окончательное право о методе вскармливания остается за женщиной.

В отдельных случаях при отказе женщины от искусственного вскармливания возможно применение грудного вскармливания как альтернативного метода.

Этапы консультирования женщин с ВИЧ по вопросам выбора метода вскармливания ребенка:

1. Рассказать о риске ПМР.
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 с женщиной, выяснив ее особенности проживания и отношения в семье. Поддержать женщину в принятом решении, предоставив информацию о способах снижения возможных рисков, связанных с выбранным методом кормления.
5. Продемонстрировать основные приемы, необходимые для кормления ребенка данным методом. Во время пребывания в родильном отделении персонал должен обучить и убедиться в том, что женщина правильно выполняет выбранный ею метод 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 матерей, живущих с ВИЧ, обеспечиваются заменителями грудного молока до достижения возраста одного года за счет средств республиканского и местного бюджетов.

9. Уход и наблюдение за женщиной с ВИЧ во время беременности и послеродовом периоде.

Медицинское обследование беременной, включающее определение иммунного статуса, вирусной нагрузки и стадии заболевания ВИЧ, проводится в центре по профилактике и борьбе со СПИД. Специалистом центра определяются, назначаются и выдаются антиретровирусные препараты (АРВ), контролируются- соблюдение приверженности к приему препаратов, возможные побочные эффекты. Ведение беременности и родов специалист центра обсуждает с акушер-гинекологом, наблюдающим женщину. Определяется учреждение, где будут проводиться роды и метод родоразрешения, дата плановой госпитализации, проводится консультирование о важности искусственного вскармливания для профилактики ПМР. На этом этапе к обсуждению привлекается акушер-гинеколог стационара, где будут проводиться роды.

9.1. Консультирование по послеродовой контрацепции

Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой женщины или пары и учитывать стадию ВИЧ-инфекции, лечение, образ жизни и личные пожелания.

- Использование латексных презервативов - остается предпочтительным методом предупреждения нежелательной беременности и профилактики передачи ВИЧ и ИППП, т.е. происходит двойная защита.
- Хирургическая стерилизация. 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-инфицированных и не инфицированных ВИЧ пациентов одинаковы.
- Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт характеризуются высокой частотой неудач из-за типичных ошибок при их использовании, поэтому не следует рекомендовать эти методы как ВИЧ-инфицированным, так и не инфицированным ВИЧ женщинам.
- Метод лактационной аменореи – неприемлем, т.к. ВИЧ-инфицированным не рекомендуется грудное вскармливание.
- ВМС и гормональные контрацептивы усиливают риск развития ВИЧ и поэтому не рекомендуются.

10. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных.

Обследование ребенка на ВИЧ проводится методами ПЦР ДНК и РНК, ИФА и иммуноблоттингом. Установленные сроки обследования:

ПЦР ДНК – первый тест в возрасте 1-2 месяцев, в случае отрицательного результата второе исследование проводится в 3-4 месяца. При получении положительного повторное исследование назначается сразу. Материал для исследования – цельная кровь. При грудном вскармливании лабораторная диагностика проводится через 6 недель после полного прекращения контакта ребенка с грудным молоком.

ПЦР РНК, проводится при получении двух положительных результатов ПЦР ДНК. Материал для исследования – плазма.

При получении двух отрицательных результатов ПЦР ДНК предварительно можно сделать заключение, что у ребенка отсутствует ВИЧ-инфекция. Для окончательного подтверждения необходимо провести исследование сыворотки крови ребенка методом ИФА в возрасте 12 месяцев. Отрицательный результат свидетельствует об

отсутствии антител к ВИЧ. При получении положительного результата проводится повторное исследование методом ИФА в возрасте 18 месяцев. Подтверждение положительного результата ИФА проводится методом иммуноблоттинга.

Если при исследовании методом ИФА у ребенка не обнаружены антитела к ВИЧ, то результат трактуется, как отрицательный и дальнейшее наблюдение осуществляется, ведение здорового ребенка.

Диагноз ВИЧ-инфекция устанавливается на основании двух положительных результатов ПЦР ДНК и одного результата ПЦР РНК (вирусной нагрузки). Наличие антител к ВИЧ у ребенка старше 18 месяцев свидетельствует о ВИЧ инфекции. Подтверждение положительного результата ИФА в иммунном блоттинге свидетельствует о наличии ВИЧ инфекции у ребенка.

11. Иммунизация

Всех детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, не имеющих симптомов ВИЧ-инфекции, необходимо вакцинировать против туберкулеза (вакцина БЦЖ) в роддоме по тому же графику, как и других новорожденных. Если были противопоказания то иммунизацию БЦЖ необходимо провести до 4 недель жизни, если нет медицинских отводов. Если иммунизация не проведена в эти сроки, вакцинация БЦЖ проводится в 1 год, после реакции Манту. Другие прививки проводят в соответствии с национальной программой иммунизации.

12. Профилактика пневмоцистной пневмонии

Профилактика пневмоцистной пневмонии показана всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами. Ее продолжительность должна составлять не менее 6 месяцев или до окончательного исключения ВИЧ-инфекции у ребенка (предпочтительно). Профилактику назначают в возрасте 4-6 недель. Рекомендуемая схема: сироп триметоприм/сульфаметоксазол 40/200 мг в 5 мл назначается внутрь ежедневно по 2,5 мл для детей младше 6 месяцев или с массой тела менее 5 кг; а для детей старше 6 месяцев и до 5 летнего возраста по 5 мл ежедневно. Профилактика проводится до установления отрицательного ВИЧ статуса ребенка. Детям с окончательным диагнозом ВИЧ-инфекции профилактику пневмоцистной пневмонии продолжают до возраста 12 месяцев.

13. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях

Данные, которые должны быть собраны в соответствии с прилагаемым минимальным перечнем, имеют большое значение для разработки основных индикаторов доступности и эффективности услуг по ППМР. Такие индикаторы помогут организаторам здравоохранения в принятии решений, касающихся мер, необходимых для укрепления и расширения соответствующих служб для того, чтобы сделать их доступными всем женщинам, которые в них нуждаются. Следующие данные должны собираться в каждом медицинском учреждении на регулярной основе (напр., раз в месяц, квартал или полугодие).

В службах дородовой помощи:

- число беременных;
- число беременных, прошедших тестирование на ВИЧ;
- число беременных с положительным результатом тестирования на ВИЧ;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, которым был проведен медицинский аборт;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, получавших АРВ-профилактику во время беременности;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, потребляющих инъекционные наркотики и страдающих опиоидной зависимостью;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, получающих ЗТО;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, получающих ЗТО и АРВ-профилактику.

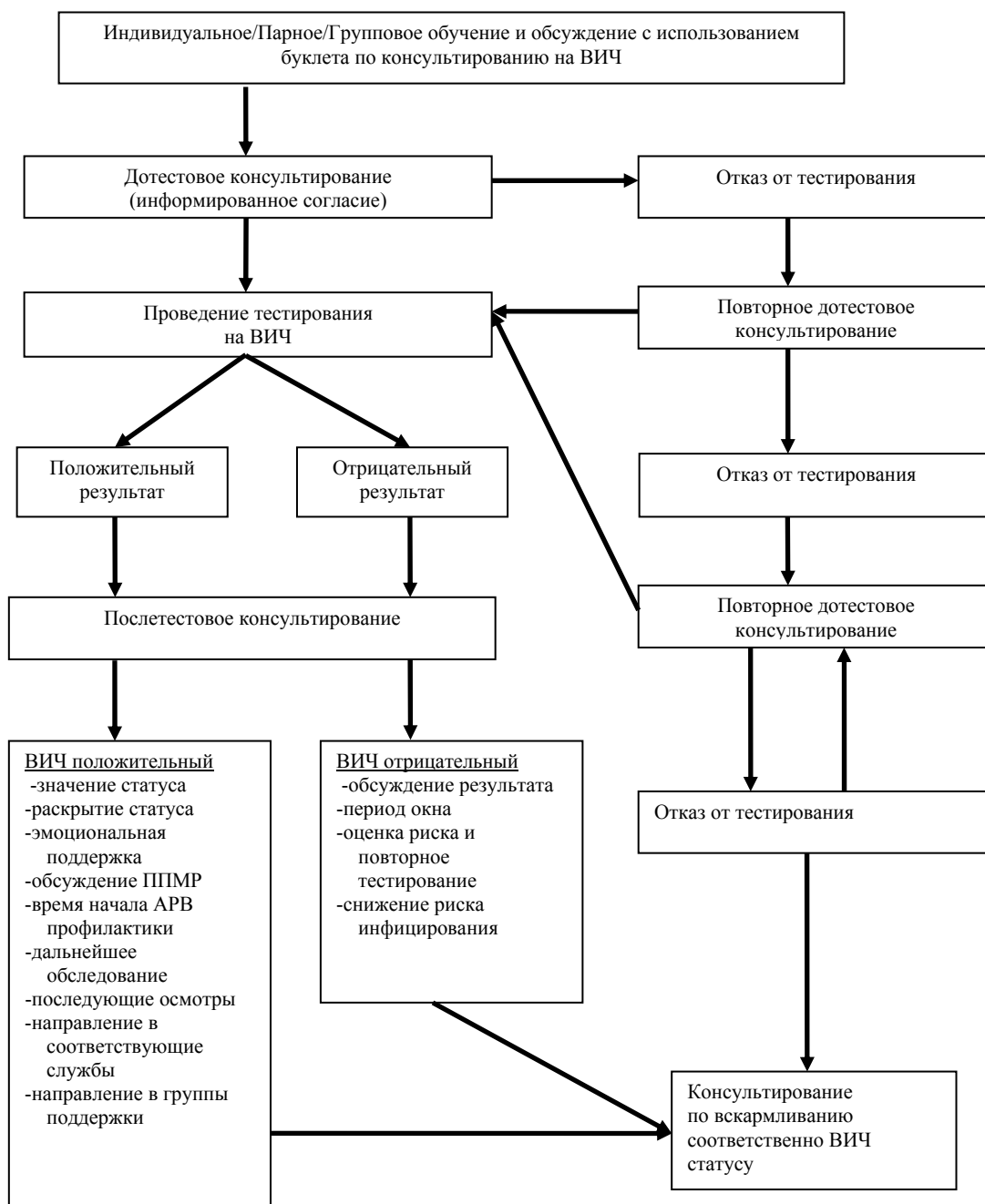
В роддоме:

- число поступивших ВИЧ-инфицированных беременных;
- число поступивших беременных, не прошедших тестирования на ВИЧ во время беременности;
- у скольких из них проведено экспресс-тестирование на ВИЧ;
- у скольких из них получен положительный результат;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, не получавших во время беременности АРВ-профилактику;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, получавших АРВ - профилактику во время родов;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, потребляющих инъекционные наркотики и имеющих опиоидную зависимость;
- сколько из них получали ЗТО во время родов;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, родивших естественным путем;
- число ВИЧ-инфицированных беременных, у которых выполнено кесарево сечение;
- число новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей;
- сколько из них получали АРВ-профилактику;
- сколько из них получали искусственное вскармливание;

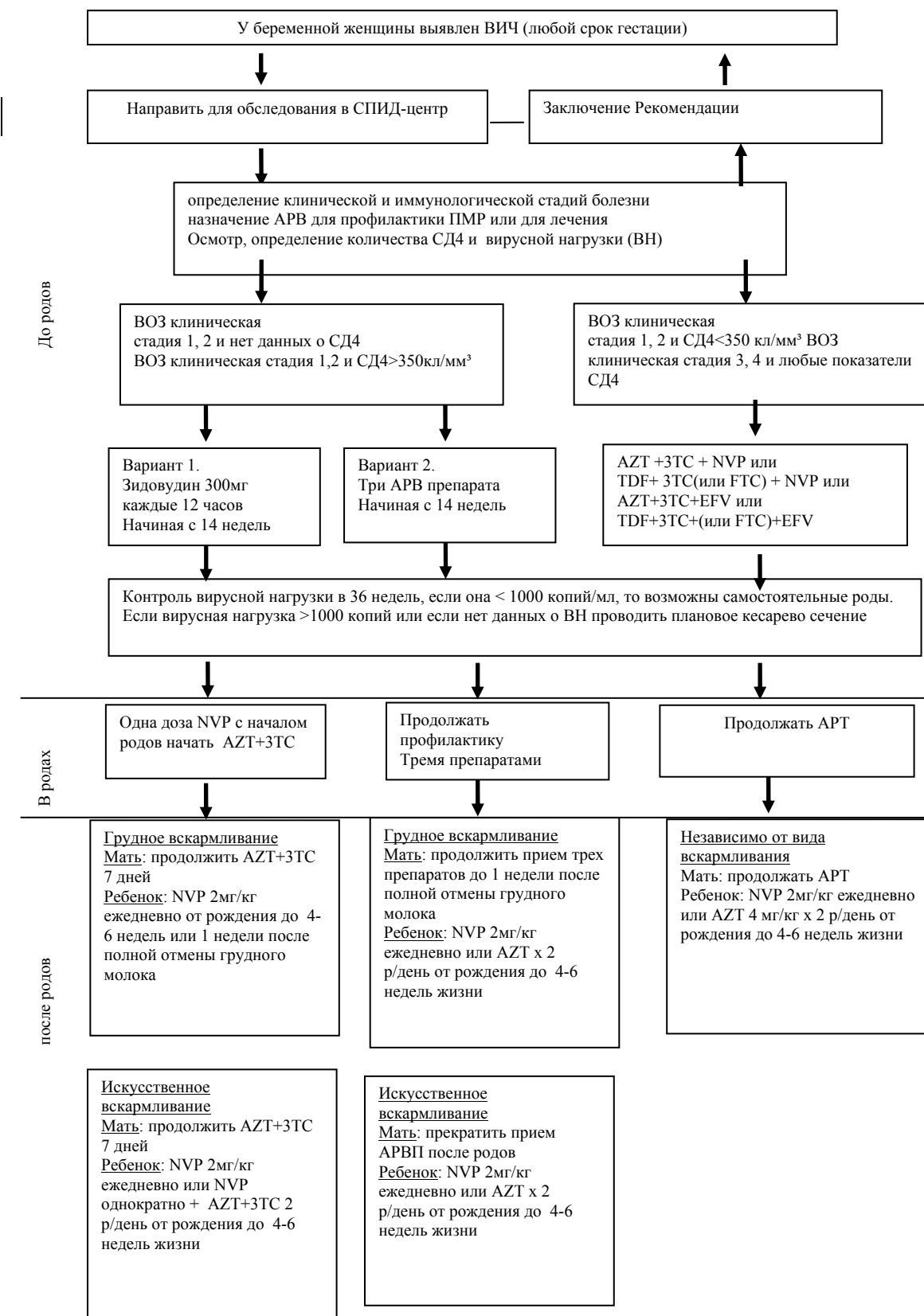
- сколько из них получали исключительно грудное вскармливание;
- число ВИЧ-инфицированных новорожденных, которые родились от ВИЧ-инфицированных матерей и которым диагноз был поставлен методами ПЦР, ИФА и ИБ;
- число новорожденных, рожденных матерями с опиоидной зависимостью;
- число новорожденных, получавших лечение абстинентного синдрома.

Приложение 1.

Алгоритм процесса рутинного тестирования на ВИЧ у беременных женщин и их партнеров в ЛПУ



Приложение 2.
Алгоритм профилактики вертикальной передачи ВИЧ



Приложение 3.

Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ

Следующие вопросы касаются симптомов, связанных с употреблением вами героина или других опиоидов, по поводу чего вы сейчас проходите лечение. Вопросы относятся к периоду времени, непосредственно предшествовавшему началу вашей текущей терапии. [В следующих пунктах замените, где подходит, слово «вещество» на название употребляемого вами опиоида.]

1. Испытывали ли вы сильную тягу или непреодолимое влечение к употреблению <i>вещества</i> ?	Да	Нет
2. Вам было трудно (или невозможно) контролировать употребление <i>вещества</i> ?	Да	Нет
3. Возникали ли у вас симптомы отмены после того, как вы некоторое время обходились без приема <i>вещества</i> ?	Да	Нет
4. Приходилось ли вам употреблять <i>вещество</i> для облегчения или снятия симптомов отмены?	Да	Нет
5. Замечали ли вы, что вам требуется более высокая доза <i>вещества</i> для достижения того же физического и психического эффекта («привыкание»)?	Да	Нет
6. Не появлялось ли у вас по прошествии времени стремления разнообразить характер употребления <i>вещества</i> ?	Да	Нет
7. Отказывались ли вы постепенно от других удовольствий и интересов, предпочитая прием <i>вещества</i> ?	Да	Нет
8. Ощущали ли вы, что употребление <i>вещества</i> наносит вам психический и физический вред?	Да	Нет
9. Вы продолжали употреблять <i>вещество</i> , 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: _____

Приложение 4.

Признаки и симптомы, указывающие на возможную зависимость или ее осложнения

- Общие признаки: Запах алкоголя изо рта Запах марихуаны от одежды Запах табака или дыма изо рта или от одежды Недостаточность питания Неопрятность

- Поведение

Поведение, свидетельствующее об опьянении Невнятная речь Нетвердая походка Почесывание

- Кожа:

Признаки физической травмы Синяки Порезы Царапины Ожоги Следы от уколов иглы Абсцессы Флегмона Желтуха Покраснение ладоней Выпадение волос Потливость Сыпь Отек кистей

- Голова, глаза, уши, нос, горло

Раздражение или инъекция конъюнктивы Воспаление слизистой носа Перфорированная носовая перегородка Бледная носовая перегородка Болезненность придаточных пазух Заболевания десен, гингивит Изъязвления десен Ринит Синусит Бледность слизистых Ожоги в ротовой полости

- Желудочно-кишечный тракт

Гепатомегалия Болезненность печени Положительная проба на скрытую кровь в кале

Приложение 5.

Оценка тяжести абстинентного синдрома у новорожденных в баллах

х	
Признак или симптом	Баллы
<i>Нарушения со стороны ЦНС</i>	
Пронзительный плач	2
Продолжительный пронзительный плач	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 возбуждении	1
Умеренный и сильный тремор при возбуждении	2
Легкий тремор в состоянии покоя	3
Умеренный и сильный тремор в состоянии покоя	4
Гипертонус мышц	2
Экскориации (специфические области)	1
Миоклонии	3
Генерализованные судороги	5
<i>Метаболические, вазомоторные, дыхательные нарушения</i>	
Потливость	1
Лихорадка 37,2—38,2°C	1
Лихорадка 38,4°C и выше	2
Частое зевание (>3—4 раз)	1
Мраморный рисунок кожи	1
Заложенность носа	1
Чихание >3—4 раз	1
Раздувание крыльев носа	2
Частота дыхания >60 в мин	1
Частота дыхания >60 в мин с втяжением податливых участков грудной клетки	2
<i>Желудочно-кишечные нарушения</i>	
Чрезмерно жадное сосание	1
Вялое сосание при кормлении, быстрое насыщение	2
Частое срыгивание	2
Рвота фонтаном	3
Жидкий стул	2
Водянистый стул	3

Приложение 6.

Препараты, которые применяются для лечения зависимости от психоактивных веществ у беременных

Препарат	Дозы	Побочные эффекты	Примечания
<i>Опиоидная зависимость</i>			
Клонидин	0,1—0,2 мг каждые 4—6 часов, наблюдать на предмет абстинентного синдрома	Артериальная гипотония, сонливость	Более эффективен при соматических, чем при психических симптомах; требуются дополнительные препараты
Налтрексон	50 мг/сут, либо по 100 мг в понедельник и среду и 150 мг в пятницу	Боль в животе, повышение активности печеночных ферментов у пациенток старше 40 лет	Лечение абстинентного синдрома и поддерживающая терапия; назначать не раньше, чем через неделю после последнего употребления опиоидов
Бупренорфин	Начинать с 2—4 мг, в первые сутки дозу можно повысить до 8 мг; во вторые сутки в зависимости от симптомов дозу можно повысить до 16 мг/сут; затем дозу можно повышать на 8 мг через день; обычно более эффективна доза >60 мг/сут	Легкий абстинентный синдром, запор, сонливость	Лечение абстинентного синдрома и поддерживающая терапия; применяется только в условиях клиники; назначать не раньше, чем через 24 часа после последнего употребления опиоидов
Метадон	Дозы >60 мг обычно более эффективны	Сонливость, запор, снижение полового влечения, отек лодыжек	Заместительная терапия опиоидной зависимости; применяется только в рамках лицензированных программ наркологического лечения

Никотиновая зависимость

Пластыри с никотином	4 недели по 21 мг/сут, затем 2 недели по 14 мг/сут, затем 2 недели по 7 мг/сут (Никодерм CQ); или 15 мг/16 ч (Никотрол) в течение 8 недель	Ограниченное раздражение кожи, бессонница	У выкуривающих <10 сигарет в сутки дозу снижают; место для наклеивания пластыря меняют ежедневно
Жевательная резинка с никотином	Для выкуривающих <25 сигарет в день — 2 мг, для выкуривающих >25 сигарет в день — 4 мг	Боль во рту, боль при жевании, икота, диспепсия	Жевать резинку по часам (каждые 1—2 ч), а не по необходимости; не есть и не пить и за 15 минут до и во время жевания резинки
Бупропион (амфебутамон) с замедленным высвобождением	Начинать со 150 мг утром в течение 3 суток за 1 неделю до отказа от курения; затем принимать по 150 мг 2 раза в сутки в течение 7—12 недель; лечение можно продолжать до 6 месяцев	Бессонница и сухость во рту; противопоказан при судорожных припадках, расстройствах пищевого поведения или черепно-мозговой травме в анамнезе; препарат нельзя назначать больным, принимавшим в последние 15 дней ингибиторы моноаминоксидазы; по классификации безопасности препаратов для беременных препарат относится к классу B ^a	По рецепту; вариант для тех пациенток, которые отказываются от заместительной терапии никотином

Алкогольный абстинентный синдром

Хлордиазепоксид	Разовая доза 25—100 мг	Сонливость, головокружение, атаксия, спутанность сознания	Большой период полувыведения; можно дать ударную дозу для уменьшения симптомов, а затем препарат отменить
-----------------	------------------------	---	---

VII. Антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у детей

1. Введение

Регистрируемый в европейских странах рост числа ВИЧ-инфекции у детей требует неотложных действий, направленных на улучшение их выживаемости и качества жизни.

Ключевой компонент лечения и помощи при ВИЧ-инфекции у детей — расширение доступа и предоставление антиретровирусной терапии (АРТ). Правильно подобранные и своевременно назначенные антиретровирусные препараты (АРВ-препараты) повышают продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированных детей, обеспечивают возможности их полноценного роста и развития.

У детей АРТ преследует те же цели, что и у взрослых и подростков:

- клинические: продление жизни и улучшение ее качества (Протокол 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*»);
- иммунологические: предотвращение разрушения и/или восстановление иммунной системы;
- вирусологические: угнетение репродукции вируса и достижение неопределяемого уровня вирусной нагрузки;
- эпидемические — предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ инфекции, в том числе среди детского населения.

2. Основные принципы медицинской помощи и антиретровирусной терапии у детей с ВИЧ-инфекцией:

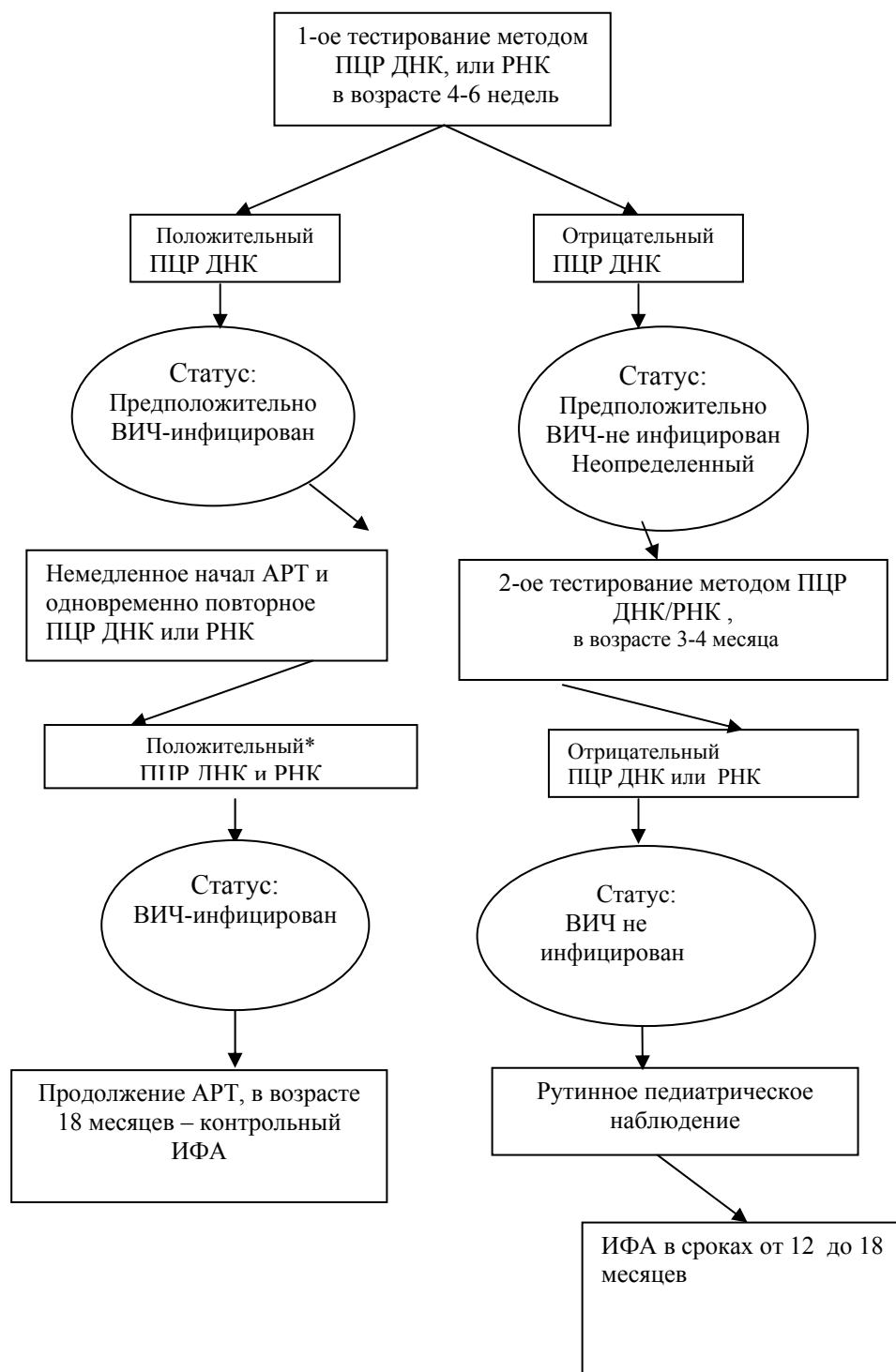
- Обеспечение своевременного установления ВИЧ-статуса у ребенка и определения стадии ВИЧ-инфекции.
- Обеспечение доступа к общей и специализированной медицинской помощи, программам реабилитации и оздоровления.
- АРТ должна быть частью комплексной помощи ВИЧ-инфицированным детям, с гарантированным бесперебойным доступом к АРТ и своевременному назначению антиретровирусной терапии.
- АРТ должна быть последовательно связана с мероприятиями протокола 10 «*Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку*».
- Мультидисциплинарный подход, комплексность и децентрализация медицинской помощи:
 - рутинное педиатрическое наблюдение должны оказывать педиатры и врачи общей практики;
 - для наблюдения за течением ВИЧ-инфекции и оценки показаний к АРТ педиатры и врачи общей практики должны тесно сотрудничать со специалистами по ВИЧ-инфекции у детей и своевременно направлять к ним детей для подготовки и начала АРТ;
 - обеспечение психосоциального сопровождения, формирование и поддержание приверженности к медицинскому наблюдению и АРТ, организация ухода и поддержки детей и семей, в которых они воспитываются;
 - необходимо обеспечить преемственность помощи в детском и подростковом возрасте. (Протокол «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*»).
- Конфиденциальность информации о ВИЧ-инфицированном ребенке

3. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей моложе 18 мес.

3.1. Диагностика у детей, находящихся на искусственном вскармливании. (См. алгоритм ниже)

Рис. 1. Вирусологическая диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев, рожденных

ВИЧ-инфицированными матерями и находящихся на искусственном вскармливании



* Подтверждающий тест проводят с новым образцом.

3.2. Диагностика у младенцев, находящихся на грудном вскармливании

В соответствии с рекомендациями Европейского бюро ВОЗ, младенцам, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, рекомендуется получать искусственное вскармливание, если оно приемлемо, доступно, безопасно, есть в наличии и устойчиво. Но вместе с тем, окончательный выбор остается за женщиной.

Если возможностей для искусственного вскармливания нет, и ребенок получает грудное вскармливание, вирусологическое исследование проводится в те же сроки, что и в случае искусственного вскармливания. Если результат отрицательный, повторное тестирование проводится раз в три месяца. В случае отрицательного результата, подтверждающее тестирование, что ребенок не инфицирован ВИЧ, нужно провести не ранее чем через 6 недель после полного прекращения кормления грудью.

3.3. Диагностика у младенцев, подвергавшихся воздействию АРВ-препаратов в процессе ППМР

- Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) с помощью АРВ препаратов не влияет на результаты исследования на ДНК ВИЧ, так как вирусная ДНК продолжает выявляться в мононуклеарах периферической крови инфицированного ребенка.
- ППМР с помощью АРВ-препаратов может снижать чувствительность исследования на РНК ВИЧ. Поэтому, если РНК ВИЧ у ребенка, получающего профилактическое лечение, не обнаружена, исследование повторяют не раньше чем через 2 нед после его окончания.
- АРТ у матери на выявление у ребенка вирусной ДНК не влияет

4. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей в возрасте ≥ 18 месяцев

- У детей ≥ 18 месяцев (с установленным и не установленным риском заражения ВИЧ) окончательный диагноз можно поставить с помощью исследования на антитела (ИФА или экспресс-тест) плюс иммуноблоттинг.
- Некоторые заболевания крайне редко встречаются у детей не инфицированных ВИЧ (пневмоцистная пневмония, кандидозный эзофагит, лимфоидная интерстициальная пневмония, саркома Капоши, криптококковый менингит). Эти и другие заболевания, (клинические стадии ВИЧ-инфекции 3 и 4) могут указывать на ВИЧ-инфекцию и требуют исследования на антитела к ВИЧ.

5. Ведение ВИЧ-инфицированных детей

5.1. Клинические и лабораторные исследования у ВИЧ-инфицированных детей

Каждый ребенок с диагностированной ВИЧ-инфекцией должен пройти клиническое и лабораторное обследование для определения клинической стадии ВИЧ-инфекции, степени иммунодефицита и показаний к АРТ, а также выявления сопутствующих заболеваний или состояний, требующих внимания. При первичном обследовании ребенка также решают вопрос о профилактическом назначении котримоксазола (ТМП/СМК); проводится консультирование с целью поддержки ребенка, родителей и других ухаживающих за ребенком лиц. За ВИЧ-инфицированным ребенком устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства врачом педиатром детской поликлиники и специалистом центра СПИД.

У детей ВИЧ-инфекция прогрессирует быстрее, чем у взрослых. Прогнозировать течение болезни по уровню вирусной РНК трудно, особенно у младенцев. При клиническом и лабораторном обследовании ребенка с ВИЧ/СПИДом необходимо оценить текущие симптомы, чтобы определить клиническую стадию ВИЧ-инфекции:

- выявить контакты и оценить риск коинфекции (туберкулез, гепатиты В и С);
- выявить сопутствующие заболевания и выяснить, какие препараты используются для их лечения;
- собрать анамнез, касающийся приема АРВ-препаратов, включая АРВ-препараты для профилактики ППМР;
- провести лабораторные исследования:
 - общий анализ крови;
 - число лимфоцитов СД4 (абсолютное, а у детей <6 лет еще и долю от общего числа лимфоцитов);
 - активность печеночных ферментов (АлА Т, АсА Т);
 - дополнительные исследования: уровни билирубина, креатинина и глюкозы, анализ мочи;
 - исследования на туберкулез, гепатиты В и С (при наличии факторов риска);
 - тест на беременность у девочек-подростков.

Другие данные, которые нужно собрать во время визита:

- антропометрические данные: вес, рост, окружность головы;
- статус питания, включая:
- вид и количество пищи, получаемой ребенком;
- аппетит, длительность кормлений;
- проблемы при кормлении;
- кто из ухаживающих за ребенком лиц кормит ребенка.

- социальные условия:
 - общие санитарные условия, наличие безопасной воды и холодильника для хранения лекарств;
 - выясняется, кто из членов семьи и ухаживающих за ребенком лиц может следить за соблюдением назначений;
- психологическое состояние ребенка и ухаживающих за ним лиц; оценка нервно-психического развития ребенка.

5.2. Поддержка питания

Поддержка питания необходима уже на ранних стадиях заболевания, цель которой – обеспечить достаточное поступление питательных веществ и микроэлементов.

У детей с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции рекомендуется повысить калорийность рациона на 10% от нормы для данного возраста и пола.

У детей с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и реконвалесцентов после острых инфекций, калорийность рациона нужно увеличить на 20-30% от нормы.

У детей в клинической стадии СПИДа нередко имеется непереносимость лактозы и белков коровьего молока (БКМ). В таких случаях рекомендуется использовать молочные смеси, не содержащие лактозы и БКМ.

5.3. Консультирование лиц, ухаживающих за ребенком

Соблюдение режима АРТ – залог успешного лечения. Перед началом АРТ родителей и ухаживающих лиц необходимо проконсультировать по ряду вопросов.

Цели консультирования:

- убедить в необходимости и неукоснительном соблюдении режима лечения;
- выявить проблемы, ухудшающие приверженность лечению и помочь в их устранении;
- разъяснить пациенту и ухаживающим лицам о необходимости принятия не менее 95% доз предписанных лекарств, для предотвращения лекарственной устойчивости;
- рассказать о возможных побочных эффектах АРВ-препаратов и тактике по их устранению;
- важность регулярных осмотров ребенка лечащим врачом и своевременной явки на прием в назначенные лечащим врачом сроки;
- направление в службы социальной и правовой помощи, в группы поддержки.

5.4. Антиретровирусная терапия у детей

У детей в возрасте младше 2-х лет, АРТ начинают вне зависимости от уровней CD4 лимфоцитов и стадии заболевания, сразу после первого положительного ПЦР теста на ВИЧ.

У детей в возрасте старше 2-х лет АРТ нужно начинать при появлении симптомов заболевания, указывающего на III или IV стадию заболевания по классификации ВОЗ, либо при развитии определенной степени тяжести иммунодефицита (определяется доля лимфоцитов с учетом возраста ребенка).

Критерии для начала АРТ у детей

Таблица 1

Клиническая стадия ВИЧ-инфекции (ВОЗ)	Рекомендации по лечению в зависимости от возраста	
	<24 месяцев ^а	≥24 месяцев
1	Лечить всех	В зависимости от содержания лимфоцитов CD4 ^б
2	Лечить всех	В зависимости от содержания лимфоцитов CD4 ^б
3	Лечить всех	
4	Лечить всех	
Источники: адаптировано из Всемирных рекомендаций ВОЗ, 2010 .		
^б Содержание лимфоцитов CD4, при котором показана АРТ, см. в Табл. 2.		

5.4.1. Иммунологические критерии для начала АРТ в зависимости от возраста

Иммунологические маркеры играют вспомогательную роль и должны использоваться в сочетании с клиническими показаниями.

Пороговые уровни лимфоцитов CD4, указывающие на тяжелый иммунодефицит, при которых показана АРТ приведены в Таблице 1. В целом, у детей до 5 лет более точным маркером служит доля лимфоцитов CD4, а у детей старше 5 лет - число лимфоцитов CD4.

Если долю лимфоцитов CD4 определить нельзя, можно исходить из абсолютного числа лимфоцитов. У детей 5 лет и старше пороговым можно считать такой же уровень, как у взрослых - 350/мкл. При падении числа лимфоцитов ниже 350/мкл существенно повышается риск СПИДа, поэтому лучше этого не допускать.

Нельзя допускать снижения числа лимфоцитов CD4 ниже порогового уровня, так как при этом значительно повышается риск прогрессирования болезни и смертность. При пороговых уровнях лимфоцитов CD4 АРТ следует начинать независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Если у ребенка туберкулез легких, то по уровню лимфоцитов CD4 и клиническому статусу нужно решить, следует ли АРТ начинать немедленно или ее можно отложить, следуя Протоколу «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией»).

Классификация ВОЗ иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией у детей, приводится в Приложении VII А.

Критерии для начала АРТ, основанные на показателях CD4

Таблица 2

Иммунологический маркер	Пороговые значения CD4, при которых рекомендуется начинать АРТ		
	<2 лет	≥2 лет и < 5 лет	≥5 лет ^а
Доля лимфоцитов CD4 и/или число лимфоцитов CD4	Лечить всех независимо от уровня CD4	≤25% (≤750/мкл)	≤350 /мкл
^а С пятилетнего возраста более точным показанием для начала АРТ служит число лимфоцитов CD4.			
Источник: адаптировано из рекомендаций ВОЗ, 2010 .			

ВН – это показатель ответа на лечение, поэтому ее следует измерить до лечения и через 3 месяца от начала терапии

При неопределяемом уровне ВН или снижении в 2 и более раз, кратность обследования на ВН – 1 раз в 6 месяцев. Цель лечения - снизить ВН до неопределяемого уровня (сегодня пороговым уровнем обычно считается <50 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы, при котором репликация вируса прекращается и снижается вероятность развития устойчивости к применяемой схеме АРТ.

5.4.2. Схемы ВААРТ первого ряда

Выбор схемы ВААРТ первого ряда у детей строится по тем же принципам, что и у взрослых, но дополнительно необходимо учитывать:

- возраст ребенка;
- пригодность лекарственных форм для детей;
- побочные эффекты;
- возможности выбора препаратов в будущем;
- ожидаемую приверженность лечению;
- сопутствующие заболевания и состояния (инфекции, нарушения питания, метаболические нарушения);
- возможность наступления беременности у девочек-подростков;
- возможные лекарственные взаимодействия.

Если невозможно провести исследование лекарственной устойчивости у детей, подвергавшихся воздействию АРВ-препаратов в процессе ППМР, используют стандартные схемы АРТ первого ряда (табл. 3).

Схемы АРТ первого ряда для детей

Таблица 3

Возраст	Классы АРВ-препаратов	Комбинации АРВ-препаратов
<3 лет (или масса тела <10 кг)	2 НИОТ + ННИОТ	абакавир (или зидовудин) + ламивудин ^а + невирапин ^б
≥3 лет	2 НИОТ + ННИОТ	Абакавир (или зидовудин) + ламивудин ^а + эфавиренз ^б
^а У детей, не подвергавшихся воздействию АРВ-препаратов, комбинация абакавир + ламивудин очень эффективна. Исследование PENTA 5 четко подтвердило преимущества этой схемы (http://www.ctu.mrc.ac.uk/penta/trials.htm). ^б Эфавиренз не рекомендуется детям <3 лет или с массой тела <10 кг; он также противопоказан девочкам постпубертатного возраста, ведущим половую жизнь без надежной контрацепции, или находящимся в первом триместре беременности. У детей старше 3 лет эфавиренз предпочтительнее невирапина. ^в Невирапин не рекомендуется девочкам постпубертатного возраста (у них лечение проводят по схемам для взрослых), у которых исходное число лимфоцитов CD4 >250/мкл.		

5.4.3. Схемы ВААРТ при особых обстоятельствах

В особых ситуациях для упрощения начального режима АРТ можно применять:

Схему из трех НИОТ, в частности, их можно назначать:

- беременным девочкам-подросткам с числом лимфоцитов СО4 >250/мкл, которым невирапин и эфавиренз противопоказаны;
- подросткам, у которых можно ожидать или подтверждено плохое соблюдение режима лечения (если есть возможность использовать для этой схемы комбинированный препарат с фиксированной дозировкой).

Альтернативные схемы АРТ

Таблица 4

Класс АРВ-препаратов	Комбинация АРВ-препаратов
3 НИОТ	Зидовудин + ламивудин + абакавир

Схема с ИП.

Показания к назначению ингибиторов протеаз в схеме первого ряда:

- повышение уровня трансаминаз до начала терапии в 2 и более раз
- коинфекции ВИЧ и гепатита В, С

5.4.4. АРТ у младенцев, подвергавшихся воздействию АРВ-препаратов

у ребенка существует вероятность развития устойчивости к некоторым АРВ препаратам в период внутриутробного развития, во время родов и после родов (при грудном вскармливании).

Ребенок может быть инфицирован устойчивым штаммом ВИЧ в следующих случаях:

- мать не получала АРВ-препаратов, но инфицирована устойчивым штаммом ВИЧ;
- мать получала АРВ-препараты до беременности;
- мать получала АРВ-препараты во время беременности для ППМР или для лечения ВИЧ-инфекции (АРТ).

Частота передачи устойчивых штаммов ВИЧ этими путями в точности не известна, поэтому у детей, подвергавшихся воздействию АРВ-препаратов, используют те же схемы АРТ, что и у детей, которые такому воздействию не подвергались.

Воздействие АРВ-препаратов, использовавшихся для ППМР

- Если для ППМР использовались невирапин, ламивудин или их комбинация, достаточно одной точечной мутации, чтобы возникла устойчивость к этим препаратам.
- Получение ребенком одной дозы невирапина или ламивудина или других АРВпрепаратов для ППМР не должно быть причиной отказа от назначения им необходимой АРТ.

Схема первого ряда АРТ у младенцев, подвергавшихся воздействию ННИОТ в перинатальном периоде

Возраст	Классы АРВ-препаратов	Комбинации АРВ-препаратов
Все возрастные группы	2 НИОТ + ИП	абакавир (или зидовудин) + ламивудин + лопинавир/ритонавир

Продолжающееся воздействие АРВ-препаратов, содержащихся в грудном молоке матери, получающей АРТ

- Некоторые АРВ-препараты (невирапин, зидовудин, ламивудин) проникают в грудное молоко, однако, их концентрация и количество, которое ребенок получает с грудным молоком, не достигают терапевтического уровня .
- Если у находящегося на грудном вскармливании ребенка имеются показания к АРТ,

ему нужно назначить АРВ-препараты в стандартных детских дозах независимо от того, получает мать АРТ или нет.

- В качестве схемы первого ряда рекомендуется стандартная комбинация 2 НИОТ + 1 ННИОТ.

5.4.5. Дозы АРВ-препаратов и их коррекция в зависимости от возраста

Не реже 1 раза в три месяца дозы АРВ-препаратов необходимо проверять и пересматривать в соответствии с массой тела ребенка, чтобы обеспечить достаточную концентрацию препаратов в крови и избежать развития лекарственной устойчивости. Дозы подсчитывают в мг/кг массы тела или в мг/м² на площади поверхности тела. Целесообразна клиническая практика округления доз в большую сторону (при такой тактике родителям легче дать ребенку нужную дозу). Лучше превысить дозу в пределах 10%, поскольку ребенок быстро растет.

5.4.6. Соблюдение режима лечения

Соблюдение режима лечения - решающее условие достижения клинической, иммунологической и вирусологической эффективности АРТ. Пациент должен принимать не менее 95% предписанных доз. Действия, направленные на улучшение соблюдения режима в начале лечения - разделы по консультированию лиц, осуществляющих уход за ребенком, мониторинг соблюдения режима.

Способы улучшения соблюдения режима лечения, основанные на подборе препаратов, включают:

- Выбор самых простых схемы АРТ для сокращения числа таблеток и приемов в течение суток;
- Соблюдение осторожности при назначении других препаратов во избежание лекарственных взаимодействий;
- Упрощение требований приема препаратов в зависимости от приема пищи; .
- Информирование пациента и ухаживающих за ним лиц о возможных побочных эффектах; предупреждение развития и лечение побочных эффектов;
- использование (по возможности) жидких лекарственных форм с приятным вкусом; если такая форма препаратов недоступна то следует использовать таблетки.

5.4.7. Неэффективность АРТ

Причины неэффективности лечения могут быть разными: плохое соблюдение режима лечения, неадекватные дозировки АРВ-препаратов, или их недостаточная активность, проблемы, связанные с фармакокинетикой. Делать выводы о неэффективности первой схемы терапии можно не раньше, чем через 24 недели лечения и при условии соблюдения режима пациентом. Клинические критерии неэффективности лечения должны подкрепляться иммунологическими данными (уровень лимфоцитов СД4).

Иммунологические критерии неэффективности АРТ

Критерием иммунологической неэффективности АРТ является число лимфоцитов СД4 после 24 недель от начала лечения при условии высокой приверженности к АРТ, у ребенка получающего лечение в возрасте от 2-х до 5 лет, менее, чем 200 клеток в 1 мл, или менее 10%. У ребенка в возрасте старше 5 лет при выше указанных условиях количество СД4 менее 100 клеток в 1 мл

Вирусологические критерии неэффективности АРТ

Определить вирусологическую неэффективность лечения сложнее, чем иммунологическую... Основная цель лечения - снизить ВН до неопределяемого уровня и поддерживать ее на этом уровне как можно дольше. Однако у многих детей на фоне лечения ВН остается на уровне выше 1000 копий в 1 мл, но при этом достигаются отличные клинические результаты и сохраняются высокие показатели доли лимфоцитов СД4. Поэтому критерием вирусологической неэффективности является персистенция ВН более 5000 копий в 1 мл после 24 недель от начала АРТ у детей, имеющих хорошую приверженность к лечению.

Клинические критерии неэффективности АРТ

На неэффективность лечения указывают:

- появление или рецидив заболеваний, относящихся к критериям клинической стадии ВИЧ-инфекции 3 или 4 (Приложение VIIA), через 24 недели лечения по схеме первого ряда или позднее;
- замедление или остановка физического развития ребенка (в начале АРТ отмечалась положительная динамика), несмотря на достаточное питание и отсутствие других причин;
- нарушение психомоторного развития (два или более из следующих симптомов: нарушение роста головного мозга, нарушение когнитивных функций; клинически выраженные двигательные нарушения) появление новых оппортунистических инфекций или злокачественных новообразований, рецидив упорного кандидозного стоматита либо кандидозного эзофагита.

Клиническое прогрессирование болезни нужно дифференцировать с воспалительным синдромом восстановления иммунитета (ВСВИ).

5.4.8. Схемы АРТ второго ряда

Полностью менять схему АРТ следует только в случае клинической или иммунологической неэффективности лечения и не ранее чем через 24 недели терапии. Чтобы повысить вероятность успеха и сократить риск перекрестной устойчивости, схема второго ряда должна включать не менее трех новых препаратов, хотя бы один из которых должен принадлежать к новому классу. Основу схемы должны составлять препараты, сохраняющие активность в отношении штамма ВИЧ, которым инфицирован ребенок. К преимуществам схем на основе ингибиторов протеазы (ИП) относятся доказанная клиническая эффективность и хорошо известные побочные эффекты. Из-за сниженной активности почти всех нуклеозидных препаратов второго ряда рекомендуется использовать ИП, усиленные ритонавиром.

Схемы АРТ второго ряда для детей

Таблица 5

Таблица 3

Неэффективная схема первого ряда	Предпочтительная схема второго ряда		
	НИОТ/ННИОТ		Ингибитор протеазы ^а
2 НИОТ^а + 1 ННИОТ Зидовудин + ламивудин+(невирапин или эфавиренз)	Основная схема – Абакавир+ламивудин Альтернативная схема - Диданозин ^б + абакавир	+	Лопинавир/ритонавир ^г или саквинавир/ритонавир или другой ИП/г или нелфинавир
2 НИОТ^а + 1 ННИОТ Абакавир + ламивудин + (невирапин или эфавиренз)	Основная схема – Зидовудин+ламивудин Альтернативная схема - Диданозин+зидовудин		
2 НИОТ +ИП Зидовудин + ламивудин + (Лопинавир/ритонавир, ИП/г*)	Диданозин ^б + эфавиренз или невирапин		
2 НИОТ^а + 1 ИП Абакавир + ламивудин + (Лопинавир/ритонавир)	Диданозин+зидовудин		
Три НИОТ * Зидовудин + ламивудин + абакавир	Диданозин ^б + эфавиренз ^в или невирапин		

^а Можно продолжить лечение ламивудином в составе схемы второго ряда.
 ^б Препарат принимать только натошак (если препарат в таблетированной форме).
 ^в Эфавиренз и не рекомендуется детям <3 лет или с массой тела <10 кг и противопоказан сексуально активным девочкам, не пользующимся надежной контрацепцией.
 ^г Лопинавир/ритонавир выпускается в твердой и жидкой лекарственных формах.

* Альтернативные схемы АРТ

- беременным девочкам-подросткам с числом лимфоцитов CD4 >250/мкл, которым невирапин эфавиренз противопоказаны;
- подросткам, у которых можно ожидать или подтверждено плохое соблюдение режима лечения (если есть возможность использовать для этой схемы комбинированный препарат с фиксированной дозировкой).

5.4.9. Тактика при неэффективности схемы второго ряда

В развитых странах врачи все чаще сталкиваются с проблемой множественной лекарственной устойчивости у детей, получавших несколько схем АРТ. Выбирая схему, нужно учитывать множество факторов и получить консультацию специалиста по ВИЧ-инфекции; иногда необходимо направить ребенка и того, кто ухаживает за ним, в специализированную клинику.

Возможные действия:

- назначить новые препараты, например энфувиртид (дополнительно или взамен прежних);

- проводить плановое чередование препаратов;
- делать плановые перерывы в лечении; (пока не одобрено)
- продолжать лечение по принятой схеме до тех пор, пока не появятся новые препараты.

6. Наблюдение за детьми с ВИЧ/СПИДом

Детей с ВИЧ/СПИДом необходимо регулярно наблюдать, для своевременного выявления и лечения оппортунистических и сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний, для определения показаний и назначения антиретровирусной терапии.

Такое наблюдение должно охватывать как детей, которые получают АРТ, так и детей, у которых нет показаний к ней.

6.1. Наблюдение за детьми до начала АРТ (диспансеризация)

Основная цель регулярного наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми - правильный выбор времени для начала АРТ, подготовка ребенка и родителей к терапии, а также предотвращение, выявление и лечение осложнений ВИЧ-инфекции.

- Плановое клиническое обследование детей, у которых нет показаний к АРТ, нужно проводить не реже одного раза в 3-6 месяцев. Проводится физикальное обследование, общеклинические и биохимические анализы.
- Обследование на CD4 лимфоциты проводится при постановке на «Д» учет, далее 1 раз в 3 месяца у детей до 2-х летнего возраста и 1 раз в 6 месяцев старше 2-х лет, по показаниям чаще.
- У каждого ребенка нужно отмечать рост и вес на диаграмме физического развития, так как задержка физического развития - один из самых частых симптомов стадии СПИДа у ВИЧинфицированных детей.
- По мере развития клинических и иммунологических показаний к АРТ обследование ребенка и измерение уровня лимфоцитов CD4 (Таблица 2) нужно проводить чаще.
- Оценку и коррекцию питания следует проводить при каждом контакте с ребенком и ухаживающими за ним лицами, желательно каждый месяц.

6.2 Наблюдение за детьми, получающими ВААРТ

Оценка ответа на АРТ должна быть регулярной с включением клинического и лабораторного мониторинга, а также оценку соблюдения режима лечения.

6.2.1. Клинический мониторинг

Клиническое обследование необходимо проводить не реже чем 1 раз в 3 месяца, уделяя особое внимание основным проявлениям ответа на АРТ, к которым относятся:

- физическое развитие, особенно у детей, у которых была задержка роста;
- психомоторное развитие и неврологические симптомы у детей с энцефалопатией и у детей с задержкой психомоторного развития;
- тип и частота развития оппортунистических инфекций (бактериальные, кандидозный стоматит и т.д.).

6.2.2. Лабораторный мониторинг

- Уровни лимфоцитов CD4 необходимо определять каждые 3 месяца, а при наличии клинических показаний чаще: при стабилизации показаний CD4 лимфоцитов на фоне ВААРТ определение уровня CD4 лимфоцитов проводить 1 раз в 6 месяцев.
- Уровень ВН определяют перед началом АРТ, далее через 3 месяца после начала лечения, при устойчивом вирусологическом ответе кратность обследования реже - 1 раз в 6 месяцев.
- Проведение лабораторного мониторинга побочных эффектов АРВ-препаратов и сопутствующих заболеваний определяется главным образом имеющимися клиническими проявлениями.

6.3. Воспалительный синдром восстановления иммунитета

ВСВИ развивается вскоре после начала АРТ, чаще у пациентов с очень низким исходным уровнем лимфоцитов CD4. У детей ВСВИ встречается реже, чем у взрослых. Симптомы ВСВИ сходны с симптомами оппортунистических инфекций. Обычно они появляются в первые три месяца активной АРТ, на фоне быстрого подъема уровня лимфоцитов CD4. В некоторых случаях восстановление иммунитета приводит к появлению атипичных проявлений некоторых оппортунистических инфекций.

6.4. Мониторинг токсичности АРВ-препаратов

Побочные эффекты АРТ иногда трудно отличить от проявлений самой ВИЧ-инфекции. Симптомы, приписываемые побочным эффектам АРТ, могут объясняться сопутствующей инфекцией (например, симптомы гепатита у ребенка могут объясняться вирусным гепатитом) или реакцией на другие лекарственные средства (например, причиной лекарственного гепатита может быть изониазид, который ребенок получает в составе противотуберкулезной терапии, а причиной сыпи - ТМП/СМК, назначенный для профилактики оппортунистических инфекций). Побочные эффекты могут быть острыми (развиваются после приема первых доз препарата), подострым (появляются в течение первых двух дней терапии) или поздними (развиваются после длительного лечения).

Большинство побочных эффектов у детей встречаются реже, чем у взрослых (например, у детей реже наблюдаются клинически выраженные симптомы гепатотоксичности невирапина). Побочные эффекты бывают разной тяжести - от легких до угрожающих жизни. При появлении побочных эффектов АРВ-препаратов следует:

- Оценить тяжесть побочных эффектов.
- Определить, вызван ли побочный эффект АРВ-препаратами или другими лекарственными средствами.
- Учесть сопутствующие заболевания (например, причиной желтухи могут быть не только АРВ-препараты, но и вирусный гепатит).
- Тактика ведения пациентов зависит от тяжести побочных эффектов

- Тяжелые, угрожающие жизни побочные эффекты. Немедленно отменить *все* АРВ-препараты и начать соответствующее лечение. После улучшения состояния АРТ можно возобновить, заменив препарат, вызвавший побочный эффект, на другой. Угрожающие жизни побочные эффекты встречаются очень редко, в основном такая ситуация возникает при фульминантной гиперлактатемии.

- Тяжелые побочные эффекты. Заменить вызвавший побочный эффект препарат, не прекращая АРТ. Такие побочные эффекты также редки, наиболее распространена ситуация, когда у ребенка развивается липодистрофия или нейропатия при длительном лечении ставудином.

- Побочные эффекты средней тяжести. Нужно стараться продолжать АРТ, насколько это возможно; если симптоматическое лечение не помогает, можно заменить один из препаратов.

- Легкие побочные эффекты бывают неприятными, но не требуют замены терапии.

- При легких и умеренных побочных эффектах необходимо указать на важность точного соблюдения режима лечения, несмотря на проявления токсичности.

- Еще раз обратите внимание, что в тех случаях, когда побочные эффекты угрожают жизни пациента, необходимо отменить **все** АРВ-препараты до тех пор, пока его состояние не стабилизируется.

Ниже перечислены некоторые группы побочных эффектов, часто развивающихся при использовании конкретных АРВ-препаратов или отдельных классов АРВ-препаратов. Гематологические нарушения (анемия, нейтропения и, реже, тромбоцитопения), развивающиеся вследствие угнетения кроветворения; чаще всего их причиной бывает зидовудин. Нарушение функции митохондрий, в основном при приеме НИОТ, которое проявляется лактацидозом, гепатотоксичностью, панкреатитом и нейропатией;

- Липодистрофия и метаболические нарушения, в основном при лечении ставудином и усиленными ритонавиром ИП, а также некоторыми НИОТ;

- Аллергические реакции, такие как кожная сыпь и реакция гиперчувствительности, чаще всего возникают при приеме ННИОТ, а также некоторых НИОТ, в частности, абакавира.

6.4.1. Тактика ведения пациентов при клинических проявлениях побочных эффектов АРВ-препаратов

Таблица 6. Тактика ведения пациентов при клинических проявлениях побочных эффектов АРВ-препаратов		
Клинические проявления	Лабораторные изменения	Тактика
Острые тяжелые побочные эффекты		
<i>Острый, клинически выраженный гепатит (ННИОТ: особенно невирапин, реже эфавиренз - НИОТ и ИП)</i>		
Желтуха. Гепатомегалия. Желудочно-кишечные нарушения. Слабость, потеря аппетита. Гиперчувствительность (сыпь, лихорадка, другие общие симптомы) обычно в первые 6-8 недель лечения. Лактацидоз (на фоне НИОТ - см. ниже)	Повышение активности аминотрансфераз. Повышение уровня билирубина.	Отменить все АРВ-препараты до исчезновения симптомов. Следить за активностью аминотрансфераз и уровнем билирубина. Если пациент получает невирапин, отменить этот
		препарат и в дальнейшем <i>НЕ</i> назначать. После устранения симптомов: заменить препарат (для схем включающих невирапин) или возобновить лечение по прежней схеме при тщательном наблюдении; при возобновлении симптомов заменить препарат (см. Табл. 7).

<i>Острый панкреатит (НИОТ, особенно ставудин и диданозин, реже линивудин)</i>		
Сильная тошнота и рвота. Сильная боль в животе. Лактацидоз (см. ниже)	Повышение активности панкреатической амилазы. Повышение активности липазы.	Отменить все АРВ-препараты до исчезновения симптомов. Следить за активностью панкреатической амилазы и липазы в сыворотке. После нормализации состояния возобновить АРТ с другим НИОТ, предпочтительно не токсичным для поджелудочной железы (см. Табл. 7).
<i>Реакция гиперчувствительности (абакавир, невирапин)</i>		
<u>Абакавир</u> : острые симптомы респираторных и желудочно-кишечных нарушения, в том числе лихорадка, слабость, миалгия, тошнота, рвота, диарея, боль в животе, фарингит, кашель, одышка, сыпь (обычно легкая); нарастание симптомов вскоре после приема дозы абакавира; обычно эти симптомы появляются в первые 6-8 недель лечения. <u>Невирапин</u> : общие симптомы: лихорадка, миалгия, артралгия, гепатит, иногда сыпь.	Повышение активности аминотрансфераз. Эозинофилия.	Немедленно отменить все АРВ препараты до исчезновения симптомов. Невирапин и абакавир в дальнейшем НЕ назначать. После исчезновения симптомов возобновить АРТ, заменив абакавир и невирапин на другой препарат (см. Табл. 7).
<i>Лактацидоз (НИОТ, особенно ставудин)</i>		
Утомляемость и общая слабость. Желудочно-кишечные симптомы (тошнота, рвота, диарея, боль в животе, гепатомегалия, потеря аппетита и/или внезапная необъяснимая потеря веса). Гепатит или панкреатит (см. выше). Дыхательные нарушения (тахипноэ, одышка). Неврологические симптомы (включая мышечную слабость)	Увеличение анионного интервала. Лактацидоз (симптомы могут сохраняться или усиливаться, несмотря на отмену АРТ). Повышение активности аминотрансфераз. Повышение активности кФк. Повышение активности ЛДГ.	Отменить все АРВ-препараты до исчезновения симптомов. После исчезновения симптомов возобновить АРТ, назначив схему С другим НИОТ, менее токсичным для митохондрий (например, с абакавиром или зидовудином) (см. Табл. 7).
<i>Тяжелая сыпь, синдром, Стивенса-Джонсона (ННИОТ, особенно невирапин, реже эфавиренз)</i>		
Сыпь в первые 6-8 недель лечения. <i>Легкая умеренно выраженная</i> : ярко-красная, пятнисто-папулезная, сливная, чаще всего на туловище и руках; отсутствие общих симптомов. <i>Тяжелая сыпь</i> : диффузная эритема, десквамация эпидермиса, отек Квинке или, реакция по типу сывороточной болезни, либо сыпь с общими симптомами (лихорадка, высыпания на слизистой рта, волдыри, отек лица, конъюнктивит). Угрожающий жизни синдром Стивенса-Джонсона или токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)	Повышение активности аминотрансфераз	При легкой и умеренной сыпи продолжать АРТ при тщательном наблюдении. При тяжелой и угрожающей жизни сыпи отменить все АРВ-препараты до исчезновения симптомов. Невирапин в дальнейшем больному НЕ назначать. После исчезновения симптомов возобновить АРТ, заменив невирапин на другой препарат (см. Табл. 7). (Примечание: большинство специалистов не назначают ННИОТ пациентам, у которых при лечении невирапином развился тяжелый или угрожающий жизни синдром Стивенса-Джонсона.)
<i>Тяжелая, угрожающая жизни анемия (зидовудин)</i>		
Выраженная бедность, тахикардия. Выраженная слабость. Сердечная недостаточность	Низкий гемоглобин	Если симптоматическое лечение не помогает (например, переливание крови), отменить зидовудин и назначить другой НИОТ (см. Табл. 7)
<i>Тяжелая нейтропения (зидовудин)</i>		

Инфекции, сепсис	Низкое число нейтрофилов	Если симптоматическое лечение не помогает (например, переливание крови), заменить зидовудин на другой НИОТ (см. Табл. 7)
<i>Хронические отдаленные серьезные побочные эффекты</i>		
<i>Липодистрофия, синдром множественных метаболических нарушений (ставудин, ИП)</i>		
Липоатрофия на одних участках тела и/или накопление жировой ткани на других: отложение жира на животе, жировой горбик, гипертрофия молочных желез; атрофия жировой ткани на конечностях, ягодицах, лице. Инсулинорезистентность, сахарный диабет. Отдаленный риск ишемической болезни сердца	Гипертриглицеридемия; гиперхолестеринемия; низкие уровни ЛПВП; гипергликемия	Не назначать ставудин. Замена ИП на ННИОТ может уменьшить изменения липидного профиля сыворотки.
<i>Тяжелая нейропатия (ставудин, диданозин реже ламивудин)</i>		
Боль, онемение, покалывание в кистях и стопах; ребенок отказывается ходить. Дистальное выпадение чувствительности. Легкая слабость мышц и арефлексия.	Отсутствуют	Заменить только подозреваемый в нейротоксичности НИОТ на НИОТ, не обладающий нейротоксичностью (Табл. 7). Для исчезновения симптомов может потребоваться несколько недель.
Источник: WHO, 2006		

6.4.2. Замена АРВ-препаратов, входящих в схемы первого ряда, из-за их токсичности

Учитывая, что выбор АРВ-препаратов невелик, менять их следует только в крайних случаях - при тяжелых и угрожающих жизни побочных эффектах (см. Табл. 6 выше). Если придется менять препарат из-за побочных эффектов, по возможности следует воздерживаться от назначения ИП.

Таблица 7. Замена АРВ-препаратов в схемах первого ряда		
АРВ-препарат первого ряда	Наиболее частые тяжелые побочные эффекты	Рекомендуемый препарат для замены
Абакавир	Реакция гиперчувствительности	Зидовудин
Зидовудин	Тяжелая анемия или нейтропения а	Абакавир
	Лактацидоз	Абакавир
	Тяжелые желудочно-кишечные нарушения б	Абакавир
Эфавиренз	Длительная или тяжелая токсичность для ЦНС в	Невирапин
	Тератогенность (противопоказан в 1 триместре беременности и сексуально активным девочкам-подросткам, не пользующихся надежной контрацепцией)	
Невирапин	Острый клинически выраженный гепатит г	Эфавиренз' д
	Реакция гиперчувствительности	Предпочтительна замена на НИОТ; в этом случае схема будет состоять из трех НИОТ (учесть, что такая схема может быть менее эффективной) или заменить на ИП (преждевременное начало АРТ второго ряда).
	Тяжелая или угрожающая жизни сыпь (синдром Стивенса/Джонсона) е	
а.Подразумевается тяжелое, возможно угрожающее жизни гематологическое нарушение, при котором поддерживающая терапия неэффективна. б.Подразумеваются тяжелые упорные желудочно-кишечные нарушения, которые препятствуют усвоению АРВ-препаратов. в.Подразумевается выраженная токсичность для ЦНС, например упорные галлюцинации или психоз. г У ВИЧ-инфицированных детей, не достигших подросткового возраста, клинически выраженная гепатотоксичность невирапина развивается очень редко. д В настоящее время эфавиренз не рекомендуется детям <3 лет и детям с массой тела <10 кг; эфавиренз противопоказан также сексуально активным девочкам-подросткам, находящимся в первом триместре беременности или не пользующимся надежной контрацепцией. еТяжелой считается распространенная сыпь с отслойкой эпидермиса, отеком Квинке и реакциями наподобие сывороточной болезни, а также сыпь с лихорадкой и другими общими симптомами, высыпаниями на слизистой рта, волдырями, отеком лица, конъюнктивитом. Синдром Стивенса Джонсона может угрожать жизни. При угрожающей жизни сыпи большинство специалистов воздерживаются от назначения эфавиренза из-за риска токсичности, свойственной всему классу ННИОТ.		

6.5. Мониторинг соблюдения режима лечения

Поскольку доказано, что от приверженности лечению зависит вирусологическая и иммунологическая эффективность терапии, нужно внимательно следить за соблюдением режима лечения. Ответственность за это должны нести все: пациент (если это ребенок старшего возраста или подросток), ухаживающее за ним лицо и медработники. Повысить приверженность лечению может помочь: соблюдение дисциплинарного подхода с привлечением психолога, социального работника, среднего медицинского персонала.

При этом необходимо проводить:

- оценка соблюдения режима лечения при каждом визите, а при необходимости и между визитами по телефону или переписке;
- использование аптечек-органайзеров, памяток, будильников, пейджеров, таймеров;
- использование обучающих средств, том числе плакатов, календарей;
- помощь социальных работников, НПО, групп поддержки и индивидуальных консультантов;
- прием препаратов под наблюдением медицинского работника;
- проверочный перечень по соблюдению режима лечения для ухаживающих за ребенком лиц;
- обсуждение возможных причин, препятствующих соблюдению режима, с ухаживающими за ребенком лицами.

Если на момент постановки диагноза ребенку 8-10 лет, он может активно участвовать в лечении, что может улучшить соблюдение режима. Необходимо учитывать возраст ребенка, его умственное развитие и социальные условия. Объясняя диагноз, нужно говорить на доступном ребенку языке.

Полезными бывают детские группы взаимопомощи, когда дети приходят в клинику и вместе играют в обучающие игры. Они узнают, что они не одиноки, и что есть другие дети с ВИЧ-инфекцией. В это время ухаживающие за ними лица могут поговорить друг с другом.

6.6. Мониторинг и поддержка питания

Регулярная оценка питательного статуса и связанных с ним симптомов имеет большое значение для раннего выявления нарушений питания и задержки физического развития, и должна быть частью планового клинического мониторинга ВИЧ-инфицированных детей.

• у младенцев оценку питания проводят раз в месяц, у более старших детей - раз в три месяца. При этом оценивают:

- тип вскармливания;
- частоту и длительность кормлений, количество съеденной пищи;
- полноценность рациона;
- частоту дефекаций и мочеиспусканий;
- жалобы

При каждом осмотре измеряют рост и массу тела ребенка, при этом:

- нужно пользоваться одними и теми же средствами измерения;
 - у детей первых двух лет жизни измеряют рост в положении на спине; у детей старше двух лет измеряют рост в положении стоя;
 - измеряют наибольшую окружность головы;
 - учитывают возраст и пол;
 - составляют график роста ребенка.
- При нарушениях роста или питания осмотр проводят чаще.

6.7. Оценка развития

у младенцев и детей младшего возраста важно оценить и продолжать следить за развитием когнитивных, моторных, речевых и социальных навыков, так как у многих ВИЧ-инфицированных детей уже в раннем возрасте может наблюдаться выраженное отставание в развитии, которое может служить важным ранним индикатором прогрессирования ВИЧ-инфекции.

- Оценку развития необходимо проводить при каждом визите.
- Необходимо оценивать когнитивные, моторные, речевые и социальные навыки.
- Необходимо обращать внимание на основные этапы развития и проверять, соответствует ли развитие ребенка его возрасту.
- Можно использовать контрольные таблицы или наблюдать за ребенком во время осмотра (см. Приложение 3).

Основная цель - раннее выявление отставания в развитии с целью предупреждения или сокращения числа тяжелых последствий.

7. Профилактика и лечение основных оппортунистических инфекций

Медицинская помощь детям с ВИЧ-инфекцией не исчерпывается АРТ. У детей, у которых число лимфоцитов СО4 намного ниже возрастной нормы, повышен риск оппортунистических инфекций. Решая вопрос о медикаментозной профилактике инфекций у ребенка с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией или у ребенка с тяжелым иммунодефицитом, в первую очередь нужно начать эффективную АРТ, чтобы восстановить иммунитет. У детей, у которых оказались неэффективными несколько схем АРТ и число лимфоцитов СД4 очень низкое, медикаментозная профилактика оппортунистических инфекций имеет очень важное значение, независимо от того, получают ли они в данный момент АРТ или нет.

7.1. Туберкулез

Туберкулез представляет серьезную угрозу здоровью ребенка. ВИЧ-инфекция повышает восприимчивость к *Mycobacterium tuberculosis* и риск быстрого прогрессирования туберкулеза. Рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза см. в Протоколе 4 «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

7.2. Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями

Эти инфекции развиваются при тяжелом иммунодефиците, когда число лимфоцитов СО4 меньше 50/мкл. В 90% случаев возбудителем является комплекс *Mycobacterium avium-intracellulare*. Медиана продолжительности жизни после постановки диагноза у детей составляет 6 месяцев. Эти инфекции требуют консультации педиатра, специализирующегося на лечении ВИЧ-инфекции.

Профилактика

Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями, можно предупредить, если давать всем детям с числом лимфоцитов СО4 <50/мкл азитромицин в дозе 20 мг/кг 1 раз в неделю (максимальная доза 600 мг).

Диагностика

Характерна длительная лихорадка, угнетение кроветворения, похудание и хронические желудочно-кишечные нарушения. При диссеминированной инфекции возбудителей можно выделить из мокроты; кроме того, кислотоустойчивые бактерии можно обнаружить в кале и костном мозге. При рентгенографии грудной клетки иногда обнаруживаются увеличенные прикорневые лимфоузлы.

Лечение

Лечение включает комплексную химиотерапию ципрофлоксацином, рифабутином, рифампицином и кларитромицином и проводится независимо от возраста. Жидких лекарственных форм рифабутина нет, однако суспензию можно приготовить самостоятельно: содержимое капсул развести в вишневом или сахарном сиропе (10 мг/мл). При подозрительной клинической симптоматике проводят посев крови на микобактерии в специальную лабораторную посуду. Также делают посев кала. Лечение описано в Табл. 8.

Таблица 8.

Лечение диссеминированных инфекций, вызванных атипичными микобактериями

Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Ципрофлоксацин	30 мг/кг	2 раза в сутки (макс. доза 750 мг)	Внутрь	6 месяцев
+	10-20 мг/кг	1 раз в сутки (макс. доза 300 мг)	Внутрь	
рифабутин	7,5 мг/кг	2 раза в сутки макс. доза 500 мг	Внутрь	
+				
кларитромицин*				

* Если кларитромицин недоступен, можно его заменить на этамбутол, 15 мг/кг 1 раз в сутки внутрь.

Необходимо помнить о лекарственных взаимодействиях, особенно с рифабутином.

7.3. Пневмоцистная пневмония (ПЦП)

ПЦП - одна из самых частых оппортунистических инфекций; она наблюдается у 40-50% ВИЧ-инфицированных детей. ПЦП – самая частая причина смерти младенцев, инфицированных ВИЧ (от нее умирают 50-60% младенцев с диагнозом СПИДа). Чаще всего эта инфекция развивается у детей первого года жизни (72% случаев), поэтому им особенно показана медикаментозная профилактика.

Профилактика

•Профилактика пневмоцистной пневмонии показана всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами. Ее продолжительность должна составлять не менее 6 месяцев или до окончательного исключения ВИЧ-инфекции у ребенка (предпочтительно). Профилактику назначают в возрасте 4-6 недель. Рекомендуемая схема: триметоприм/сульфаметоксазол по 150/750 мг/м² в сутки, внутрь в 2 приема 3 раза в неделю (три дня

подряд, например, в понедельник, вторник и среду). В возрасте 2-х и 4-х месяцев необходимо оценить переносимость препарата ребенком и соблюдение режима профилактики. Если соблюдение рекомендаций кажется сомнительным, желательно перевести ребенка на ежедневный прием препарата в той же дозе.

- Детям с окончательным диагнозом ВИЧ-инфекции профилактику пневмоцистной пневмонии продолжают до возраста 12 месяцев.
- Постоянная профилактика пневмоцистной пневмонии показана ВИЧ-инфицированным детям старше 12 месяцев с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, долей лимфоцитов $CD4 < 15\%$ (если данные имеются) или пневмоцистной пневмонией в анамнезе.

Таблица 9.

Лекарственные формы и дозы котримоксазола (ТМП/СМК) для детей с ВИЧ-инфекцией				
Рекомендованная доза для приема 1 раз в сутки а	Суспензия или сироп (5 мл сиропа. 40/200 мг)	Детская таблетка (20/100 мг)	Обычная таблетка для взрослых (80/400 мг)	Двойная таблетка для взрослых (160/800 мг)
<6месяцев 20/100 мг	2,5 мл	1 таблетка	1/4 таблетки, можно смешать с пищей б	-
6 месяцев-5 лет 40/200 мг	5 мл в	2 таблетки	1/2 таблетки	-
6-14 лет 80/400 мг	10 мл в	4 таблетки	1 таблетка	1/2 таблетки
>14 лет 160/800 мг	-	-	2 таблетки	1 таблетка
а - в некоторых странах дозу определяют в соответствии с массой тела ребенка. Соответствие возраста и массы тела приведено ниже (по данным исследования CHAP).				
Возраст		Вес		
<6 месяцев		<5 кг		
6 месяцев-5 лет		5-15 кг		
6-14 лет		15-30 кг		
>14 лет		>30 кг		
б - Деление таблеток на четверти - не лучший способ; он годится лишь в крайнем случае, когда нет суспензии или сиропа.				
в -Начиная с 6-месячного возраста, дети уже могут проглотить раскрошенную таблетку.				

После успешного лечения острого случая ПЦП для предупреждения рецидивов необходимо проводить длительную вторичную профилактику котримоксазолом. Профилактику можно отменить, если число лимфоцитов $CD4$ повышается до легкой степени иммунодефицита и держится до 6 месяцев.

Диагностика

ПЦП проявляется тахипноэ, одышкой, кашлем, гипоксемией и невысокой лихорадкой. Болезнь может развиваться постепенно, в течение одной-двух недель с постепенно нарастающим тахипноэ. Сильный кашель обычно появляется только в развернутой стадии болезни вместе с сильной одышкой. При физикальном исследовании обычно обнаруживается только слабая крепитация. Лихорадка, как правило, невысокая. Также описаны случаи быстрого прогрессирования инфекции с развитием дыхательной недостаточности в течение нескольких дней. В первые дни болезни на рентгенограмме грудной клетки изменений обычно нет или повышена прозрачность легочных полей, однако, как правило, быстро развивается полное затемнение легочных полей с сохранением светлых полосок бронхов. Затемнение легочных полей обычно распространяется от корней легких к периферии, верхушки легких могут оставаться прозрачными даже на поздних стадиях, иногда появляется небольшой плевральный выпот. В редких случаях наблюдаются буллы, кисты или пневмоторакс.

Сегодня оптимальным методом диагностики ПЦП у детей считается бронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважем (БАЛ). При невозможности бронхоскопии у интубированных детей провести БАЛ можно через назогастральный зонд для энтерального питания диаметром 8F. Если сразу провести БАЛ нельзя, начинают лечение котримоксазолом без него, а лаваж проводят позднее (метод сохраняет

чувствительность в течение 48 ч после начала лечения). Перед проведением БАЛ следует известить лабораторию, так как получить окончательный диагноз важно даже после начала лечения.

Лечение

Лечение ПЦП начинают с назначения котримоксазола (дозы см. в Табл. 9). После стихания острых проявлений пневмонии детям с легким или средней тяжести течением болезни, у которых нет нарушений всасывания и поноса, можно назначать ТМП/СМК в/в, 60 мг/кг каждые 12 часов и, если ребенок получает пероральное питание, перейти (примерно на 2-й неделе лечения) на прием препарата внутрь и продолжать лечение до общей продолжительности 21 сутки.

При неэффективности котримоксазола или аллергии на него переходят на препараты второго ряда (Табл. 10).

При неэффективности котримоксазола решают вопрос о проведении повторного БАЛ или биопсии легкого. При бронхоальвеолярном лаваже часто кроме *P. jirovecii* выявляют цитомегаловирус (ЦМВ), однако ганцикловир следует назначать только тем детям, у которых стандартное лечение ПЦП не дает результата.

При ПЦП тяжелой или средней тяжести можно назначить преднизолон внутрь: 2 мг/кг в течение 1 недели, 1 мг/кг в течение 1 недели, 0,5 мг/кг в течение 1 недели.

Таблица 10.

Препараты второго ряда				
Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Пентамидин изетионат	4 мг/кг/сут	1 раз в сутки	Медленная в/в Инфузия курсом в течение 14-21 суток	14-21 сутки
или				
Дапсон	2 мг/кг (макс. 100 мг)	1 раз в сутки	Внутрь	21 сутки
а Можно использовать также атоваквон или клиндамицин, однако данных об их применении у детей недостаточно.				

7.4. Бактериальные инфекции (кроме микобактериальных)

Тяжелые бактериальные инфекции среди ВИЧ-инфицированных детей очень широко распространены. Их частота растет по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии. В большинстве случаев возбудителями являются инкапсулированные бактерии *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Инфекции, вызванные *Staphylococcus aureus* и грамотрицательными бактериями, особенно *Pseudomonas aeruginosa*, чаще наблюдаются у детей с тяжелым иммунодефицитом.

Диагностика

Клиническая картина острой бактериальной пневмонии у детей с ранней стадией ВИЧ инфекции такая же, как у неинфицированных ВИЧ детей: чаще всего ставят клинический диагноз острой пневмонии или выявляют первичную септицемию у ВИЧ-инфицированных детей клинические симптомы бывают менее выраженными.

Важно во всех случаях делать посев крови. Очень часто развиваются инфекции уха и горла. Особого внимания требуют также синуситы, которые можно выявить по клинической картине или рентгенологически.

Лечение

Ребенку с симптомами легочной инфекции (лихорадка, кашель, тахипноэ, хрипы в легких или изменения на рентгенограмме грудной клетки) необходимо безотлагательно назначить антибиотики широкого спектра действия (амоксциллин/клавуланат внутрь или цефтриаксон в/в). Выбор способа введения антибиотика зависит от состояния больного. При недостаточном эффекте добавляют азитромицин (10 мг/кг 1 раз в сутки в течение 5 суток) и принимают решение о проведении БАЛ. Обычно требуется длительное лечение (10-14 суток).

7.5. Токсоплазмоз

Токсоплазменный энцефалит нужно исключать у всех ВИЧ-инфицированных детей с вновь появившимися неврологическими нарушениями. Хотя более типичны очаговые симптомы, начальные проявления болезни могут быть разными, в том числе свидетельствовать о диффузном поражении ЦНС.

Профилактика

Профилактика ПЦП с помощью ТМП/СМК предотвращает и развитие токсоплазмоза. Для профилактики токсоплазмоза также можно использовать атоваквон. Детям с тяжелой иммуносупрессией (число лимфоцитов

CD4 <100/мкл) и антителами к токсоплазме, которые не получают ТМП/СМК и атоваквона, необходима профилактика токсоплазмоза и ПЦП другими препаратами, например дапсоном с пириметамином (Табл. 11).

Показаниями к проведению профилактики (Табл. 11) служат выявление антител к токсоплазме и тяжелый иммунодефицит (доля лимфоцитов CD4 <15%).

Таблица 11.

Первичная профилактика токсоплазмоза				
Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Препарат первого ряда				
ТМП/СМК	960 мг/м ²	1 раз в сутки	Внутрь	Пока число CD4 не станет >200/мкл
Альтернативные препараты				
Дапсон	2 мг/кг (макс. 25 мг)	1 раз в сутки	Внутрь	Пока число CD4 не станет >200/мкл
+				
Пириметамин	1 мг/кг	1 раз в сутки	Внутрь	
+				Пока число CD4 не станет >200/мкл
фолинат кальция	5 мг	Каждые 3 дня	Внутрь	
или				
атоваквон	возраст 1-3 месяца: 30 мг/кг	1 раз в сутки	Внутрь	
	возраст 4-24 месяца: 45 мг/кг	1 раз в сутки	Внутрь	
	возраст >24 месяца: 30 мг/кг	1 раз в сутки	Внутрь	

Диагностика

Предварительный диагноз токсоплазменного энцефалита ставится по клинической картине, серологическим признакам инфекции и визуализации объемного образования в головном мозге. Клинические симптомы включают двигательные расстройства и нарушения речи, которым нередко сопутствуют головная боль, нарушения сознания и лихорадка. У детей возможны также судороги, парезы черепных нервов, дефекты полей зрения, нарушения чувствительности, мозжечковые нарушения, менингизм и двигательные расстройства. Помимо энцефалита у ВИЧ-инфицированных детей возможно поражение глаз, которое чаще всего сочетается с энцефалитом и требует неврологического исследования. Хориоретинит проявляется нечеткостью зрения, болью и светобоязнью.

У детей с латентной инфекцией, вызванной *Toxoplasma gondii*, титры IgG бывают разными, а IgM обнаруживаются редко. Хотя сероконверсия и 4-кратное повышение титра антител IgG возможны, нередко диагностика активной инфекции затруднена из-за иммуносупрессии. IgM обычно исчезают через несколько месяцев после заражения, однако иногда остаются повышенными в течение года и более, что также затрудняет дифференциальную диагностику острой перенесенной инфекции.

Для подтверждения диагноза токсоплазменного энцефалита применяют (где имеется такая возможность) компьютерную томографию (КТ) головного мозга, при которой можно выявить множественные двусторонние кольцевидные очаги повышенной контрастности, особенно в области базальных ганглиев и на границе между корой и белым веществом больших полушарий (у 70-80% пациентов). Магнитнорезонансная томография (МРТ) - более чувствительный метод, который выявляет очаги в базальных ганглиях у большинства больных. Иногда при МРТ выявляется единичный очаг, однако в этом случае нужно исключать другие заболевания (первичную лимфому ЦНС и туберкулому).

Окончательный диагноз ставится при биопсии головного мозга. Биопсия бывает целесообразной, когда лечение токсоплазмоза не дает улучшения через 10-14 дней и наблюдается раннее ухудшение неврологической симптоматики. В отсутствие противопоказаний к люмбальной пункции, можно провести исследование СМЖ методом ПЦР. Диагноз токсоплазменного хориоретинита ставится при характерных изменениях сетчатки в сочетании с выявлением в сыворотке специфических антител.

Лечение

Таблица 12.

Лечение приобретенного токсоплазмоза: острая стадия				
Противомикробный препарат	Доза	Частота	Способ применения	Продолжительность лечения
Пириметамин	2 мг/кг/сут (макс. 50 мг)	1 раз в сутки	Внутрь	3 дня
затем				
Пириметамин	1 мг/кг (макс. 25 мг)	1 раз в сутки	Внутрь	Не менее 6 недель
+				
сульфадиазин	25-50 мг/кг (макс. 1,0-1,5 г/доза)	4 раза в сутки	Внутрь	
+				
фолинат кальция	10-25 мг	1 раз в сутки	Внутрь	

После индукционной терапии острой инфекции необходимо проводить длительную супрессивную терапию.

7.6. Грибковые инфекции

7.6.1. Кандидоз

Профилактика

Восстановление иммунитета на фоне АРТ и снижение концентрации ВИЧ в крови лучший способ снижения колонизации *Candida spp.* и частоты клинически выраженного кандидоза. Также важны такие меры, как соблюдение гигиены полости рта, отказ от неоправданного применения антибиотиков и стероидов, а также специфических противогрибковых средств. Длительная медикаментозная профилактика кандидоза требуется редко; она опасна развитием лекарственной устойчивости и упорной инфекции. Поэтому в настоящее время первичная противогрибковая профилактика не рекомендуется, а решение о вторичной профилактике принимается индивидуально.

Кандидоз рта и глотки

Диагностика

Кандидоз рта и глотки может протекать в разных клинических формах: псевдомембранозный (молочница), эритематозный (атрофический), гиперпластический (гипертрофический или кандидозная лейкоплакия) и ангулярный хейлит (заеда). При классической форме кандидоза рта - молочнице - обнаруживаются кремовато-белые творожистые бляшки, после удаления которых видна воспаленная слизистая. Бляшки обнаруживаются на слизистой щек, небе, миндалинах. При атрофическом кандидозе обнаруживаются гиперемизированные очаги на слизистой, а при гиперпластическом приподнятые белые бляшки на нижней поверхности языка, небе и слизистой щек, которые не снимаются шпателем. Ангулярный хейлит - покраснение и трещины в углах рта.

Диагноз кандидоза рта ставится при выявлении почкующихся клеток гриба при микроскопии нативных мазков с гидроксидом калия или при посеве на среды для грибов. При рецидивирующем или упорном кандидозе рта и глотки для выбора противогрибковой терапии проводят посев на среды для грибов с последующим определением чувствительности возбудителя.

Лечение

Таблица 13.

Лечение кандидоза рта и глотки у детей

Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Препарат первого ряда				
Флуконазол	3-6 мг/кг	1 раз в сутки		7-14 суток
Альтернативные препараты				
Итраконазол, раствор в циклодекстрине для приема внутрь	2,5 мг/кг(макс. 200 мг/сут)	2 раза в сутки	Внутрь	7-14 суток
Или				
Амфотерицин В.	1 мл (100 мг/мл)	4 раза в сутки	Внутрь	14 суток
суспензия для приема				
внутрь				

Кандидозный эзофагит**Диагностика**

Кандидозный эзофагит может протекать с болью при глотании, дисфагией и болью за грудиной, которые иногда бывают настолько сильными, что у ребенка развивается обезвоживание или потеря массы тела. Обычно наблюдается также кандидоз рта и глотки, но у некоторых детей, особенно получающих ВААРТ, он не обнаруживается. В отличие от взрослых у детей нередко тошнота и рвота.

При рентгеноскопии пищевода с барием выявляется характерная картина «булыжной мостовой». При клинически выраженном эзофагите, не поддающемся лечению, следует провести эзофагоскопию, чтобы исключить другие причины эзофагита (герпетический и ЦМВ-эзофагит, инфекцию, вызванную *Mycobacterium avium-intracellulare* и устойчивыми штаммами *Candida*). При эндоскопии обнаруживаются мелкие белые приподнятые бляшки, которые могут сливаться, сопровождаться гиперемией и обширным изъязвлением.

Лечение

Таблица 14.

Лечение кандидозного эзофагита у детей				
Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Препарат первого ряда				
Флуконазол	6 мг/кг/сут	1 раз в сутки	Внутрь	14-21 сутки
затем Флуконазол	3-6 мг/кг/сут			
Альтернативные препараты				
Итраконазол, раствор в циклодекстрине для приема внутрь или	детская доза: 2,5 мг/кг	2 раза в сутки	Внутрь	Не менее 14-21 суток
	или 5,0 мг/кг	1 раз в сутки	Внутрь	
Амфотерицин В	0,3-0,5 мг/кг/сут	1 раз в сутки	В/в	Не менее 7 суток

Кандидемия

Диагностика

Появление лихорадки у ребенка с поздней стадией ВИЧ-инфекции и центральным венозным катетером - самый частый клинический вариант кандидемии. Осложнением кандидемии может быть эндофтальмит, поэтому при кандидемии показан осмотр офтальмолога. Для подтверждения диагноза лучше всего провести посев крови с использованием лизис-центрифугирования или автоматических методов с применением жидких питательных сред. При выявлении фунгемии целесообразны осмотр глазного дна на предмет эндофтальмита, УЗИ или КТ брюшной полости для выявления поражения почек и печени, а также сцинтиграфия костей при подозрении на остеомиелит.

Лечение

Таблица 15.

Лечение инвазивного кандидоза у детей

Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Препараты первого ряда				
Флуконазол	10 мг/кг/сут	1 раз в сутки	В/в	21 сутки
При неэффективности Амфотерицин В	0,5-1 мг/кг	1 раз в сутки		
Альтернативные препараты				
Амфотерицин В Липидный комплекс (Абельцет)	3 мг/кг	1 раз в сутки,	В/в	2-3 недели
		инфузия в		
		течение двух		
		часов		

Первичная профилактика кандидоза ВИЧ-инфицированным детям не показана.

7.7. Вирусные инфекции

7.7.1. Цитомегаловирусная инфекция

Профилактика

У детей с тяжелым иммунодефицитом, которые инфицированы ВИЧ и цитомегаловирусом (ЦМВ), нужно раз в 4-6 месяцев проводить осмотр глазного дна при расширенном зрачке. Профилактика для детей не разработана и не применяется. У ЦМВ-серопозитивных ВИЧ-инфицированных подростков с числом лимфоцитов СО4 <50/мкл можно проводить профилактику ганцикловиром или валганцикловиром внутрь. Однако нужно учитывать следующее: эти препараты могут вызывать нейтропению и анемию, данные об их эффективности противоречивы, увеличение выживаемости не доказано, существует риск развития лекарственной устойчивости и стоят препараты дорого. Ацикловир и валацикловир при ЦМВ-инфекции не применяются.

Таблица 16.

Профилактика ЦМВ-инфекции у подростков с тяжелым иммунодефицитом				
Противомикробный препарат	Доза а	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Валганцикловир	900 мг	2 раза в сутки	Внутрь	21 сутки
Поддерживающая фаза Ганцикловир	900 мг	1 раз в сутки	Внутрь	3-6 месяцев

а На сегодняшний день в детских дозировках не производится

Сегодня из-за отсутствия данных нельзя дать рекомендаций об отмене вторичной профилактики ЦМВ-инфекции (постоянная поддерживающая терапия), однако, по видимому, при устойчивом иммунологическом ответе на АРТ эта отмена целесообразна.

Диагностика

у ВИЧ-инфицированных детей ЦМВ-инфицирование бывает трудно дифференцировать от активного заболевания, вызванного ЦМВ. В связи с трансплацентарной передачей материнских антител выявление у ребенка первого года жизни антител к ЦМВ диагностического значения не имеет: эти антитела лишь указывают на перенесенную инфекцию у матери. У детей старше 12 месяцев положительная реакция на антитела к ЦМВ также не подтверждает текущей инфекции, так как эти антитела могли появиться у ребенка вследствие инфекции, перенесенной ранее. В любом возрасте выделение культуры вируса говорит о том, что ребенок инфицирован, однако подтверждением активной инфекции это не является. У ВИЧ-инфицированных детей клинически выраженная ЦМВ-инфекция развивается редко, в основном у детей с тяжелым иммунодефицитом, у которых развиваются ЦМВ-ретинит (с белыми пушистыми экссудатами), гепатит и колит.

ЦМВ можно выделить в культуре клеток из лейкоцитов крови, а также из тканей и биологических жидкостей. С помощью заражения однослойных клеточных культур с центрифугированием вирус можно обнаружить уже через 16-40 часов. Выделение вируса из лейкоконцентрата говорит о виремии и с большой вероятностью свидетельствует об активной инфекции; у детей с положительными посевами крови и мочи. Повышен риск поражений внутренних органов.

Для непосредственного выявления вирусного антигена или ДНК и выявления пациентов с риском ЦМВ-поражений были предложены различные методы, в том числе выявление в крови антигена pp65, количественная и качественная ПЦР и методы гибридизации ДНК. Методы выявления ДНК более чувствительны, чем посев мочи и лейкоконцентрата, поэтому могут использоваться для выявления больных с риском клинически выраженной ЦМВ-инфекции. Высокочувствительный метод диагностики - выявление ДНК ЦМВ в СМЖ методами ПЦР. Количественную ПЦР на вирусную ДНК можно использовать для оценки риска развития болезни и ответа на лечение.

Лечение

Таблица 17

Лечение ЦМВ-инфекции

Противомикробный	Доза	Частота приема	Способ	Продолжительность
Препарат			применения	лечения
Препараты первого ряда				
Индукционная фаза Ганцикловир	5 мг/кг	Каждые 12 часов	В/в	7 суток
Цитотект	2мг/кг	1 раз в 2 дня	В/в	До купирования симптомов и отрицат. результата ПЦР- исследования
Поддерживающая фаза Ганцикловир	5 мг/кг	1 раз в сутки	В/в	2-3 недели

7.7.2. Инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы/опоясывающего лишая (вирус варицелла- зостер)

Профилактика

ВИЧ-инфицированные дети с иммунодефицитом, восприимчивые к вирусу варицелла-зостер (ВВЗ), должны избегать контактов с больными ветряной оспой и опоясывающим лишаем. После любого тесного контакта с такими больными ВИЧ - инфицированным пациентам, восприимчивым к ВВЗ, для профилактики ветряной оспы необходимо как можно скорее ввести иммуноглобулин против ВВЗ, желательно впервые 96 часа после контакта.

Данных об эффективности ацикловира для профилактики ветряной оспы у ВИЧинфицированных детей и взрослых нет.

Диагностика

Обычно заподозрить инфекцию, вызванную ВВЗ, можно по клинической картине. Диагностическим признаком является генерализованная зудящая везикулярная сыпь и лихорадка. Сыпь сначала появляется на туловище, шее и лице, где она наиболее обильна. Везикулы содержат жидкость, находятся на красном основании, лопаются и покрываются корочками. При хронической ВВЗ-инфекции вначале сыпь может напоминать ветряночную, но может перейти в незаживающие некротизированные, покрытые корками язвы с гиперкератозом.

Классическое проявление опоясывающего лишая - болезненная везикулярная сыпь в пределах одного-двух дерматомов. За два дня сыпь проходит этапы везикул, пустул и корок. У ВИЧ-инфицированных сыпь может быть буллезной, геморрагической, некротизированной и особенно болезненной. Пузыри и корки обычно сохраняются 23 недели, некротизированные элементы могут сохраняться до 6 недель и оставлять тяжелые рубцы. У ВИЧ-инфицированных детей опоясывающий лишай может протекать атипично, распространяясь за пределы дерматома, быть двусторонним, генерализованным, а также проявляться повторными эпизодами диссеминированной сыпи, больше напоминающей ветряную оспу.

Ветряночная пневмония у ВИЧ-инфицированных детей протекает тяжело, с гипоксемией и диффузными сетчато-узелковыми изменениями на рентгенограмме легких. Энцефалит чаще развивается при глазной форме ВВЗ-инфекции и обычно протекает с симптомами поражения мозжечка: на первый план выходят атаксия, тремор и головокружение. Поражение головного мозга протекает с лихорадкой, головной болью, рвотой и сонливостью. Предпочтительный метод лабораторной диагностики - прямая иммунофлюоресценция для выявления антигена ВВЗ в соскобах элементов сыпи на коже, конъюнктиве и слизистых. Для выявления вирусного антигена применяется также прямая и непрямая иммунофлюоресценция биоптатов легкого, головного мозга, печени и других органов

Таблица 18

Лечение ветряной оспы и опоясывающего лишая

Инфекция	Противомикробный препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Ветряная оспа	Дети с умеренным или тяжелым иммунодефицитом				
	Ацикловир	20-30 мг/кг	3 раза в сутки	в/в	7 суток после появления последнего элемента сыпи
	Дети с легким иммунодефицитом и легким поражением ротовой полости				
	Ацикловир	20 мг/кг (макс. 200 мг/доза)	4 раза в сутки	Внутрь	7 суток после последнего элемента сыпи
Опоясывающий лишай	Дети с тяжелым иммунодефицитом, поражением тройничного нерва или обширное поражение, захватывающее несколько дерматомов				
	Ацикловир	20-30 мг/кг	3 раза в сутки	в/в	7-10 суток
	Дети с легким иммунодефицитом и легким поражением ротовой полости				
	Ацикловир	20 мг/кг (макс. 200 мг/доза)	4 раза в сутки	Внутрь	7-10 суток
При неэффективности ацикловира а					
	Фоскарнет	40-60 мг/кг	3 раза в сутки	в/в	7-10 суток

а Для взрослых и подростков с опоясывающим лишаем одобрен валацикловир в дозе 1 г внутрь 2 раза в сутки в течение 7-10 суток; данные о дозах для детей ограничены.

7.7.3. Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ)

Профилактика

ВИЧ-инфицированным детям с тяжелыми рецидивами герпеса рта (более 3-6 тяжелых рецидивов в год) или перенесенной диссеминированной инфекцией бывает полезна профилактика ацикловиром внутрь.

Диагностика

Герпес у новорожденных может протекать как генерализованная инфекция с множественным поражением органов (примерно у 25% инфицированных ВПГ новорожденных), как локализованное поражение ЦНС (около 35%) или локализованное поражение кожи, глаз и рта (около 40%). Везикулярная сыпь имеется примерно у 80% детей с герпесом кожи, глаз и рта и лишь у 60% детей с герпетическим энцефалитом и генерализованной инфекцией.

У детей старше месяца самая частая форма ВПГ-инфекции - герпес лица и полости рта. Первичный герпетический гингивит и стоматит характеризуется лихорадкой, раздражительностью, болезненностью поднижнечелюстных лимфоузлов и поверхностными болезненными язвами на деснах и слизистой рта и в около ротовой области. Первичный герпес у ВИЧ-инфицированных детей с иммунодефицитом может протекать с тяжелыми высыпаниями, а в некоторых случаях как генерализованная инфекция с поражением внутренних органов или диссеминированным поражением кожи. При тяжелом иммунодефиците могут развиваться герпетический эзофагит, энцефалит, герпес половых органов, а также диссеминация инфекции с поражением печени, надпочечников, легких, почек, селезенки и мозга.

При подозрении на герпетический энцефалит лучшим методом диагностики является ПЦР на ДНК ВПГ. Выделить вирус из СМЖ в культуре обычно не удается. Для подтверждения диагноза герпетического эзофагита требуется эзофагоскопия с биопсией (обнаруживаются многоядерные гигантские клетки с вирусными включениями в ядрах) и выделение вируса в культуре клеток.

Лечение

Таблица 19

Лечение герпеса					
Состояние	Противомикробный препарат	Доза	Частота	Способ применения	Продолжительность лечения
Поражение кожи глаз и рта	Ацикловир	20 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	14 суток
Диссеминированный герпес или энцефалит		20-30 мг/кг или 500 мг/м2	3 раза в сутки	В/в	21 сутки
Герпетический гингивит и стоматит		5-10 мг/кг или 20 мг/кг	3 раза в сутки	В/в	7-14 суток
			3 раза в сутки	Внутрь	7-14 суток
Устойчивость к ацикловиру					
	Фоскарнет	120 мг/кг/сут	В 2-3 приема в течение 1-2 ч (вводить медленно в течение 2 ч или не больше 1 мг/кг/мин)	В/в	До выздоровления

У новорожденных с герпетическим энцефалитом лечение ацикловиром нужно продолжать до получения отрицательного результата повторного исследования СМЖ методом ПЦР на ДНК ВПГ на 19-21-е сутки лечения. Поскольку эпизоды герпеса успешно лечится, постоянная медикаментозная профилактика не требуется, за исключением больных с частыми или тяжелыми рецидивами, которым назначают супрессивную терапию ацикловиром или валацикловиром внутрь 1 раз в сутки

8. Лечение боли у детей

8.1. Общие сведения

Боль у детей с ВИЧ/СПИДом имеет сложную патофизиологию и ассоциируется со снижением качества жизни и повышением смертности. Устранение и облегчение боли с использованием при необходимости анальгетиков и седативных препаратов важнейший аспект медицинской помощи каждому ВИЧ-инфицированному ребенку.

Несмотря на успехи в лечении ВИЧ-инфекции у детей, на поздних стадиях болезни болевой синдром может вызывать осложнения и ухудшать качество жизни. Поскольку при ВИЧ-инфекции боль нередко имеет сложную природу, желательно, чтобы в лечении боли участвовали разные специалисты, включая анестезиолога, специалиста по лечению боли, социальных работников, медсестер и других.

Смертность среди пациентов, которые испытывают боль, в пять раз выше, чем среди пациентов, которые боли не испытывают. Кроме того, боль ассоциируется с более низким процентным содержанием лимфоцитов CD4 и более тяжелой иммуносупрессией.

8.2. Методы лечения боли

Лечение боли у ВИЧ-инфицированного ребенка должно включать медикаментозные и немедикаментозные методы. К последним относятся:

- методы релаксации и поведенческие методы;
- правильная организация распорядка: установленное время для сна и отдыха, медицинских манипуляций, процедур, игр, прослушивания музыки;
- осторожное обращение во время манипуляций, придание удобного положения;
- поддержка питания, достаточный прием жидкости, возмещение потерь электролитов;
- оптимизация перфузии и оксигенации тканей;
- чрескожная электростимуляция, легкий массаж, гидромассаж, физиотерапия;
- электро- или акупунктура, выполняемая специалистом, имеющим опыт работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.

9. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности и эффективности услуг. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об улучшении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

В каждом медицинском учреждении необходимо на регулярной основе (например, раз в месяц, квартал или полугодие) собирать следующие данные:

- . число детей <18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями;
- . число детей <18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и прошедших тестирование методом ПЦР;
- . число детей <18 месяцев с установленной ВИЧ-инфекцией;
- . число детей ≥ 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями;
- . число детей ≥ 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и прошедших только серологическое исследование на БИЧ;
- . число ВИЧ-инфицированных детей ≥ 18 месяцев, у которых диагноз поставлен на основании только серологических исследований;
- . число наблюдающихся ВИЧ-инфицированных детей ≤ 15 лет, у которых есть показания к ВААРТ;
- . число наблюдающихся ВИЧ-инфицированных детей ≤ 15 лет, которые получают схему ВААРТ первого ряда;
- . число наблюдающихся ВИЧ-инфицированных детей ≤ 15 лет, которые перешли на схему ВААРТ второго ряда;
- число ВИЧ-инфицированных детей ≤ 15 лет, которые прервали ВААРТ, с указанием причин (смерть, побочные эффекты, неявка, недоступность АРВ препаратов и т. д.);
- . число умерших ВИЧ-инфицированных детей, получавших ВААРТ, с указанием причин смерти (ВИЧ/СПИД, другие причины, например несчастный случай и т.д.);
- . число ВИЧ-инфицированных детей, умерших в течение 12 месяцев от начала ВААРТ;
- число умерших среди всех ВИЧ-инфицированных детей с указанием причины смерти (ВИЧ/СПИД, другие причины, например несчастный случай и т.д.).

Приложение VII-А. Пересмотренная клиническая классификация ВОЗ ВИЧ/СПИДа у детей

Пересмотренная клиническая классификация ВОЗ ВИЧ/СПИДа у детей

(Версия для Европейского региона для детей <15 лет с подтвержденной лабораторно ВИЧ-инфекцией: выявление антител у детей >18 месяцев, выявление ДНК, РНК или антигена p24 у детей <18 месяцев)

Клиническая стадия 1

- Бессимптомное течение
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия

Клиническая стадия 2

- Гепатоспленомегалия
- Зудящая папулезная сыпь
- Контагиозный моллюск с обширными высыпаниями
- Онихомикозы
- Рецидивирующие язвы во рту
- Линейная эритема десен
- Ангулярный хейлит
- Увеличение околоушных слюнных желез
- Опоясывающий лишай
- Бессимптомная лимфоидная интерстициальная пневмония
- Рецидивирующие или хронические инфекции дыхательных путей (средний отит, оторея, синусит)

Клиническая стадия 3

- Умеренные необъяснимые нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению
- Легочной туберкулез
- Туберкулез периферических лимфоузлов.
- Необъяснимая хроническая диарея (14 суток и более)
- Необъяснимая персистирующая лихорадка (перемежающаяся или постоянная, больше месяца)
- Кандидоз рта (у детей старше 2 месяцев)
- Волосистая лейкоплакия рта
- Острый некротизирующий язвенный гингивит или периодонтит
- Линейная гиперплазия десен
- Тяжелая рецидивирующая бактериальная пневмония
- Обширные сливные кондиломы
- Гигантский обезображивающий контагиозный моллюск
- Хронические поражения легких, обусловленные ВИЧ-инфекцией, включая бронхоэктазы
- Клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония
- Необъяснимая анемия (гемоглобин <8 г%) или нейтропения <500/мкл)
- Необъяснимая тромбоцитопения (< 50 000/мкл) длительностью более 1 месяца

Клиническая стадия 4

- Необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению
- Рецидивирующие тяжелые бактериальные инфекции, кроме пневмонии (например, эмпиема плевры, пиомиозит, инфекции костей и суставов, менингит)
- Хронический ВПГ-инфекция (герпес губ и полости рта или кожи длительностью более месяца)
- Внелегочный туберкулез, включая туберкулез внутригрудных лимфоузлов и туберкулезный плеврит).
- Саркома Капоши
- Кандидозный эзофагит

- Токсоплазменный энцефалит (кроме новорожденных)
- ВИЧ-энцефалопатия
- ЦМВ-инфекция (ретинит или инфекция внутренних органов, кроме печени, селезенки и лимфоузлов), развившаяся у ребенка старше 1 месяца
- Внелегочный криптококкоз, например менингит. Любой диссеминированный эндемичный микоз (например, внелегочный гистоплазмоз, кокцидиоидоз, пенициллез)
- Криптоспориоз
- Изоспориаз
- Диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями
- Кандидоз трахеи, бронхов или легких
- Висцеральный герпес
- Приобретенный прямокишечный свищ, обусловленный ВИЧ-инфекцией
- Лимфома ЦНС или В-клеточная лимфома
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- ВИЧ-кардиомиопатия или ВИЧ-нефропатия
- Лейомиосаркома или другие ВИЧ-ассоциированные солидные опухоли

Источник: WHO Regional Office (for Europe, 2005)

Приложение VII-B. Классификация ВОЗ ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита у детей

Таблица 20. Классификация ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита у детей

Классификация ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита	Уровни лимфоцитов CD4 у детей разного возраста			
	11 месяцев (%)	12-35 месяцев (%)	36-59 месяцев (%)	> 5 лет а (в мкл)
Незначительный	>35	>30	>25	>500
Умеренный	30-35	25-30	20-25	350-499
Выраженный	25-29	20-24	15-19	200-349
Тяжелый	<25	<20	<15	<200 или <15%

а Включая подростков и взрослых. Источник: WHO, 2006 .

Приложение VII-С.
Дозы и побочные эффекты антиретровирусных препаратов

Препараты	Суточная доза (режим приема)	Основные побочные эффекты	Примечания
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы			
Зидовудин	- Внутрь: 360 мг/м²/сут в 2 приема - Новорожденному: 2 мг/кг каждые 6 часов - В/в: 120 мг/м² каждые 6 часов или 20 мг/м²/час	Нейтропения; анемия; тошнота; головная боль; редко - миопатия	- Детям старшего возраста не следует назначать зидовудин в виде сиропа – его большой объем плохо переносится. - Хранить в стеклянных сосудах в темном месте. - Можно принимать во время еды. - При ВИЧ-энцефалопатии удвоить дозу. - Нельзя сочетать со ставудином (зидовудин и ставудин подавляют АРВ действие друг друга).
Диданозин	240 мг/м²/сутки - Подростки: - Вес < 60кг: 250 мг 1 раз в сутки - Вес > 60 кг: по 200 мг 2 раза в сутки или 400 мг раз в сутки - Дети старшего возраста: раз в сутки, в капсулах, покрытых кишечнорастворимой оболочкой (по 125 мг, 250 мг или 400 мг)	Диарея, боль в животе. Редкие, дозозависимые: панкреатит и периферическая нейропатия.	- Готовая суспензию хранят в холодильнике 30 дней. - Предпочтительно принимать за час до еды или через 2 часа после еды. - Перед употреблением суспензию взболтать.
ставудин	2 мг/кг/сутки, но не более 60 мг - Подростки: - Вес < 60кг: 30 мг 2 раза в сутки - Вес > 60 кг: 40 мг 2 раза в сутки	Головная боль, расстройства ЖКТ, сыпь. Редко: панкреатит и периферическая нейропатия.	- Суспензию приходится назначать в большом объеме; допустим и хорошо переносится прием содержимого капсул. - Суспензию хранят 30 дней. - Можно принимать во время еды.
ламивудин	- Новорожденные младше 30 дней 4мг/кг/сутки каждые 12 часов - Вес < 60кг: 8 мг/кг/сутки в 2 приема - Вес > 60 кг: по 150 мг 2 раза в сутки	Редко: головная боль, боль в животе, панкреатит, периферическая нейропатия, нейтропения, повышенная активность печеночных ферментов.	- Хорошо переносится. - Можно принимать во время еды. - Хранить раствор при комнатной температуре (открытый флакон использовать в течение месяца).
Абакавир	16 мг/кг/сутки в 2 приема	У 1-3% пациентов, обычно в первые 6 недель приема: реакция гиперчувствительности, лихорадка, недомогание, воспаление слизистых, иногда сыпь. Отменить препарат и не назначать повторно.	- Можно принимать во время еды. - Сироп хорошо переносится, а таблетки можно измельчать. - Предупредить родителей о реакции гиперчувствительности.

Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы			
невирапин	300-400 мг/м ² /сутки в 2 приема. Начальная доза, в течение 2 недель: 150-200 мг/м ² /сутки раз в сутки. Затем дозу увеличивают до 300-400 мг/м ² /сутки (при отсутствии сыпи)	У 10-20% пациентов: сыпь. Крайне редко: синдром Стивенса-Джонсона – ОТМЕНИТЬ препарат. Регулярно определять активность печеночных ферментов. Индуктор цитохрома Р450. Иногда взаимодействует с другими лекарственными средствами. Снижает концентрацию большинства ингибиторов протеазы ВИЧ	- Суспензию хранить при комнатной температуре. - Можно принимать во время еды. - Необходимо предупредить родителей о возможности появления сыпи. При появлении сыпи дозу не повышать.
Эфаверенз	- Фармакокинетика у детей младше 3 лет изучена недостаточно 15 мг/кг или 10-15 кг – 200 мг; 15-20 кг – 250 мг; 20-25 кг – 300 мг; 25-33 кг – 350 мг; 33-40 кг – 400 мг; >40 кг – 600 мг раз в сутки - препарат в сиропе используют в более высоких дозах	Сыпь (умеренная). Токсическое действие на ЦНС, сонливость, патологические сновидения, синдром рассеянного ребенка. Взаимодействует с другими лекарственными средствами.	- Имеется в виде сиропа. - Содержимое капсул можно смешивать с пищей. Поскольку препарат горький, лучше его добавлять в варенье или другие сладкие продукты. - Можно принимать во время еды, но не сочень жирной пищей (жирная пища увеличивает всасывание препарата на 50%). - Лучше принимать на ночь, особенно в первые 2 недели, чтобы уменьшить побочное действие на ЦНС.
Ингибиторы протеазы ВИЧ			
индинавир	- Не назначать новорожденным - Дети: 500 мг/м² каждые 8 часов - Взрослые: 800 мг каждые 8 часов	Тошнота; гипербилирубинемия (10%); мочекаменная болезнь/нефрит (4%). Редко: гемолитическая анемия, нарушение функции печени. Нарушение липидного состава крови.	- Не принимать во время еды. Имеется в виде сиропа. - Рекомендовать повышенное потребление жидкости (но не газированных напитков).

ригонавир	800 мг/м²/сутки в 2 приема - начальная доза 250 мг/м² каждые 12 часов. Дозу увеличивают каждые 5 дней - Дети: 900 мг/м²/сутки (в сиропе 80 мг/мл)	Расстройства ЖКТ (часто), головная боль, повышение активности печеночных ферментов; усиление кровоточивости у больных гемофилией, нарушение липидного состава крови.	- Принимать с пищей; но она приобретает горький вкус. - Можно смешивать с арахисовым маслом, заедать шоколадным соусом или сыром. Учитывать возможность лекарственных взаимодействий
саквинавир	150 мг/кг/сутки в 3 приема	Сыпь; головная боль; расстройства ЖКТ; сахарный диабет. Нарушение липидного состава крови.	- Принимать с пищей. - Вызывает фотосенсибилизацию
нелфинавир	110-120 мг/кг/сутки в 2 приема - Подростки: доза выше взрослой - Таблетки можно измельчать; выпускается в порошке - Дети: 150 мг/кг/сутки	Диарея (легкая, умеренная), рвота, сыпь. Нарушение липидного состава крови. Взаимодействует с другими лекарственными средствами	- Порошок сладкий с чуть горьковатым привкусом, представляет собой твердые крупинки, которые плохо растворяются; порошок размешивается непосредственно перед употреблением в воде, молоке, смеси для искусственного вскармливания, пудинге и т.д. Нельзя препарат добавлять в пищу с кислым вкусом или сок. - Поскольку давать детям порошок довольно сложно, лучше использовать размельченные таблетки, если можно отмерить необходимую дозу. - Порошок и таблетки следует хранить при комнатной температуре. - Принимать с жирной пищей.
Лопинавир/ритонавир	450/112,5 – 600/150 мг/м²/сутки в 2 приема. - В комбинации с НИИОТ необходимы более высокие дозы - Сироп: 80*20 мг/мл	Сыпь (2%), расстройства ЖКТ; нарушения липидного состава крови.	- Жидкая форма: принимать большой объем не требуется, горькая. - Капсулы: крупные. - Раствор для приема внутрь и капсулы желательно хранить в холодильнике. При комнатной температуре менее 25°C допускается хранить 2 месяца - Принимать во время еды.
ампренавир	40 мг/кг/сутки в 2 приема, капсулы - Препарат в сиропе используют в более высоких дозах	Расстройства ЖКТ; нарушения липидного состава крови.	- Сироп горький, требуется принимать большой объем. - Капсулы: либо крупные, 200 мг (трудно глотать), либо мелкие, 50 мг (принимать несколько).

Приложение VII-D. Лечение распространенных побочных эффектов АРТ

Препарат	Побочные эффекты	Примечания	Лечение
зидовудин	Расстройство ЖКТ: тошнота, рвота, диарея	Легкие расстройства ЖКТ развиваются часто, но, как правило, проходят через месяц	Объяснить ребенку и ухаживающему за ним лицу причину, сообщить, что состояние скоро улучшится
	Расстройства ЦНС: головная боль, миалгия, утомляемость, бессонница	90% пациентов переносят эти побочные эффекты нормально	Если пациент переносит эти эффекты тяжело, зидовудин заменить ставудином
	Потемнение ногтевых пластинок	Кожа не поражена	Посоветовать, не придавать значения
ламивудин	Хорошо переносится		
ставудин	Хорошо переносится		
Эфавиренз	Расстройства ЦНС: головокружение, бессонница, патологические сновидения, изменения личности	Эти побочные эффекты редко наблюдаются у детей.	Рекомендовать принимать эти препараты перед сном
невирапин	Гепатотоксичность	Определять активность АЛТ: через 2 недели и через месяц после начала терапии, в дальнейшем каждые 3 месяца.	Если активность АЛТ >200 МЕ, отменить все АРВ препараты. Когда активность АЛТ вернется к норме, начать новую схему АРТ, включающую эфавиренз
	Сыпь	Легкая: пятна, папулы, сухое шелушение	Продолжать прием невирапина, но дозу не повышать, пока сыпь не исчезнет.
		Тяжелая: везикулы, язвы, мокнутие, поражение слизистых.	Отменить невирапин, заменить на ифавиренз.
нелфинавир	диарея	Обычно жидкий стул 1-3 раза в день	Давать ребенку достаточно жидкости, не допускать обезвоживания.

VIII. Постконтактная профилактика

1. Основные положения

Постконтактная профилактика (ПКП) представляет собой короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования (произошедшего при исполнении служебных обязанностей, при половом контакте или других обстоятельствах). В медицинских учреждениях ПКП должна входить в универсальный перечень мероприятий по защите персонала от инфицирования на рабочем месте.

Профессиональный риск заражения ВИЧ при уколе иглой и в других ситуациях существует во многих медицинских учреждениях, которые недостаточно снабжаются защитными средствами, особенно если распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов, посещающих эта учреждения, высока. Проведение ПКП может снизить частоту случаев ВИЧ-инфекции у медицинских работников, подвергшихся заражению при исполнении служебных обязанностей.

ПКП следует проводить также лицам, подвергшимся не профессиональному риску инфицирования ВИЧ, в том числе подвергшимся случайному или намеренному уколу инфицированной иглой, потребителям инъекционных наркотиков при случайном использовании загрязненного шприца и жертвам сексуального насилия.

Профессиональный контакт с ВИЧ

Определение

Профессиональный контакт - это контакт с кровью или другими биологическими жидкостями вследствие попадания их на кожу, произошедшие при выполнении служебных обязанностей. Профессиональный контакт возможен у медицинских работников и у людей некоторых других профессий.

2. Универсальные меры предосторожности

В медицинских учреждениях ПКП должна быть частью общей системы мер по защите персонала от инфицирования возбудителями, передающимися с кровью. В первую очередь эта защита подразумевает соблюдение универсальных мер предосторожности.

Универсальные меры предосторожности — это комплекс мероприятий в рамках инфекционного контроля, направленный на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями.

Принимая во внимание, что выявить всех пациентов с инфекциями, передающимися через кровь невозможно, в основу мероприятий по защите медицинских работников от ВИЧ и вирусов гепатита положен следующий принцип: всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированных.

Выполнение универсальных мер предосторожности подразумевает, что кровь и биологические жидкости **всех** пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированные и при работе с ними **всегда** предпринимать соответствующие меры защиты, а не полагаться на собственную проницательность в отношении принадлежности того или иного пациента к группе «высокого риска».

Профессиональный риск инфицирования существует:

- у медицинских работников: персонала государственных и негосударственных медицинских учреждений, в том числе лабораторий, сотрудников бригад скорой помощи, студентов медицинских учебных заведений;
- сотрудников служб общественной безопасности: милиционеров, сотрудников исправительных учреждений, членов спасательных бригад, добровольцев и т. д., которым по роду своей деятельности приходится контактировать с кровью и другими биологическими жидкостями.

Риск контакта с кровью и другими биологическими жидкостями при выполнении служебных обязанностей существует и у представителей других профессий, поэтому универсальные меры предосторожности и ПКП могут быть включены и в работу учреждений немедицинского профиля.

Контакты, связанные с риском инфицирования ВИЧ: повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом); попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу; длительный (несколько минут и более) или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с тканями, кровью и другими биологическими жидкостями.

Кровь и другие потенциально инфицированные биологические жидкости

Универсальные меры предосторожности должны соблюдаться при работе с кровью и другими биологическими жидкостями, при контакте с которыми были зарегистрированы случаи инфицирования ВИЧ, в том числе:

- спермой
- вагинальными выделениями
- любыми жидкостями с видимой примесью крови
- культурами или средами, содержащими ВИЧ

а также с теми жидкостями, степень опасности которых в отношении передачи ВИЧ пока не установлена:

- синовиальной жидкостью
- цереброспинальной жидкостью
- плевральной жидкостью
- перитонеальной жидкостью
- перикардиальной жидкостью
- амниотической жидкостью

Универсальные меры предосторожности не относятся к (не считаются опасными, если они не содержат видимую примесь крови):

- каловым массам
- выделениям из носа
- мокроте
- поту
- слезной жидкостью
- моче
- рвотным массам

• слюне (за исключением стоматологических манипуляций, во время которых к слюне часто примешивается кровь).

Универсальные меры предосторожности должны соблюдаться:

- при работе с любыми иссеченными (или удаленными иным способом), прижизненно или на аутопсии, человеческими тканями и органами (кроме неповрежденной кожи);
- при работе с тканями и органами экспериментальных животных, зараженных передающимися с кровью инфекциями;
- при работе с любой биологической жидкостью, если трудно определить, что это за жидкость.

Универсальные меры предосторожности должны выполняться во всех медицинских учреждениях всеми медицинскими работниками.

2.1. Руководство по универсальным мерам предосторожности

Во избежание заражения передающимися с кровью инфекциями следует избегать:

- травм от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;
- попадания крови и других биологических жидкостей на слизистые рта, глаз, носа и поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);
- прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями.

В целях защиты от инфицирования следует применять:

- Защитные приспособления для изоляции предметов, представляющих собой источник передающихся с кровью инфекций, (например, жесткие герметичные контейнеры для использованных игл и острых инструментов, которые должны удобно располагаться на рабочем месте и своевременно, без переполнения, заменяться);
- Безопасные технологии для выполнения различных манипуляций с наименьшим риском (в том числе безопасное обращение с использованными иглами, исключая надевание колпачков двумя руками, сгибание и другие манипуляции с иглами).
- Индивидуальные средства защиты, в том числе перчатки, непромокаемые халаты, средства защиты лица и глаз (маски, очки, экраны).

2.1.1. Защитные приспособления и безопасные технологии

Защитные приспособления (например, контейнеры для утилизации острых инструментов) снижают риск заражения путем изоляции или устранения на рабочем месте предметов, представляющих опасность в качестве источника инфекции. Они относятся к средствам первой линии защиты от инфицирования на рабочем месте.

Безопасные технологии предлагают такой способ выполнения различных манипуляций, при котором риск инфицирования минимален.

Работодатель должен обеспечить своих работников защитными приспособлениями и обучить их безопасным технологиям, но ответственность за их применение полностью лежит на самих работниках.

Для того чтобы предотвратить заражение передающимися с кровью инфекциями, медицинские работники должны **соблюдать следующие меры предосторожности:**

- Избегать растекания, расплескивания и разбрызгивания крови и других биологических жидкостей.
- После снятия перчаток или других средств индивидуальной защиты немедленно (или при первой возможности) вымыть руки водой с мылом.
- При попадании крови или другого потенциально инфицированного материала на кожу немедленно (или при первой возможности) вымыть руки и загрязненные участки водой с мылом, при попадании на слизистые оболочки — сразу промыть их водой.

- Мыть руки с мылом под проточной водой. Если проточной воды нет, использовать антисептический раствор для рук (70° спирт + смягчающие смеси) и чистые полотенца или антисептические салфетки, после чего при первой же возможности вымыть руки обычным образом.

- Не перекладывать использованные иглы и не надевать на них колпачки без крайней необходимости, использовать для этого инструменты, исключая прямой контакт с иглой, или делать это одной рукой.

- Загрязненные, режущие и колющие инструменты многоразового использования сразу (или при первой возможности) для последующей обработки помещать в жесткие, влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные контейнеры.

- Размещать контейнеры для использованных острых инструментов нужно так, чтобы ими было удобно пользоваться, и они не могли опрокинуться.

- Своевременно заменять контейнеры для режущих и колющих инструментов, не допуская их переполнения.

- Контейнер с использованными режущими и колющими инструментами перемещать только тщательно закрытым. Если возможна протечка, контейнер поместить внутрь другого контейнера.

- Образцы биологических жидкостей помещать в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден, поместить его внутрь другого контейнера.

- Перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного кровью или другими биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать. Если дезинфекция невозможна, в сопроводительном листе указать загрязненные элементы.

- Помещать все использованные одноразовые материалы во влагонепроницаемые закрывающиеся контейнеры.

- Свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры; влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

Запрещается:

- Принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с кровью или другими биологическими жидкостями.

- Хранить пищу и напитки в холодильниках или других местах, где хранятся образцы крови и других биологических жидкостей и тканей.

- Насасывать в пипетки кровь и другие биологические жидкости ртом.

- Поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями.

- Сгибать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами.

- Доставать что-либо руками из контейнеров для использованных многоразовых колющих и режущих инструментов, вручную открывать, опорожнять контейнеры.

2.1.2. Индивидуальные средства защиты

Если защитные приспособления и безопасные технологии не исключают риск инфицирования на рабочем месте, то работодатель обязан также предоставить работникам индивидуальные средства защиты. Эти средства защиты должны храниться в доступном месте и предоставляться бесплатно:

- Перчатки

- Очень важно всегда надевать перчатки перед работой с кровью и другими биологическими жидкостями или загрязненными ими поверхностями. Нельзя использовать повторно одноразовые перчатки. Нельзя применять смазки на вазелиновой основе, поскольку они повреждают латекс, из которого сделаны перчатки.

- Халаты и другая защитная одежда.

- Халат обязателен во всех случаях, когда возможен контакт с инфицированным материалом. Хирургические колпаки или шапочки, бахилы поверх обуви или специальные ботинки, обязательны только при риске сильного загрязнения.

- Маски, защитные очки и экраны для лица.

- Если во время манипуляции возможно появление брызг крови и других биологических жидкостей, следует надевать защитные экраны, прикрывающие лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками. Обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от инфекций, передающихся с кровью.

Индивидуальные средства защиты должны предохранять рабочую и обычную одежду, нижнее белье, кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с кровью и другими биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств.

Если защитная одежда пропиталась кровью или другими потенциально инфицированными биологическими жидкостями, ее следует снять как можно быстрее и промыть загрязненные участки кожи водой с мылом. Перед тем, как покинуть рабочее место, следует снять все индивидуальные средства защиты и поместить их в выделенную для этого тару. За очистку, стирку, ремонт, замену и утилизацию использованных индивидуальных средств защиты отвечает работодатель.

2.2. Рекомендации для административных работников медицинских учреждений по обеспечению универсальных мер предосторожности

2.2.1. Обучение медицинского персонала

Работники медицинских учреждений должны знать о профессиональном риске инфицирования и осознавать необходимость соблюдения универсальных мер предосторожности при работе со всеми пациентами, в любых ситуациях, независимо от диагноза. Весь персонал медицинских учреждений (как медицинский, так и немедицинский) должен регулярно проходить инструктаж по технике безопасности. Обучение универсальным мерам предосторожности должно быть также обязательной частью инструктажа медицинских работников при приеме на работу.

2.2.2. Сокращение числа инвазивных вмешательств

Следует избегать неоправданных инвазивных вмешательств. Это правило медицинские работники должны знать и выполнять, в том числе избегать неоправданных переливаний крови (если можно обойтись инфузионными растворами), инъекций (если препараты можно назначить внутрь), наложения швов (например, стараясь избегать эпизиотомий) и т.д. Стандартные схемы лечения должны включать лекарственные формы препаратов для приема внутрь во всех случаях, когда это возможно. Растворы для инъекций необходимо исключить из Государственного перечня препаратов первой необходимости, если данные лекарственные препараты выпускаются в формах для приема внутрь.

Следует сократить потребность в инвазивных вмешательствах. Необходимо заказывать современные одноразовые принадлежности для выполнения инъекций и инфузий, а также увеличивать заказ пероральных форм лекарственных препаратов.

2.2.3. Обеспечение необходимым оборудованием

Даже в условиях ограниченных ресурсов медицинские учреждения должны быть обеспечены необходимым оборудованием и расходными материалами в соответствии со стандартами инфекционного контроля. Нормой для всех медицинских учреждений должно стать наличие одноразовых шприцев и систем для инфузий в количестве и ассортименте, отвечающем потребностям, наличие дезинфектантов и контейнеров для колющих и режущих медицинских инструментов. Особое внимание следует уделить обеспечению медицинских учреждений индивидуальными средствами защиты и водоснабжению (если в медицинском учреждении нет водопровода, необходимо организовать постоянное снабжение его достаточным количеством воды).

2.2.4. Организация внутреннего распорядка

Необходимо отказаться от многоразовых шприцев и систем для инфузий, поскольку сложно обеспечить их правильную стерилизацию. Следует разработать планы по утилизации отходов медицинских учреждений согласно государственным стандартам. В инструкциях и циркулярах, действующих в конкретном медицинском учреждении, необходимо отразить правила использования оборудования, порядок прохождения персоналом инструктажа и порядок надзора. Текущий надзор в медицинских учреждениях способствует соблюдению персоналом техники безопасности и снижению профессионального риска инфицирования. В случае контакта с ВИЧ-инфицированным материалом медицинскому работнику должны быть обеспечены консультирование, АРВ-профилактика, дальнейшее наблюдение и другие необходимые виды помощи.

3. Проведение постконтактной профилактики (ПКП)

ПКП должна предоставляться в ЛПО областного, городского значения, ЦРБ в которых существует профессиональный риск заражения ВИЧ. Для этого необходимо создать запас комплектов антиретровирусных препаратов на центральной подстанции скорой помощи, чтобы была возможность проводить при необходимости доставку в ЛПО и предоставить медицинским работникам возможность немедленно проконсультироваться у специалистов центра СПИД или у врачей, ответственных за профилактику СПИДа в ЛПО.

Региональные Центры по профилактике и борьбе со СПИД должны оказывать консультативную помощь медицинским учреждениям по вопросам ПКП, а также проводить ПКП в случаях контакта, не связанных с выполнением служебных обязанностей (половых контактах, лицам, подвергшимся сексуальному насилию при обращении за помощью и проч.).

3.1. ПКП после профессионального контакта

3.1.1. Риск инфицирования

После контакта с ВИЧ-инфицированной кровью (при уколе иглой, порезе) риск заражения в среднем составляет приблизительно 0,3% (95% доверительный интервал: 0,2—0,5%). Риск инфицирования после

попадания ВИЧ-инфицированной крови на неповрежденные слизистые составляет примерно 0,09% (95% доверительный интервал: 0,006—0,5%). Риск инфицирования после контакта неповрежденной кожи с ВИЧ-инфицированной кровью или контакта с другими биологическими жидкостями не установлен. Существуют факторы, повышающие риск инфицирования: глубокие в/м повреждения. Ранение, при котором загрязненный инструмент попадает в кровеносный сосуд, ранение полой иглой.

Регулярные проверки в медицинских учреждениях способствуют соблюдению персоналом техники безопасности и снижению профессионального риска инфицирования. После контакта с ВИЧ-инфицированным материалом медицинскому работнику необходимо обеспечить консультирование, АРВ профилактику, дальнейшее наблюдение и другие необходимые виды помощи. Постконтактная химиопрофилактика может снизить риск развития ВИЧ-инфекции.

3.1.2. Показания к ПКП

- Повреждения кожи острым предметом (укол полый или режущей иглой, порез осколком стекла), загрязненным кровью, жидкостью с видимой примесью крови или другим потенциально инфицированным материалом, или иглой из вены или артерии больного.
- Укушенная рана, если укус сделан ВИЧ-инфицированным с заметным источником кровотечения во рту.
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на слизистые оболочки (рот, нос, глаза).
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на поврежденную кожу (например, при наличии дерматита, участков обветренной кожи, потертостей или открытой раны).

3.1.3. Действия в случае профессионального контакта

- Сразу после контакта с кровью и другими биологическими жидкостями промыть загрязненные участки кожи (в том числе поврежденные) водой с мылом, а загрязненные слизистые оболочки промыть чистой водой.
 - Оценить риск инфицирования ВИЧ при произошедшем контакте (учесть вид биологической жидкости и интенсивность контакта).
 - Обследовать на ВИЧ пациента, с биологическими жидкостями которого контактировал медицинский работник. Обследование таких лиц проводится только после получения информированного согласия; оно должно включать консультирование и, при необходимости, направление на получение помощи. Необходимо соблюдать конфиденциальность. Следует провести стандартный тест (ИФА) на антитела к ВИЧ и как можно быстрее выяснить результаты тестирования. Если результат ИФА нельзя получить в течение 24-48 ч., лучше провести экспресс-тест на антитела к ВИЧ.
 - При контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного пациента (или пациента, у которого высока вероятность ВИЧ-инфекции) провести ПКП.
 - Клиническое обследование и тестирование на ВИЧ пострадавшего медицинского работника следует проводить только после получения информированного согласия.
 - Консультант должен провести беседу о снижении риска инфицирования на рабочем месте, проанализировав вместе с пострадавшим медицинским работником последовательность событий, предшествовавших контакту.
 - Подготовить отчет о контакте с потенциально инфицированным материалом.
- См. также Приложения VIII-A, B, D, E, F, G.

3.1.4. Тактика предоставления ПКП

Провести тестирование на ВИЧ и ВГВ, ВГС медицинского работника и пациента по возможности сразу после возникновения аварийной ситуации.

В зависимости от результатов тестирования на ВИЧ следует предпринять следующие действия:

- Если у пациента — возможного источника инфекции получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, то медицинский работник в ПКП не нуждается.
- Если у медицинского работника результат тестирования положительный, то он не нуждается в ПКП, но его следует направить к специалистам для дальнейшего консультирования и получения необходимой помощи по поводу ВИЧ-инфекции.
- Если у медицинского работника результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у пациента — возможного источника инфекции — положительный, то медицинскому работнику проводят четырехнедельный курс АРВ профилактики, во время которого отслеживают возможные побочные эффекты (см. Приложение VIII-C).

Тестирование на ВИЧ ИФА проводят сразу после контакта. Если результат ИФА нельзя получить в течение 24-48 ч., лучше провести экспресс-тест на антитела к ВИЧ. Затем ИФА через 6 недель, 12 недель и 6 месяцев после контакта, даже если ПКП решено не проводить. Если у медицинского работника за этот период произойдет сероконверсия, то ему предоставляют необходимую помощь, в том числе консультирование, направление к специалисту по ВИЧ-инфекции и долгосрочное лечение ВИЧ-инфекции. Если в течение

полугода после контакта сероконверсии не происходит, медицинскому работнику сообщают, что у него нет ВИЧ-инфекции.

- Если определить ВИЧ-статус пациента — возможного источника инфекции невозможно, то его считают ВИЧ-инфицированным и выполняют рекомендации, изложенные в предыдущем пункте.
- Медицинский работник должен быть информирован о необходимости использования презервативов в течение 6 месяцев после контакта, сопряженного с риском инфицирования.
- Следует выяснить иммунный статус медицинского работника в отношении гепатита В; если он не иммунизирован, немедленно (не позднее 24 часов от момента контакта) провести специфическую вакцинопрофилактику против гепатита В.

Схема вакцинации: первая прививка — не позднее 24 часов после контакта, вторая прививка — через 1 месяц после первой, третья прививка — через пять месяцев после второй. Может быть использована ускоренная схема вакцинации (0-1-2 месяца) по инструкции, прилагаемой к каждой вакцине.

Примечание: иммунизированным считается только тот человек, который получил полный курс вакцинации, состоящий из 3 прививок.

Вакцину необходимо получать в территориальной поликлинике по месту дислокации ЛПО.

3.2. ПКП после полового контакта

Риск заражения ВИЧ при половом контакте оценивается как 0,1—3% для пассивного партнера при анальном сношении, 0,1—0,2% для женщины и 0,03—0,09% для мужчины при вагинальном сношении. Исследования показали, что риск может быть даже меньше, особенно если у ВИЧ-инфицированного полового партнера низкая вирусная нагрузка.

Пока не накоплено достаточно данных в пользу проведения АРВ профилактики после случайного полового контакта. Однако в ситуации, когда имело место совращение или изнасилование, рекомендуется, чтобы жертва насилия прошла ПКП в соответствии с изложенными выше рекомендациями для профессионального контакта. Очень важно попытаться установить ВИЧ-статус насильника. Если это невозможно, то считают насильника ВИЧ-инфицированным и жертве насилия проводят АРВ профилактику согласно изложенным ниже рекомендациям.

В случае изнасилования очень важно, чтобы жертве насилия была оказана необходимая поддержка и проведено консультирование, в том числе по вопросам ИППП, беременности и юридическим вопросам.

Дальнейшая тактика определяется ВИЧ-статусом насильника:

- Если у насильника получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, или в случае, если у жертвы насилия — положительный, то АРВ профилактику прекращают и выдают направления к специалистам для дальнейшего консультирования и получения необходимой медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции.
- Если у жертвы насилия результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у насильника — положительный или неустановленный, то проводят полный четырехнедельный курс АРВ профилактики.

3.3. ПКП в других ситуациях с высоким риском инфицирования

В определенных ситуациях может произойти единичный контакт, связанный с высоким риском инфицирования ВИЧ. Например, сюда относится ситуация случайных или умышленных уколов иглами, загрязненными кровью. В таких случаях пострадавшему также предоставляют ПКП в соответствии с тактикой, принятой при профессиональном контакте (см. выше пункт 3.1.4).

3.4. Осуществление ПКП: АРВ профилактика

3.4.1. Общие рекомендации

ПКП антиретровирусными препаратами необходимо начать как можно раньше, лучше всего **в первые 2 часа после контакта, но не позже, чем через 72 часа**. Назначающий ПКП врач должен обеспечить пациента комплектом АРВ препаратов, рассчитанным на полный курс химиопрофилактики.

Предпочтительно назначать для постконтактной АРВ профилактики одну из схем ВААРТ. При выборе схемы необходимо учесть, какие АРВ препараты принимал пациент — источник инфекции, а также возможную перекрестную резистентность АРВ препаратов. Выбор препаратов зависит и от их наличия в медицинском учреждении. Если есть показания к ПКП, необходимо организовать консультацию специалиста по ВИЧ-инфекции или другого специалиста, имеющего опыт проведения ПКП.

3.4.2. Показания

А. Профессиональный контакт с инфицированным ВИЧ материалом

Б. Прочие контакты, связанные с риском инфицирования ВИЧ:

- Единичный контакт с потенциально инфицированным ВИЧ материалом в предшествующие 72 часа
- Половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером из группы высокого риска.

3.4.3. Тактика

Выбор АРВ препаратов для ПК

Имеются данные об эффективности монотерапии зидовудином, при этом показано снижение риска развития ВИЧ-инфекции на 81%.

Преимущество схем из тех АРВ препаратов перед схемами из двух АРВ препаратов не доказано. Есть лишь некоторые сведения о выраженной токсичности 3-х компонентных схем и сравнительно хорошей переносимости 2-х компонентных. Назначение схемы из 2-х АРВ препаратов является практичным вариантом, т.к. имеется потенциальное преимущество, что курс лечения будет доведен до конца.

А. Начать АРВ профилактику в первые часы после контакта (обязательно в первые 72 часа).

Режимы постконтактной профилактики (ПКП)

режим	Показания	Препараты
Основной	Повреждения кожи, слизистых оболочек, контакт с небольшим объемом биологической жидкости (уколы, порезы)	Зидовудин по 300 мг. 2 раза в день + ламивудин по 150 мг 2 раза в день Или комбивир по 1 табл. 2 раза в сутки
Альтернативная схема	Тенофовир+эмтрицитабин (или ЛМВ) ставудин+ламивудин	
Расширенный (усиленный)	Контакт, сопряженный с высоким риском инфицирования (контакт с большим объемом биологической жидкости), глубокие порезы, раны, сопровождающиеся кровотечением. Заведомо известный ВИЧ положительный статус пациента.	Основной режим в сочетании с третьим препаратом (на выбор)

Примечание: сочетание тенофовира и эмтрицитабина выпускается в виде комбинированного препарата (Трувада), его назначают по 1 таблетке в сутки (можно использовать при регистрации в РК)

Схема выбора: Зидовудин+ламивудин+ лопинавир/ритонавир

Альтернативные : Зидовудин+ламивудин+саквинавир/ритонавир

Или

в случае непереносимости препаратов применяют альтернативные препараты (см. ниже).

Тенофовир+эмтрицитабин+ саквинавир/ритонавир

Или

Ставудин+ламивудин+ саквинавир/ритонавир

Примечание: Сочетание фиксированных доз тенофовира и эмтрицитабина выпускается в виде комбинированного препарата (Трувада), его назначают по 1 таблетке в сутки

Б. Дозы АРВ препаратов:

Зидовудин 300мг. Внутрь 2 раза в сутки, во время еды.

Ламивудин, 150 мг. Внутрь 2 раза в сутки или 300 мг. 1 раз в сутки.

Эмтрицитабин, 200мг. Внутрь 1 раз в сутки.

Тенофовир, 300мг. Внутрь 1 раз в сутки.

Лопинавир/ритонавир, 400/100 мг. Внутрь 2 раза в сутки, во время еды.

Саквинавир/ритонавир, 1000/100мг. Внутрь 2 раза в сутки.

Фосампренавир/ритонавир, 700/100мг., внутрь 2 раза в сутки.

Если ПКП необходима ребенку, дозы препаратов назначают в соответствии с Протоколами «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей».

В. Провести лабораторные исследования с целью выявления противопоказаний к АРВ препаратам и определения исходных показателей для дальнейшей оценки побочных эффектов лечения:

1. Тест на беременность

2. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов

3. ЩФ и уровень билирубина.

АРВ препараты не рекомендуют для ПКП. Из-за возможности развития серьезных, угрожающих жизни побочных эффектов для ПКП не рекомендуется назначать Абакавир, комбинация диданозина со ставудином, невирапин, ампренавир. Противопоказан для беременных и кормящих женщин эфавиренз.

Примечания: Если источником контакта был ВИЧ-инфицированный, то при выборе схемы для ПКП следует учесть, какие АРВ препараты он принимал раньше и принимает сейчас, данные о его вирусной нагрузке, генотипической и фенотипической резистентности (если есть). Необходимо проконсультироваться у специалиста по ВИЧ-инфекции.

Приложение VIII-А.
БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ
на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____ предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях _____ и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Я осведомлен (а) о том, что в настоящее время о применении постконтактной профилактики собрано мало информации, и что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

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

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для обследования и лечения.

Фамилия

Подпись

Дата

Приложение VIII-В.
Тактика ведения медицинских работников, контактировавших с инфицированным материалом

Медицинскому работнику, подвергшемуся риску заражения ВИЧ, необходимо рекомендовать на период наблюдения:

- 1) избегать половых контактов или использовать презервативы, чтобы предупредить заражение партнера;
- 2) использовать методы контрацепции;
- 3) не становиться донором крови (в том числе для заготовки ее компонентов), спермы или органов;
- 4) прекратить кормление грудью.

Поскольку схемы АРВ профилактики достаточно сложны и нередко вызывают побочные эффекты, пострадавший медицинский работник должен находиться под постоянным наблюдением либо специалиста по ВИЧ-инфекции, либо специалиста по профессиональным болезням, знакомым с текущими рекомендациями по ПКП. Если такое наблюдение не доступно, лечащий врач должен постоянно консультироваться у таких специалистов.

Тестирование на ВИЧ (конфиденциальное) должно быть проведено сразу после контакта и спустя 1, 3 и 6 месяцев, даже если пострадавший отказался от ПКП. Если результат тестирования положительный, то диагноз ВИЧ-инфекции необходимо подтвердить методом иммуноблоттинга. Появление у пострадавшего лихорадки и других симптомов острого инфекционного заболевания (например, сыпи, лимфаденопатии, миалгии, боли в горле) указывает на возможность сероконверсии (появления антител к ВИЧ) и служит показанием к немедленному тестированию на ВИЧ. В случае положительного результата тестирования медицинского работника необходимо направить на консультацию к специалисту по ВИЧ-инфекции для дальнейшего обследования и лечения.

В течение первого месяца после контакта медицинский работник должен еженедельно посещать врача. Во время посещений оценивается соблюдение режима ПКП, выявляются побочные эффекты АРВ препаратов, изменения самочувствия и эмоционального состояния за период после предыдущего обследования. При выявлении каких-либо психологических проблем рекомендуется направить медицинского работника на консультацию к психиатру или психологу.

Побочные эффекты АРВ препаратов, входящих в схему ПКП, следует лечить согласно существующим рекомендациями.

Приложение VIII-С.
Основные побочные эффекты антиретровирусных препаратов, назначаемых для ПКП

Класс препаратов/препарат	Основные побочные эффекты
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	
Зидовудин	Анемия, нейтропения, тошнота, головная боль, бессонница, миалгия, слабость
Ламивудин	Боль в животе, тошнота, диарея, сыпь, панкреатит
Ставудин	Периферическая нейропатия, головная боль, диарея, тошнота, бессонница, анорексия, панкреатит, повышение активности печеночных ферментов, анемия, нейтропения
Диданозин	Панкреатит, лактацидоз, нейропатия, диарея, боль в животе, тошнота
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)	
Невирапин	Сыпь (включая случаи синдрома Стивенса—Джонсона), лихорадка, тошнота, головная боль, повышение активности печеночных ферментов, токсическое поражение печени (может привести к летальному исходу)
Эфавиренз	Сыпь (включая случаи синдрома Стивенса—Джонсона), бессонница, сонливость, головокружение, нарушения концентрации внимания, кошмарные сновидения
Ингибиторы протеазы ВИЧ (ИП)	
Индинавир	Тошнота, боль в животе, нефролитиаз, непрямая гипербилирубинемия
Нелфинавир	Диарея, тошнота, боль в животе, слабость, сыпь
Лопинавир/ритонавир	Диарея, утомляемость, головная боль, тошнота, повышение уровня холестерина и триглицеридов в крови
Саквинавир в мягких желатиновых капсулах	Расстройства ЖКТ, головная боль, токсическое поражение печени, липодистрофия

Приложение VIII-D.
БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА
на тестирование на ВИЧ и использование его результатов

Информированное согласие пациента
на тестирование на ВИЧ и использование его результатов
в целях проведения постконтактной профилактики медицинскому работнику,
контактировавшему с кровью или другими биологическими жидкостями пациента

У медицинского работника нашего учреждения был контакт с вашей кровью или другой биологической жидкостью, который сопряжен с риском заражения инфекциями, передающимися с кровью. Многие люди не знают, что у них есть такая инфекция, поскольку носительство вируса может не сопровождаться какими-либо симптомами. Поэтому мы просим вашего согласия на проведение вам тестирования на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Вы будете также обследованы на носительство вируса гепатита В (ВГВ) и вируса гепатита С (ВГС). Согласно приказа МЗ РК № 575 от 11.06.02. «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения ВИЧ», тестирование на ВИЧ является добровольным и предполагает получение от вас информированного (письменного) согласия.

Для выявления ВИЧ-инфекции применяются различные методы исследования. Информацию о них вам может предоставить лечащий врач или консультант. Порядок обследования на ВИЧ подразумевает взятие и исследование крови. Наиболее распространенным видом обследования на ВИЧ является тестирование на наличие антител к ВИЧ. Результат вашего тестирования на ВИЧ поможет установить, есть ли у медицинского работника, контактировавшего с вашей кровью или другими биологическими жидкостями (далее - пострадавшего медицинского работника), риск инфицирования ВИЧ, и нужно ли назначать ему химиопрофилактику. Дополнительное обследование позволит узнать, являетесь ли вы носителем вирусов гепатита В или С.

Значение результатов исследования на ВИЧ

- Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ означает, что вы, скорее всего, не инфицированы ВИЧ, но, если инфицирование ВИЧ произошло недавно, уровень антител к ВИЧ может быть еще недостаточным для определения. Если вы полагаете, что подвергались риску инфицирования ВИЧ, вам следует обсудить это с медицинским работником, попросившим вашего согласия на проведение тестирования на ВИЧ, и вам следует пройти повторное тестирование через 3 месяца после последнего события, сопряженного с риском инфицирования.

- Положительный результат тестирования означает, что вы инфицированы ВИЧ и можете стать источником инфекции для других людей.

- Иногда результат тестирования на антитела к ВИЧ нельзя расценить как безусловно положительный или отрицательный. Лечащий врач или консультант расскажет вам о возможных причинах получения такого результата и может попросить вашего согласия на дополнительное обследование.

Вас также просят разрешить названному ниже врачу, который проводит лечение пострадавшего медицинского работника, ознакомиться с конфиденциальной информацией, касающейся вашего ВИЧ-статуса. Это необходимо для того, чтобы предоставить медицинскому работнику соответствующую медицинскую помощь и провести консультирование относительно риска развития инфекции и возможности инфицировать других людей. С конфиденциальной информацией о вашем ВИЧ-статусе могут быть ознакомлены, за исключением определенных лиц, только те люди, в отношении которых вы подпишете соответствующее разрешение. Эти люди несут юридическую ответственность за дальнейшее разглашение результатов тестирования, в случае если это каким-либо образом может повлиять на вашу жизнь. Список лиц, которым может быть передана конфиденциальная информация о результатах вашего тестирования на ВИЧ без такого разрешения, находится на обратной стороне этого бланка.

(Фамилия лечащего врача пострадавшего медицинского работника, которому будет сообщен результат вашего тестирования на ВИЧ)

(Не обязательно для заполнения: фамилия пострадавшего медицинского работника, которому будет сообщен результат вашего тестирования на ВИЧ)

Перед тем как выразить согласие, вы должны быть проконсультированы о последствиях тестирования на ВИЧ и ознакомлены с законодательно утвержденным правом на конфиденциальность тестирования.

Мне понятна цель, ради которой меня попросили предоставить образец биологической жидкости для исследования на ВИЧ. Я получил(а) ответы на все свои вопросы, касающиеся тестирования на ВИЧ. Я согласен(на) пройти тестирование на ВИЧ и разрешаю медицинскому работнику, подвергшемуся риску инфицирования, и его лечащим врачам ознакомиться с результатами тестирования. Данное разрешение действительно в течение одного года после указанной ниже даты.

(Фамилия обследуемого, разборчиво) _____ Дата _____

(Подпись обследуемого или лица, выражающего согласие от его имени)

Я провел(а) предтестовое консультирование пациента и ответил(а) на все вопросы пациента, касающиеся тестирования на ВИЧ, и выдал(а) ему неподписанную копию данного бланка.

Подпись _____ Должность _____
Учреждение/Фамилия врача _____

Хотя в случае профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом необходимо проведение конфиденциального тестирования с указанием личных данных, в соответствии с приказом МЗ РК № 575 от 11.06.02. «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения ВИЧ», доводим до Вашего сведения, что тестирование на ВИЧ можно пройти анонимно. Адреса учреждений, в которых проводится анонимное тестирование, можно узнать по телефону _____.

Приложение VIII-Е.

Регистрация профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом

Отчет о контакте медицинского работника с потенциально инфицированным материалом должен включать:

- дату и время контакта;
- подробное описание выполнявшейся манипуляции: когда и как произошел контакт; при ранении острым инструментом указать тип и марку инструмента, каким образом и в какой момент в ходе манипуляции с инструментом произошел контакт;
- подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта (например, при контакте с повреждением кожных покровов — глубину повреждения и факт попадания биологической жидкости в рану; при контакте с кожей или слизистыми — примерный объем попавшего на кожу или слизистые инфицированного материала и состояние кожных покровов в месте контакта (например, обветренная, стертая, или неповрежденная кожа);
- подробные сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт (например, содержал ли биологический материал ВИЧ, вирусы гепатита В или С; если известно, что пациент ВИЧ-инфицирован, необходимо указать стадию заболевания, привести сведения об АРТ, вирусной нагрузке и информацию о резистентности к АРВ препаратам, если такая информация имеется);
- сведения о медицинском работнике, подвергшемся риску инфицирования (например, вакцинирован ли он против гепатита В, и наличие поствакцинального иммунитета);
- подробные сведения о консультировании, постконтактной АРВ профилактике и диспансерном наблюдении.

Приложение VIII-F.
Примерный бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

ФИО:		Адрес (рабочий):		Адрес (домашний):
Дата рождения:	Пол:	Должность:	Стаж работы:	Телефон:
Дата/время контакта:	Где произошел контакт:		Действия в момент контакта:	
Характер контакта (например, укол иглой, порез, забрызгивание):				
Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошел контакт:				
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта				
Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт: Материал содержал: ВГВ: ВГС: ВИЧ: Если пациент ВИЧ-инфицирован: Стадия заболевания: Вирусная нагрузка: Сведения об АРТ: Резистентность к АРТ: Проведено предтестовое консультирование:		Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту: Инфицирован: ВГВ: ВГС: ВИЧ: Сопутствующие заболевания: Вакцинация против гепатита В: Поствакцинальный иммунитет: Проведено предтестовое консультирование:		
Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ Проведено послетестовое консультирование: Направления:		Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ Проведено послетестовое консультирование: Направления:		
		Предложена постконтактная профилактика: Получено информированное согласие: Препараты:		
Обследования после контакта:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	Активность печеночных ферментов	Подпись	
1-я неделя				
2-я неделя				
3-я неделя				
4-я неделя				
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: 1 месяц 3 месяца 6 месяцев				
Подпись/Печать		Дата:		

Приложение VIII-Г.

**Примерный бланк отчета о не профессиональном контакте
с потенциально инфицированным материалом**

ФИО:		Адрес(рабочий):		Адрес (домашний):	
Дата рождения:	Пол:			Телефон:	
Дата/время контакта:	Где произошел контакт:		Действия в момент контакта:		
Характер контакта (например, укол иглой, порез, забрызгивание):					
Подробное описание действий в момент контакта с указанием того, когда и как произошел контакт:					
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта					
Сведения о лице, с биологическими жидкостями которого произошел контакт: Материал содержал: ВГВ: ВГС: ВИЧ: Если лицо ВИЧ-инфицировано: Стадия заболевания: Вирусная нагрузка: Сведения об АРТ: Резистентность к АРТ: Проведено предтестовое консультирование:			Сведения о лице, подвергшемся контакту: Инфицирован: ВГВ: ВГС: ВИЧ: Сопутствующие заболевания: Вакцинация против гепатита В: Поствакцинальный иммунитет: <u>Проведено предтестовое консультирование:</u>		
Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ Проведено предтестовое консультирование: Направления:			Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ Проведено предтестовое консультирование: Направления		
			Предложена постконтактная профилактика: Получено информированное согласие: Препараты:		
Обследования после контакта:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы		Активность печеночных ферментов	Подпись	
1-я неделя					
2-я неделя					
3-я неделя					
4-я неделя					
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: 1 месяц 3 месяца 6 месяцев					
Подпись/Печать			Дата:		

Часть 2. Контроль за предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе

Текущий контроль за предоставлением тестирования и консультирования

Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) Государственных учреждений.

Цель разработки данных бланков – предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по предоставлению тестирования и консультирования (ТиК). Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой для учреждений вторичного и третичного уровней. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным, а также к какому уровню оно принадлежит.

Сбор информации. Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится перечень сведений, которые будут запрашиваться у негосударственных и государственных медицинских учреждений:

Первичного уровня:

- Число пунктов АТ и ПСК в регионе
- Число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней) 1 раз в 3 месяца
- Данные о доступности тестирования на ВИЧ в данном учреждении
- Число лиц, направленных на тестирование на ВИЧ в ГЦ, ОЦ СПИД, другие учреждения за последний месяц (30 дней) 1 раз в 3 месяца
- Число лиц, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней), если такое тестирование проводится
- Число выявленных ВИЧ-положительных лиц за последний месяц (30 дней)
- Число лиц, получивших результаты тестирования и ПТК
- Число лиц, направленных в общественные группы поддержки за последний месяц (30 дней)
- Сколько лиц тестировано анонимно (114 код) 1 раз в 3 месяца

Вторичного и третичного уровней:

- Число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней) 1 раз в 3 месяца
- Число лиц, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней), 1 раз в 3 месяца
- Число выявленных ВИЧ-положительных лиц за последний месяц (30 дней)
- Число лиц, получивших результаты тестирования и ПТК
- Число лиц, направленных в общественные группы поддержки за последний месяц (30 дней) связь с НПО
- Число лиц вставших на диспансерный учет добровольно, контроль качества консультирования (опрос клиентов выборочный при их согласии, анкетирование)

Следующие бланки предназначены для получения сведений о государственных и негосударственных учреждениях, предоставляющих населению ТиК.

Разработано 2 бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой – для учреждений вторичного и третичного уровней. Каждый бланк состоит из 2 частей: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно ТиК.

Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих тестирование и консультирование.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Наименование учреждения	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения	☐ Население в целом ☐ Особая группа (ы) (укажите)

Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)
---------------------------------------	---

Часть 2. Тестирование и консультирование.	
1. Сколько человек проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последние 3 месяца? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число консультированных: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Учреждение выдает направление на тестирование, или тестирование проводится в нем самом?	☐ Выдаются направления в другие учреждения ☐ Тестирование проводится в данном учреждении
Если выдаются направления, из числа проконсультированных за последние 3 месяца сколько их получило?	Число направленных на тестирование в другие учреждения: _____
Если тестирование проводится в данном учреждении, из числа проконсультированных за последние 3 месяца сколько человек его прошло?	Число прошедших тестирование в данном учреждении: _____
Из числа прошедших тестирование в данном учреждении за последние 3 месяца, сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа прошедших тестирование в данном учреждении за последние 3 месяца, сколько человек получило результаты?	Число получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в данном учреждении сколько лиц прошли анонимно?	Число тестируемых анонимно: _____

Для медицинских учреждений вторичного и третичного уровней (государственных и негосударственных), предоставляющих тестирование и консультирование.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Наименование учреждения	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Уровень медицинского учреждения	☐ Вторичный ☐ Особая группа (ы) (укажите) _____
Численность персонала оказывающего услуги ТиК, их специальность, подготовленность по ПСК	Число персонала: _____ в т.ч. по специальности _____ Число имеющих подготовку по ПСК: _____ Число нуждающихся в подготовке по ПСК: _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

Часть 2. Тестирование и консультирование	
1. Сколько человек проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последние 3 месяца? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число консультированных: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа проконсультированных за последние 3 месяца сколько человек прошло тестирование в данном учреждении?	Число прошедших тестирование: _____
Из числа прошедших тестирование в данном учреждении за последние 3 месяца, сколько человек оказалось ВИЧ-	Число ВИЧ-положительных: _____ Число вставших на учет: _____

положительными?	
Из числа прошедших тестирование за последние 3 месяца сколько человек получивших результаты получили послетестовое консультирование	Число получивших результаты: _____ Число получивших ПТК: _____

Примечание: Контроль качества – консультирования осуществляют специалисты третичного звена (центра СПИД) путем выборочного опроса клиентов, путем анкетирования и др.

Текущий контроль за предоставлением антиретровирусной терапии

Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 3) НПО и других негосударственных организаций;
- 4) Государственных учреждений.

Цель разработки данных бланков – предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по антиретровирусной терапии (АРТ). Для каждого уровня медицинских учреждений разработан свой бланк. один для медицинских учреждений первичного уровня, другой для учреждений вторичного и третичного уровней. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным.

Сбор информации. Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится перечень сведений, которые будут запрашиваться у негосударственных и государственных медицинских учреждений:

Первичного уровня:

- Число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последние 3 месяца
- Число пациентов, направленных в другие учреждения для определения показаний к АРТ за последние 3 месяца
- Число пациентов, получающих АРТ
- Данные о диспансерном наблюдении и его целях (контроль за соблюдением режима АРТ, выявление побочных эффектов, неэффективности лечения, резистентности и др.)
- Число пациентов, направленных в учреждения вторичного уровня по поводу побочных эффектов АРТ
- Данные о предоставлении пациентам антиретровирусных препаратов
- Данные о перебоях в поставках антиретровирусных препаратов

Вторичного уровня

- Число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последние 3 месяца
- Число пациентов, обследованных для определения показаний к АРТ за последние 3 месяца, с указанием применявшихся методов
- Число пациентов, которые начали получать АРТ в течении последних 3 месяцев
- Общее число пациентов, получающих АРТ
- Данные о консультировании по поводу соблюдения режима АРТ
- Данные о диспансерном наблюдении и его целях (контроль за соблюдением режима АРТ, выявление побочных эффектов, неэффективности лечения, резистентности и др.)
- Данные о направлении пациентов в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения
- Данные о назначении схем АРТ второго ряда

Третичного уровня

- Число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последние 3 месяца
- Число пациентов, обследованных для определения показаний к АРТ за последние 3 месяца, с указанием применявшихся методов
- Число пациентов, которые начали получать АРТ в течении последних 3 месяцев
- Общее число пациентов, получающих АРТ
- Данные о консультировании по поводу соблюдения режима АРТ

- Данные о диспансерном наблюдении и его целях (контроль за соблюдением режима АРТ, выявление побочных эффектов, неэффективности лечения, резистентности и др.)
- Данные о направлении пациентов в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения
- Данные о назначении схем АРТ второго ряда
- Описание «трудных случаев»

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, предоставляющих населению АРТ и связанные с ней услуги.

Разработано 3 бланка, по одному для каждого уровня медицинских учреждений. Каждый бланк состоит из 2 частей: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно АРТ.

Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих антиретровирусную терапию.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Наименование учреждения	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения	☐ Население в целом ☐ Особая группа (ы) (укажите)
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)
Наличие ответственных лиц по вопросам ВИЧ/СПИД	☐ Да ☐ нет
Подготовленность по вопросам ВИЧ/СПИД и АРТ	☐ да ☐ нет

Часть 2. Антиретровирусная терапия.	
1. Сколько человек ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последние 3 месяца? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин? 4. В т.ч. детей до 14 лет 5. подростков до 18 лет	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____ 6. В т.ч. детей до 14 лет 4. подростков до 18 лет
Из числа обратившихся за последние 3 месяца, сколько ВИЧ-инфицированных было направлено в другие учреждения для определения показаний к АРТ?	Число пациентов направленных в другие учреждения для определения показаний к АРТ: _____
Из числа обратившихся за последние 3 месяца, сколько ВИЧ-инфицированных получают АРТ?	Число пациентов получающих АРТ: _____
Есть ли среди обратившихся за последние 3 месяца и получающих АРТ пациенты, которые наблюдаются в учреждении?	☐ да ☐ нет
Если да, то с какой целью проводится наблюдение?	☐ Контроль за соблюдением режима АРТ ☐ Выявление побочных эффектов ☐ Выявление неэффективности лечения ☐ Выявление резистентности ☐ Другое (укажите)
Сколько лиц имеют показания к АРТ?	Число пациентов имеющих показания для АРТ: _____
Из числа лиц имеющих показания к АРТ, не получают лечение по причинам	☐ Отказ ☐ Отсутствие препаратов ☐ Другое (укажите)

Из числа лиц получавших АРТ сколько прервано и по причинам?	Число пациентов отказавшихся от АРТ: ____ в т.ч. ПИН ____ Из-за отсутствие препаратов: ____ Другое (укажите) _____
Из числа обратившихся за последние 3 месяца и получающих АРТ, сколько человек были направлены в учреждения вторичного уровня по поводу побочных эффектов?	Число пациентов направленных в другие учреждения по поводу побочных эффектов: _____
Обеспечивает ли учреждение своих пациентов антиретровирусными препаратами?	☐ да ☐ нет
Если да, то сколько человек в настоящее время обеспечиваются антиретровирусными препаратами?	Число пациентов, которые обеспечиваются антиретровирусными препаратами _____
Если учреждение обеспечивает своих пациентов антиретровирусными препаратами, сколько раз за последние 6 месяцев имели место перебои со снабжением ими?	Число случаев за последние 6 месяцев, когда антиретровирусных препаратов не было в наличии: _____

Для медицинских учреждений вторичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих антиретровирусную терапию.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Наименование учреждения	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения	☐ Население в целом ☐ Особая группа (ы) (укажите) _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)
Наличие ответственных лиц по вопросам ВИЧ/СПИД	☐ Да ☐ нет
Подготовленность по вопросам ВИЧ/СПИД и АРТ	☐ да ☐ нет

Часть 2. Антиретровирусная терапия.	
1. Сколько человек ВИЧ инфицированных обратилось в учреждение за последние 3 месяца? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин? 4. В т.ч. детей до 14 лет 5. подростков до 18 лет	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____ 4. В т.ч. детей до 14 лет 5. подростков до 18 лет
Из числа обратившихся за последние 3 месяца, сколько ВИЧ-инфицированных было обследовано для определения показаний к АРТ?	Число обследованных: _____
Какие методы обследования применялись?	☐ Клиническое обследование ☐ Определение числа лимфоцитов CD4 ☐ Определение вирусной нагрузки ☐ Другое _____
Из числа обследованных за последние 3 месяца, сколько человек стали получать АРТ, в т.ч. детей?	Число пациентов, которые начали получать АРТ в течении последних 3 месяцев: _____ В т.ч. дети _____
Из числа обратившихся за последние 3 месяца, сколько	Общее число пациентов, получающих АРТ: _____

человек стало получать АРТ?	В т.ч. дети _____
Из числа лиц получавших АРТ сколько прервано и по причинам?	Число пациентов отказавшихся от АРТ: _____ в т.ч. ПИН _____ Из-за отсутствие препаратов: _____ Другое (укажите) _____
Проводится ли в учреждении консультирование по поводу соблюдения режима терапии для пациентов, получающих АРТ?	☐ да ☐ нет
Есть ли среди обратившихся за последние 3 месяца и получающих АРТ пациенты, которые наблюдаются в учреждении?	☐ да ☐ нет
Если да, то с какой целью проводится наблюдение?	☐ Контроль за соблюдением режима АРТ ☐ Выявление побочных эффектов ☐ Выявление неэффективности лечения ☐ Выявление резистентности ☐ Другое (укажите) учреждения первичного уровня _____
Если нет, то направляются ли пациенты для диспансерного наблюдения в учреждения первичного уровня?	☐ да ☐ нет
Если в ходе наблюдения выявляются признаки неэффективности терапии, назначаются ли в учреждении схемы АРТ второго ряда?	☐ да ☐ нет

Для медицинских учреждений третичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих антиретровирусную терапию.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Наименование учреждения	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения	☐ Население в целом ☐ Особая группа (ы) (укажите) _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

Часть 2. Антиретровирусная терапия.	
6. Сколько человек ВИЧ инфицированных обратилось в учреждение за последние 3 месяца? 7. Сколько из них было женщин? 8. Сколько было мужчин? 9. В т.ч. детей до 14 лет 10. подростков до 18 лет	6. Число обратившихся: _____ 7. Число женщин: _____ 8. Число мужчин: _____ 9. В т.ч. детей до 14 лет 10. подростков до 18 лет
Из числа обратившихся за последние 3 месяца, сколько ВИЧ-инфицированных было обследовано для определения показаний к АРТ?	Число обследованных: _____
Какие методы обследования применялись?	☐ Клиническое обследование ☐ Определение числа лимфоцитов CD4 ☐ Определение вирусной нагрузки ☐ Другое _____

Из числа обследованных за последние 3 месяца, сколько человек получают АРТ, в т.ч. детей?	Число пациентов, которые начали получать АРТ в течении последних 3 месяцев: _____ В т.ч. дети _____
Из числа обратившихся за последние 3 месяца, сколько человек стало получать АРТ?	Общее число пациентов, получающих АРТ: _____ В т.ч. дети _____
Проводится ли в учреждении консультирование по поводу соблюдения режима терапии для пациентов, получающих АРТ?	☐ да ☐ нет
Есть ли среди обратившихся за последние 3 месяца и получающих АРТ пациенты, которые наблюдаются в учреждении?	☐ да ☐ нет
Если да, то с какой целью проводится наблюдение?	☐ Контроль за соблюдением режима АРТ ☐ Выявление побочных эффектов ☐ Выявление неэффективности лечения ☐ Выявление резистентности ☐ Другое (укажите) учреждения первичного уровня
Если нет, то направляются ли пациенты для диспансерного наблюдения в учреждения первичного уровня?	☐ да ☐ нет
Если в ходе наблюдения выявляются признаки неэффективности терапии, назначаются ли в учреждении схемы АРТ второго ряда?	☐ да ☐ нет
Какова тактика ведения трудных случаев в учреждении Опишите такой случай:	

Текущий контроль за выявлением и лечением оппортунистических инфекций

Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

Цель разработки данных бланков – предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по выявлению и лечению оппортунистических инфекций (ОИ) и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой – для учреждений вторичного и третичного уровней. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным, а также к какому уровню оно относится.

Сбор информации. Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений:**

Первичного уровня

- Число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней)
- Число ВИЧ-инфицированных, у которых были диагностированы ОИ или злокачественные новообразования в течение последнего месяца (30 дней), с указанием применявшихся методов

- Число пациентов с диагностированными ОИ или злокачественными новообразованиями, которые нуждались в госпитализации или специализированной помощи
- Число пациентов с диагностированными ОИ или злокачественными новообразованиями, которые были направлены в учреждения вторичного или третичного уровней или в специализированные клиники
- Число пациентов, получивших вторичную профилактику ОИ
- Число пациентов на диспансерном наблюдении

Вторичного и третичного уровней

- Число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней)
- Число ВИЧ-инфицированных, у которых были диагностированы ОИ или злокачественные новообразования в течение последнего месяца (30 дней), с указанием применявшихся методов
- Число пациентов с диагностированными ОИ или злокачественными новообразованиями, которые нуждались в госпитализации или специализированной помощи
- Число пациентов, пролеченных амбулаторно
- Число пациентов, пролеченных стационарно
- Число пациентов, направленных в специализированные клиники
- Число пациентов, получивших вторичную профилактику ОИ
- Число пациентов, направленных для диспансерного наблюдения в другие учреждения
- Число пациентов, наблюдавшихся в данном учреждении (если такое наблюдение ведется)

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, которые занимаются диагностикой и лечением ОИ и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.

Разработано **2 бланка**: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой – для учреждений вторичного и третичного уровней. Каждый бланк состоит из **2 частей**: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно диагностике и лечению ОИ и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.

Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся диагностикой и лечением оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом ☐ Особая группа(ы) (укажите): _____ _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или Помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

Часть 2. Диагностика и лечение оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных	
1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последние 3 месяца? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, у скольких были диагностированы оппортунистические инфекции (ОИ) или злокачественные новообразования?	Число поставленных диагнозов: _____

Какие методы используются в учреждении для диагностики ОИ и злокачественные новообразований? (Отметьте все подходящие варианты.)	☐ Клиническое исследование ☐ Биохимические исследования ☐ Общий анализ крови ☐ Рентгенологическое исследование ☐ Другое (укажите):
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, сколько человек нуждалось в госпитализации или другой специализированной помощи?	Число нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи: _____
Сколько из них было направлено в медицинские учреждения вторичного или третичного уровней или в специализированные клиники?	Число направленных в другие учреждения: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, сколько человек получило вторичную профилактику ОИ в данном учреждении?	Число получивших вторичную Профилактику ОИ: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца и получающих лечение или профилактику ОИ, сколько человек наблюдается в данном учреждении?	Число пациентов на диспансерном наблюдении: _____

Для медицинских учреждений вторичного и третичного уровней (государственных и Негосударственных), занимающихся диагностикой и лечением оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований ВИЧ-инфицированных.

Часть 1. Информация об учреждении

Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Уровень учреждения:	☐ Вторичный ☐ Третичный
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом ☐ Особая группа(ы) (укажите):
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, хирургические вмешательства и др.)

Часть 2. Диагностика и лечение оппортунистических инфекций и злокачественных Новообразований у ВИЧ-инфицированных

1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось за последние 3 месяца ? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, у скольких были диагностированы оппортунистические инфекции (ОИ) или злокачественные новообразования?	Число поставленных диагнозов: _____
Какие методы используются в учреждении для диагностики ОИ и злокачественных новообразований ? (Отметьте все подходящие варианты.)	☐ Клиническое исследование ☐ Биохимические исследования ☐ Общий анализ крови ☐ Рентгенологическое исследование ☐ ИФА

	☐ УЗИ ☐ Биопсия ☐ ПЦР ☐ МРТ ☐ КТ ☐ Другое (укажите): _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, сколько человек нуждалось в госпитализации или другой специализированной помощи?	Число нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за Последние 3 месяца и нуждавшихся в Госпитализации или специализированной помощи, сколько человек было пролечено амбулаторно?	Число пролеченных амбулаторно: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца и нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи, сколько человек было пролечено стационарно?	Число пролеченных стационарно: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца и нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи, сколько человек было направлено в специализированные клиники?	Число направленных в Специализированные клиники: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, сколько человек получило вторичную профилактику ОИ в данном Учреждении?	Число получивших вторичную профилактику ОИ: _____
Если в учреждении не ведется диспансерное наблюдение, из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца и получающих лечение или профилактику ОИ, сколько человек было направлено для диспансерного наблюдения в другие учреждения?	Число направленных для диспансерного Наблюдения в другие учреждения: _____
Если в учреждении ведется диспансерное наблюдение, из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца и получающих лечение или профилактику ОИ, сколько человек наблюдалось в данном учреждениях?	Число пациентов, наблюдавшихся в Данном учреждении: _____

Текущий контроль за осуществлением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) Государственных учреждений.

Цель разработки данных бланков – предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Для каждого уровня медицинских учреждений разработан свой бланк. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным.

Сбор информации. Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений:**

Первичного уровня

- Число женщин, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)

- Число женщин, проконсультированных по поводу риска ПМР за последний месяц (30 дней)
- Данные о доступности тестирования на ВИЧ в данном учреждении
- Число женщин, получивших направления на тестирование на ВИЧ в другие учреждения за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней), если такое тестирование проводится
- Число женщин, получивших результаты тестирования на ВИЧ
- Число выявленных ВИЧ-положительных женщин
- Число женщин, направленных в общественные группы поддержки
- Данные о наблюдении за ВИЧ-инфицированными женщинами до после родов

Вторичного уровня:

- Число женщин, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, проконсультированных по поводу риска ПМР за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, получивших результаты тестирования на ВИЧ
- Число выявленных ВИЧ-положительных женщин
- Число женщин, направленных в общественные группы поддержки
- Число женщин, прошедших обследование для определения показаний к ВААРТ за последний месяц (30 дней), с указанием применявшихся методов
- Число женщин, начавших получать ВААРТ в течение последнего месяца (30 дней)
- Число женщин, начавших получать зидовудин для профилактики ПМР в течение последнего месяца (30 дней)
- Число ВИЧ-инфицированных женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии
- Число ВИЧ-инфицированных женщин, направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения
- Число родов, принятых у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней)
- Число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции

Третичного уровня:

- Число женщин, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, проконсультированных по поводу риска ПМР за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней)
- Число женщин, получивших результаты тестирования на ВИЧ
- Число выявленных ВИЧ-положительных женщин
- Число женщин, направленных в общественные группы поддержки
- Число женщин, прошедших обследование для определения показаний к ВААРТ за последний месяц (30 дней), с указанием применявшихся методов
- Число женщин, начавших получать ВААРТ в течение последнего месяца (30 дней)
- Число женщин, начавших получать для профилактики ПМР в течение последнего месяца (30 дней)
- Число ВИЧ-инфицированных женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии
- Число ВИЧ-инфицированных женщин, направленных в учреждения первичного или вторичного уровней для диспансерного наблюдения
- Число родов, принятых у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней)
- Число кесаревых сечений у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней)
- Число новорожденных, которым выполнено обследование методом ПЦР и определено число лимфоцитов CD4
- Число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, предоставляющих населению ППМР.

Разработано 3 бланка, по одному для каждого уровня медицинских учреждений. Каждый бланк состоит из 2 частей: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно ППМР.

Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом

	☐ Особая группа(ы) (укажите):
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

Часть 2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	
Сколько женщин проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последние 3 месяца ?	Число проконсультированных женщин _____
Сколько женщин проконсультировано по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку (двойная защита, грудное вскармливание, безопасное ведение родов) за последние 3 месяца ?	Число женщин, проконсультированных по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку: _____
Учреждение выдает направления на тестирование, или тестирование проводится в нем самом?	☐ Выдаются направления в другие учреждения ☐ Тестирование проводится в данном учреждении
Если выдаются направления в другие учреждения, из числа проконсультированных за последние 3 месяца, сколько женщин было в них направлено?	Число женщин, направленных на тестирование в другие учреждения: _____
Если тестирование проводится в данном учреждении, из числа проконсультированных за последние 3 месяца, сколько женщин его прошло?	Число женщин, прошедших тестирование в данном учреждении: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько женщин получило результаты?	Число женщин, получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько женщин оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Если тестирование проводится в данном учреждении, из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последних 3 месяцев, сколько женщин было направлено в общественные группы поддержки?	Число женщин, направленных в общественные группы поддержки: _____
Проводится ли в учреждении дородовое и послеродовое наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин?	☐ Да ☐ Нет

Для медицинских учреждений вторичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом ☐ Особая группа(ы) (укажите):
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, планирование семьи и др.)

Часть 2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	
Сколько женщин проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последние 3 месяца?	Число проконсультированных женщин: _____
Сколько женщин проконсультировано по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку (двойная защита, грудное вскармливание, безопасное ведение родов) за последние 3 месяца?	Число женщин, проконсультированных по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку: _____
Из числа проконсультированных за последние 3 месяца, сколько женщин прошло тестирование на ВИЧ в данном учреждении?	Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько женщин получило результаты?	Число женщин, получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько женщин оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последних 3 месяцев, сколько женщин было направлено в общественные группы поддержки?	Число женщин, направленных в общественные группы поддержки: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, сколько женщин прошло обследование для определения показаний к ВААРТ?	Число обследованных женщин: _____

Какие методы обследования применялись? (Отметьте все подходящие варианты).	☐ Клиническое обследование ☐ Определение числа лимфоцитов CD4 ☐ Определение вирусной нагрузки ☐ Другое (укажите): _____ _____ _____
Из числа обследованных за последние 3 месяца, сколько женщин начало получать ВААРТ?	Число женщин, начавших получать ВААРТ: _____
Из числа обследованных за последние 3 месяца, сколько женщин начало получать зидовудин для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку?	Число женщин, начавших получать зидовудин: _____
Из числа начавших получать зидовудин в течение последних 3 месяцев, сколько женщин было проконсультировано по поводу соблюдения режима терапии?	Число женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии: _____
Из числа начавших получать зидовудин или оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последних 3 месяцев, сколько женщин было направлено в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения?	Число женщин, направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения: _____
Сколько родов было принято у ВИЧ-инфицированных женщин за последние 3 месяца?	Число родов за последний месяц: _____
Из числа новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в течение последних 3 месяцев, сколько были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции?	Число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты: _____

Для медицинских учреждений третичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом ☐ Особая группа(ы) (укажите): _____ _____ _____

Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, планирование семьи и др.)
---------------------------------------	--

Часть 2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	
Сколько женщин проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последние 3 месяца?	Число проконсультированных женщин: _____
Сколько женщин проконсультировано по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку (двойная защита, грудное вскармливание, безопасное ведение родов) за последние 3 месяца ?	Число женщин, проконсультированных по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку: _____
Из числа проконсультированных за последние 3 месяца , сколько женщин прошло тестирование на ВИЧ в данном учреждении?	Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько женщин получило результаты?	Число женщин, получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько женщин оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последних 3 месяцев , сколько женщин было направлено в общественные группы поддержки?	Число женщин, направленных в общественные группы поддержки: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последние 3 месяца, сколько женщин прошло обследование для определения показаний к ВААРТ?	Число обследованных женщин: _____
Какие методы обследования применялись? (Отметьте все подходящие варианты).	☐ Клиническое обследование ☐ Определение числа лимфоцитов CD4 ☐ Определение вирусной нагрузки ☐ Другое (укажите): _____ _____ _____
Из числа обследованных за последние 3 месяца, сколько женщин начало получать ВААРТ?	Число женщин, начавших получать ВААРТ: _____
Из числа обследованных за последние 3 месяца, сколько женщин начало получать зидовудин для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку?	Число женщин, начавших получать зидовудин: _____
Из числа начавших получать зидовудин в течение последних 3 месяцев, сколько женщин было проконсультировано по поводу соблюдения режима терапии?	Число женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии: _____
Из числа начавших получать зидовудин или оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последних 3 месяцев, сколько женщин было направлено в учреждения первичного и вторичного уровней для диспансерного наблюдения?	Число женщин, направленных в учреждения первичного или вторичного уровней для диспансерного наблюдения: _____
Сколько родов было принято у ВИЧ-инфицированных женщин за последние 3 месяца?	Число родов за последний месяц: _____
Сколько ВИЧ-инфицированных женщин было родоразрешено методом кесарева сечения?	Число кесаревых сечений: _____
Из числа новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в течение последних 3 месяцев, сколько было обследовано на ВИЧ метом ПЦР 1-месячного возраста	Число обследованных новорожденных: ПЦР _____
Из числа новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в течение последних 3 месяцев, скольким были назначены	Число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты: _____

Текущий контроль за проведением постконтактной профилактики

Основные положения

Медицинским учреждениям первичного и вторичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

Цель разработки данных бланков — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по проведению постконтактной профилактики (ПКП). Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного уровня. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным.

Сбор информации. Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений:

Первичного уровня

- Число лиц, обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней)
- Число лиц, которым был оценен риск заражения ВИЧ (учесть вид биологической жидкости и интенсивность контакта) с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов в течение последнего месяца (30 дней) или число лиц с установленным риском ВИЧ-инфицирования и подлежащих ПКП в течение последних 30 дней
- Число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней) в т.ч. медработников и пациентов
- Число лиц, прошедших тестирование на ВИЧ до начала ПКП за последний месяц (30 дней), в т.ч. медработников и пациентов
- Число лиц, оказавшихся ВИЧ-положительными до начала ПКП за последний месяц (30 дней) в т.ч. медработников и пациентов
- Число лиц, получивших ПКП в течение последнего месяца (30 дней)
- Число лиц, наблюдавшихся в учреждении в течение последнего месяца (30 дней)

Вторичного уровня

- Число лиц, обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней)
- Число лиц, которым был оценен риск заражения ВИЧ (учесть вид биологической жидкости и интенсивность контакта) с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов в течение последнего месяца (30 дней) или число лиц с установленным риском ВИЧ-инфицирования и подлежащих ПКП в течение последних 30 дней
- Число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней) в т.ч. медработников и пациентов
- Число лиц, прошедших тестирование на ВИЧ до начала ПКП за последний месяц (30 дней) в т.ч. медработников и пациентов
- Число лиц, оказавшихся ВИЧ-положительными до начала ПКП за последний месяц (30 дней) в т.ч. медработников и пациентов

Число лиц, подлежащих тестированию на ВИЧ:

через 1 месяц____, из них обследованных____, ВИЧ +____

через 3 месяца____, из них обследованных____, ВИЧ +____

через 6 месяцев____, из них обследованных____, ВИЧ +____

число лиц, подлежащих ПКП, _____ в т.ч. начавших ПКП в первые 72 часа _____

- Число лиц, получивших ПКП в течение последнего месяца (30 дней)
- Число лиц, направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения за последний месяц (30 дней)

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, предоставляющих населению услуги ПКП.

Разработано 2 *бланка'*, один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного уровня. Каждый бланк состоит из 2 *частей*: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно ПКП.

Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), осуществляющих постконтактную профилактику.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом ☐ Особая группа(ы) (укажите):
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и ДР.)
Часть 2. Постконтактная профилактика	
1. Сколько человек обратилось в учреждение за постконтактной профилактикой (ПКП) в течение последних 3 месяцев? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: 2. Число женщин: 3. Число мужчин:
Из числа обратившихся за ПКП в течение последних 3 месяцев, скольким был оценен риск заражения БИЧ с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов?	Число лиц, которым был оценен риск:
Из числа обратившихся за ПКП в течение последних 3 месяцев, сколько человек было проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ?	Число проконсультированных: Медработников- Пациентов-
Из числа обратившихся за ПКП в течение последних 3 месяцев, сколько человек до ее проведения прошло экспресс-тестирование на ВИЧ?	Число прошедших тестирование на ВИЧ: Медработников- Пациентов-
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: Медработников-

Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько человек сразу получило антиретровирусные препараты?	Число получивших антиретровирусные препараты для ПКП:
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько человек наблюдалось в учреждении?	Число пациентов, наблюдавшихся в учреждении:
Для медицинских учреждений вторичного уровня (государственных и негосударственных), осуществляющих постконтактную профилактику.	
Часть 1: Информация об учреждении	
Тип учреждения:	☐ Государственное ☐ Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	☐ Население в целом ☐ Особая группа(ы) (укажите):
Услуги, которые оказывает учреждение:	☐ Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным ☐ Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие
Часть 2: Постконтактная профилактика	
1. Сколько человек обратилось в учреждение за постконтактной профилактикой (ПКП) в течение последних 3 месяцев? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: 2. Число женщин: 3. Число мужчин:
Из числа обратившихся за ПКП в течение последних 3 месяцев, скольким был оценен риск заражения ВИЧ с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов?	Число лиц, которым был оценен риск:
Из числа обратившихся за ПКП в течение последних 3 месяцев, сколько человек было проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ?	Число проконсультированных:
Из числа обратившихся за ПКП в течение последних 3 месяцев, сколько человек до ее проведения прошло экспресс-тестирование на ВИЧ?	Число прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ:
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных:
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько человек сразу получило антиретровирусные препараты?	Число получивших антиретровирусные препараты для ПКП:
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последних 3 месяцев, сколько человек было направлено в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения?	Число направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения:

**Схема диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и больными СПИД
(взрослые и подростки)**

№	Нозологические формы (стадии ВИЧ-инфекции, классификация ВОЗ)	Виды исследования	Осмотр специалистов	Кратность	Длительность «Д» наблюдения
1.	I Клиническая стадия	Первичный осмотр. Общеклинические исследования: ОАК развернутая формула, ОАМ. Биохимический анализ крови: билирубин, общий белок, белковые фракции, сахар крови, остаточный азот, мочевины, АЛТ, АСТ, протромбиновый индекс, время свертывания крови. Иммунологическое исследование: CD4 (CD8, соотношение CD4/CD8 дополнительно при необходимости). Обследование на оппортунистические инфекции ИФА ЦМВ, токсоплазмоз, кандидоз, герпетическая инфекция, сифилис. Маркеры ВГВ, ВГС. При повторных посещениях: CD4, ОАК, ОАМ, другие анализы по показаниям. Рентгенография (флюорография) грудной клетки 1 раз в год	Осмотр врача инфекциониста. По показаниям осмотр узких специалистов. Консультация фтизиатра при решении вопроса о химиопрофилактике ТБ.	1 раз в 6 мес.	Постоянно
2.	II Клиническая стадия	Первичный осмотр. Общеклинические исследования: ОАК развернутая формула с подсчетом тромбоцитов, ОАМ. Биохимический анализ крови: билирубин, тимоловая проба, общий белок, белковые фракции, сахар крови, остаточный азот, мочевины, АЛТ, АСТ, протромбиновый индекс, время свертывания крови. Иммунологическое исследование: CD4 (CD8, соотношение	Осмотр врача инфекциониста. По показаниям осмотр узких специалистов. Консультация фтизиатра при решении вопроса о химиопрофилактике ТБ.	1 раз в 6 мес.	Постоянно

		СД4/СД8 дополнительно при необходимости). Обследование на оппортунистические инфекции по показаниям: ЦМВ, токсоплазмоз, кандидоз, герпетическая инфекция, криптококкоз, криптоспоририоз, сифилис. Инструментальные исследования по показаниям: УЗИ органов брюшной полости, КТ, МРТ головного мозга. Рентгенография (флюорография) грудной клетки 1 раз в год, по показаниям чаще			
3.	I I I Клиническая стадия	То же	То же	1 раз в 3 мес.месяца, по клиническим показаниям чаще	Постоянно
4.	I Y Клиническая стадия	То же	То же	1 раз в 3 мес.месяца, по клиническим показаниям чаще	Постоянно

Схема диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и больными СПИД (дети)

№	Нозологические формы (стадии ВИЧ-инфекции, классификация ВОЗ)	Виды исследования	Осмотр специалистов	Кратность	Длительность наблюдения
1.	I Клиническая стадия Нормальные показатели СД4	При первичном обследовании: ОАК (НВ, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ), ОАМ. Кровь на иммунный статус - СД4 лимфоциты, ПЦР (ВН). Биохимические показатели крови: билирубин, общий белок, белковые фракции, сахар крови, остаточный азот, мочевины, АЛТ, АСТ, протромбиновый индекс, время свертывания крови. Серологические исследования на герпесвирусные	Осмотр педиатра, врача инфекциониста. Консультация фтизиатра, невропатолога, отоларинголога, дерматолога, окулиста при выявлении ВИЧ-инфекции. При повторных осмотрах по показаниям осмотр узких специалистов.	1 раз в 6 мес.	Постоянно

		инфекции, токсоплазмоз, ЦМВ, маркеры ВГВ, ВГС, сифилис. Физикальное обследование. УЗИ органов брюшной полости, почек по показаниям. При повторных посещениях: СД4 - 1 раз в 3 мес. у детей до 2-х лет, 1 раз в 6 мес. старше 2 лет. ВН – 1 раз в 6 мес. По показаниям чаще, ОАК, ОАМ, другие анализы по показаниям. Рентгенография (флюорография) грудной клетки 1 раз в год			
2.	II Клиническая стадия При сниженных показателях СД4	При первичном обследовании: ОАК (НВ, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ), ОАМ. Кровь на иммунный статус - СД4 лимфоциты, ПЦР (ВН). Биохимические показатели крови: билирубин, общий белок, белковые фракции, сахар крови, остаточный азот, мочевины, АЛТ, АСТ, протромбиновый индекс, время свертывания крови. Серологические исследования на герпесвирусные инфекции, токсоплазмоз, ЦМВ, криптококкоз, криптоспоридиоз и другие, маркеры ВГВ, ВГС, сифилис. Инструментальные исследования по показаниям: УЗИ органов брюшной полости, КТ, МРТ головного мозга. При повторных посещениях: СД4 - 1 раз в 3 мес. у детей до 2-х лет, 1 раз в 6 мес. старше 2 лет. ВН – 1 раз в 6 мес. По показаниям чаще,	Осмотр врача инфекциониста. По показаниям осмотр узких специалистов.	1 раз в 3 мес.	Постоянно

		ОАК, ОАМ, другие анализы по показаниям. Рентгенография (флюорография) грудной клетки 1 раз в год.			
3.	III Клиническая стадия	То же	То же	1 раз в 3 месяца, по клиническим показаниям чаще	Постоянно
4.	IV Клиническая стадия	То же	То же	1 раз в 3 месяца, по клиническим показаниям чаще	Постоянно

График наблюдения за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей

Вид обследования	Сроки обследования
Участковый педиатр, медсестра	Медсестра на 1-2 день после выписки из родильного дома, Педиатр - на 2-3 день. В период новорожденности патронаж - еженедельно. С 1 месяца до 12 месяцев - ежемесячно
Физикальное обследование	В периоде новорожденности 1 раз в неделю, затем ежемесячно до снятия с учета
Антропометрия	В периоде новорожденности 1 раз в неделю, затем ежемесячно до снятия с учета
Оценка физического и психомоторного развития	В периоде новорожденности 1 раз в неделю, затем ежемесячно до снятия с учета
Осмотр неонатолога	При рождении
Осмотр невропатолога	При рождении, в 1 месяц, далее каждые 6 месяцев до снятия с учета
Осмотр отоларинголога	
Осмотр дерматолога	
Осмотр офтальмолога	
Осмотр хирурга	В 1 мес., в 1 год
Осмотр ортопеда	
Осмотр стоматолога	
Осмотр иммунолога	При составлении календаря прививок и вакцинации
Анализ крови клинический	При рождении, в 1 мес., затем каждые 3 мес.
Анализ крови Б/Х	При рождении, затем каждые 6 мес., по показаниям -чаще
ИФА на ВИЧ, ИБ	В 1-2 мес, в 3-4 мес., в 12 мес.
ПЦР	В 1-2 мес, в 3-4 мес., в 12 мес.
Серологические исследования на вирусные гепатиты В и С, сифилис, токсоплазмоз, ВПГ, ЦМВ	При рождении, затем каждые 6 месяцев до снятия с учета
Цитологические исследования на ЦМВ слюны и мочи *	При рождении, затем каждые 6 месяцев до снятия с учета
Рентгенография грудной клетки	1 раз в год

* При возможности лаборатории

Список использованной литературы

1. ТБ/ВИЧ Клиническое руководство. ВОЗ, 2006 г.
2. Туберкулёз и ВИЧ – инфекция: тактика ведения больных с сочетанной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
3. Обследование и антретровирусная терапия у взрослых и подростков. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г.
4. Managing Drug Interaction in the Treatment of HIV-Related Tuberculosis. CDC, December, 2007г.
5. Джон Бартлетт, Джоэл Галлант. Клинические аспекты ВИЧ – инфекции. Медицинская школа Университета Джонса Хопкинса, 2007г.
6. Руководство по программному ведению лекарственноустойчивого туберкулёза. ВОЗ, 2007г.
7. Об интеграции программ по туберкулёзу и ВИЧ – инфекции. Приказ МЗ РК № 722 от 16.11.2009г.
8. Быстрый совет. Антитретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. ВОЗ, 2009 г.
9. Быстрый совет. Использование антитретровирусных препаратов для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев, рекомендации 2009 г. Версия 2.
10. Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
11. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
12. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
13. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
14. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г. Изменения и дополнения к протоколам 2009-2010 годы.
15. Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с двойной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
16. Тактика ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г
17. Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с двойной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г