

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫМ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

методическое
пособие



2008

**Пособие издано при финансовой поддержке
министерства здравоохранения Свердловской
области в рамках областной целевой программы по
профилактике ВИЧ-инфекции на 2007 – 2009 годы.**

В пособии отражен опыт проекта «Формирование приверженности лечению ВИЧ-инфицированных лиц, находящихся в учреждениях системы исполнения наказания, и социальная адаптация ВИЧ-инфицированных, освободившихся из учреждений ГУФСИН России по Свердловской области», реализованного в Свердловской области в 2007 – 2008 годах, а также представлены методические рекомендации по организации диагностики и лечения, проведению работы по поддержанию приверженности терапии, организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях системы исполнения наказания, инструкция по профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинского персонала в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области.

Пособие предназначено для руководителей и сотрудников системы УИС (медицинских работников, психологов, социальных работников, командного и воспитательного состава, надзорных служб).

**© Автономная некоммерческая организация
«Центр семейной терапии и консультирования»**

622036, г. Нижний Тагил, а/я 261
E-mail: familycentre@mail.ru

Комарницкий И.А.	начальник Медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области
Подымова А.С.	главный врач ГУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», канд. мед. наук
Кадырова О.Ю.	главный специалист отдела ОМОС Медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области, врач-инфекционист
Прохорова О.Г.	заведующая отделом профилактики ВИЧ и психосоциального консультирования ГУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»
Эйсмонт Н.В.	заведующая диспансерным легочным отделением Свердловского ОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», ответственный специалист - фтизиатр по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в Свердловской области, канд. мед. наук
Огурцов А.Е.	главный специалист, врач-фтизиатр медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области
Винокуров Д.А.	врач-психотерапевт, директор АНО «Центр семейной терапии и консультирования», координатор проекта.

ГЛАВА 1	7
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
А.С. Подымова	
ГЛАВА 2	17
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ, СОДЕРЖАЩИМСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
О.Ю. Кадырова	
ГЛАВА 3	26
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
3.1 КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ	27
3.2 ЛАБОРАТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ВИЧ- ИНФЕКЦИИ	28
3.3 ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ	29
3.4 ОБНАРУЖЕНИЕ ВИЧ, ЕГО АНТИГЕНОВ И ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА	30
3.5 НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	30
3.6 КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	31
3.6.1 РОССИЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	31
3.6.2 ХАРАКТЕРИСТИКА СТАДИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	32
3.7 ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	36
3.8 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ СПИДА	37
3.9 СПИСОК СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВИЧ В МКБ-10	38
3.10 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	40
3.11 ХИМИОТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	41
3.11.1 ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	41
3.11.2 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	42

43	3.11.3 НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
46	3.12 ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ
46	3.13 ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ
47	3.14 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
47	3.14.1 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
48	3.14.2 ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ ПО ПОВОДУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
50	3.14.3 ПЛАНОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
53	3.14.4 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
57	3.15 ЛЕЧЕНИЕ И ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
57	3.15.1 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КАНДИДОЗА (КОД МКБ-Х – V20.4)
58	3.15.2 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ (КОД МКБ4Х – V20.6)
61	3.15.3 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ (КОД МКБ4Х – V20.8)
63	3.15.4 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (КОД МКБ4Х – V20.2)
66	3.15.5 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДРУГИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (КОД МКБ4Х – V20.3)
70	3.15.6 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ САРКОМЫ КАПОШИ (КОД МКБ4Х – V21.0)
72	3.15.7 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (КОД МКБ4Х – V20.0)
78	3.15.8 ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ МИКОБАКТЕРИЯМИ ПТИЧЬЕГО КОМПЛЕКСА (MAC – M. AVIUM COMPLEX)
80	3.16 АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
82	3.16.1 ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ВИЧ (нуклеозидные и нуклеотидные аналоги - НИОТ)
84	3.16.2 НЕНУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ФЕРМЕНТА ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ВИЧ (ННИОТ)

3.16.3 ИНГИБИТОРЫ ФЕРМЕНТА ПРОТЕАЗЫ ВИЧ (ИП)	85
3.16.4 ИНГИБИТОРЫ СЛИЯНИЯ (ФУЗИИ)	90
3.17 АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	91
3.18 АЛГОРИТМ ПОЛУЧЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ	92
ГЛАВА 4	93
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ	
Д.А. Винокуров	
4.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ	94
4.2 ЧТО ТАКОЕ «РЕЗИСТЕНТНОСТЬ»?	94
4.3 ПРИЧИНЫ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ	95
4.4 МОДЕЛЬ ОСМЫСЛЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ	96
4.5 СТАДИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ	96
4.6 СХЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	96
4.7 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	97
4.8 МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ	99
4.9 ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ	101
4.10 ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ	101
4.11 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ ТЕРАПИЮ	101
4.12 РОЛЬ РАВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	103
4.13 РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	104
Приложение №1. Перечень тем, рекомендуемых для обсуждения с пациентом	105
Приложение №2. УЧАСТНИКИ ПРОЦЕССА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В УИН	107
ГЛАВА 5	108
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВО-ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, НАХОДЯЩИМСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ	
Методические рекомендации	

119	ГЛАВА 6
	ИНСТРУКЦИЯ
	«ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ»
135	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕТКИ

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

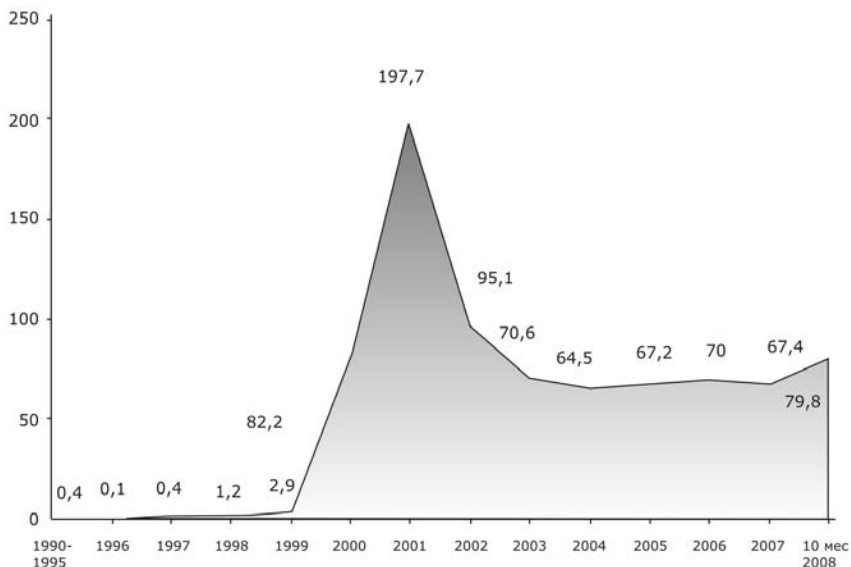
**А.С. ПОДЫМОВА,
главный врач
ГУЗ Свердловской области
«Свердловский областной центр
по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными
заболеваниями», к.м.н.**

В Свердловской области эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции продолжает оставаться напряженной. На 01.10.2008 года в области зарегистрировано 37296 случаев ВИЧ-инфекции, показатель распространенности составил 845,8 на 100 тысяч населения, превысив среднероссийский уровень в 2,0 раза. За текущий период 2008 года зарегистрировано 3520 случаев ВИЧ-инфекции, показатель составил 79,8 на 100 тысяч населения, что на 32,4% выше уровня прошлого года.

По абсолютному кумулятивному числу ВИЧ-инфицированных Свердловская область занимает второе место, а по кумулятивному показателю распространенности - пятое место среди регионов Российской Федерации. Динамика распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области представлена на рисунке 1.

Рисунок 1.

**ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(показатель на 100 тысяч населения)**

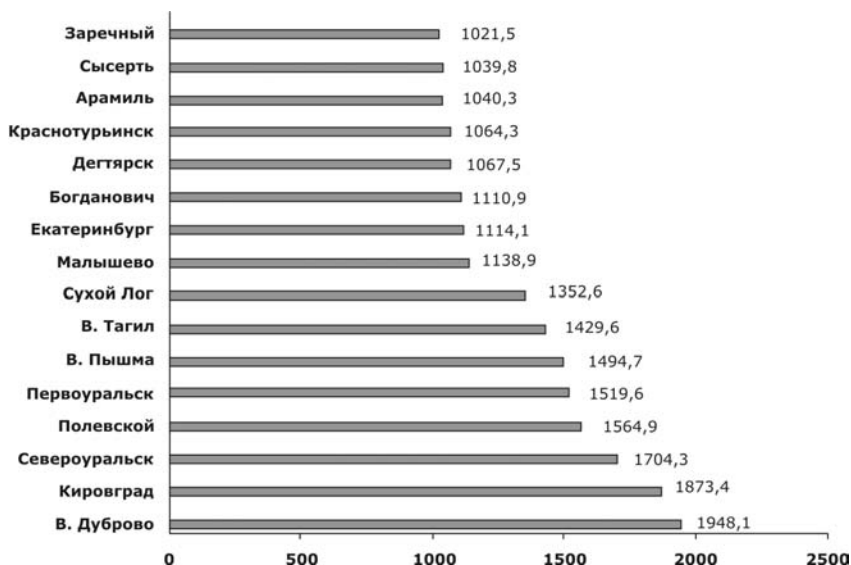


Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории

Свердловской области. Превышение среднеобластного показателя распространенности ВИЧ-инфекции наблюдается в 21 муниципальном образовании (рисунок 2).

Рисунок 2.

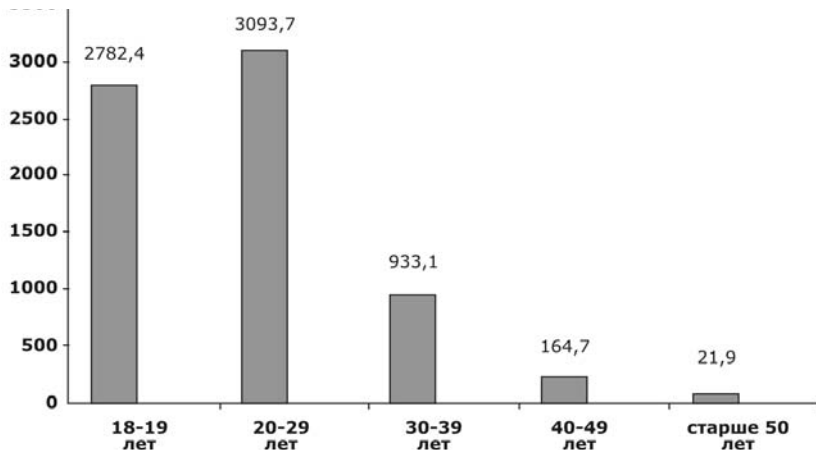
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(показатель на 100 тысяч населения), 2008 г.**



В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечены все социальные и возрастные группы населения: 58,0% ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2008 году - это молодые люди в возрасте 18-29 лет, 28,7% - работающие и учащиеся.

Каждый третий из ВИЧ-инфицированных - социально адаптирован, каждый семнадцатый - учится.

При анализе относительных показателей (количество заболевших на 100 тысяч населения) по определенным возрастам, сохраняется негативная тенденция высокого уровня ВИЧ-инфицированных в когортах 18-19 лет (каждый 35-тый этого возраста), 20-29 лет (каждый 30-тый) и 30-39 лет (один из ста жителей этого возраста) (рисунок 3).

Рисунок 3.**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОЗРАСТАМ
(показатель на 100 тысяч населения), 2008 г.**

В настоящее время в Свердловской области реализуются все пути передачи ВИЧ-инфекции – наркотический, половой и вертикальный (от ВИЧ-инфицированной матери ребенку).

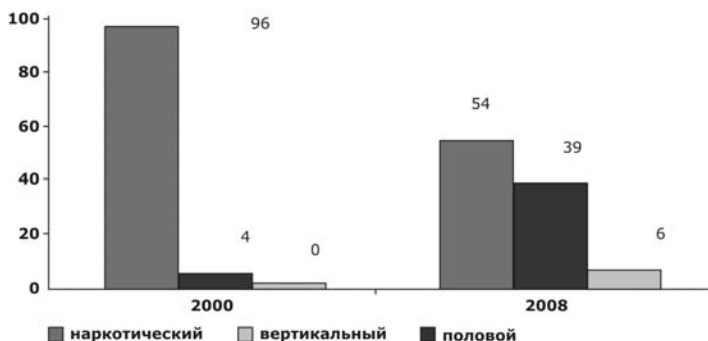
Удельный вес наркотического пути передачи ВИЧ в структуре установленных факторов риска заражения снизился с 96% в 2000 году до 54% в 2008 году (рисунок 4), однако остается высоким на протяжении последних 2-х лет (в 2007 году – 54,7%). Наиболее выражен наркотический путь передачи среди мужского населения: 2002 год - 89,9%, 2008 год - 70,9%. Таким образом, семь из десяти мужчин заразились в текущем году при употреблении наркотиков.

Кроме этого, в 12 муниципальных образованиях, параллельно с развитием эпидемии ВИЧ-инфекции, отмечается кризисная ситуация по наркомании, в 13 - предкризисная ситуация.

Не теряет своей актуальности половой путь передачи ВИЧ-инфекции. Удельный вес этого пути передачи увеличился с 4% в 2000 году до 39% - в 2008 году (рисунок 6). Особенно заметно увеличение полового пути передачи среди женщин - рост с 40,3% до 61,8%. То есть 2 из 3-х женщин заразились половым путем.

Таким образом, наряду с вовлечением в процесс социально-адаптированного населения, тревожит сохранение возможности заражения как наркотическим, так и половым путем.

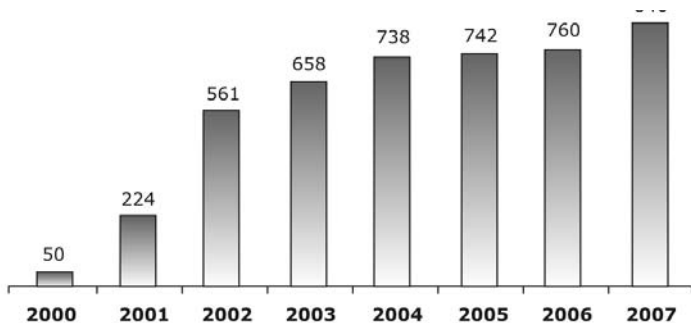
Рисунок 4.
ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000 И 2008 ГГ. (%)



С вовлечением в эпидемический процесс ВИЧ-инфекции женщин, становится возможной реализация вертикального пути передачи вируса от ВИЧ-инфицированной матери ребенку. В течение 2008 года среди женщин зарегистрировано 1588 случаев ВИЧ-инфекции (45,1% от всех зарегистрированных случаев), причем 1398 чел. (88,1%) из них - женщины детородного возраста от 18 до 39 лет. Уровень регистрации ВИЧ-инфекции у женщин вырос в 2 раза по сравнению с 2002 годом.

Всего в области за период регистрации ВИЧ-инфекции родилось 5301 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей (рисунок 5). За весь период наблюдения 418 детям установлен диагноз «ВИЧ-инфекция» (7,8% от всех рожденных детей).

Рисунок 5.
ДИНАМИКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ОТ ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ С 2000 ПО 2007 ГОДЫ (абсолютное число)



На 01.10.2008 года по разным причинам умерло всего 3700 ВИЧ-инфицированных, в том числе от СПИДа - 735 человек (19,8%). Отмечается рост летальности от туберкулеза (сочетанная патология) - 347 человек (12%). Достаточно высокий удельный вес в смертности ВИЧ-инфицированных составляет передозировка наркотиков: 542 человека (18,8 %), из них 93 человека - в 2007 году.

Основные задачи, стоящие перед здравоохранением по выполнению приоритного национального проекта «Здоровье» (компонент ВИЧ/СПИД)

1. Организация выявления ВИЧ-инфекции.
2. Установление стадии заболевания, назначение лечения и контроль за ним.
3. Профилактика инфицирования ребенка от ВИЧ-инфицированной матери.
4. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции при проведении медицинских манипуляций.
5. Профилактическая работа, направленная на различные группы населения.

1. Организация выявления ВИЧ-инфекции. Скрининговые обследования населения на ВИЧ.

Скрининговые исследования на антитела к ВИЧ проводятся на территории Свердловской области с 1990 года. Ежегодно обследуется 12-14% населения области. За 9 месяцев 2008 года на ВИЧ-инфекцию обследовано 564903 человека (13,4% населения Свердловской области), выявлено 3493 случая. Показатель выявляемости составил 6,2 на 1000 обследованных.

Из общего числа обследованных 27,9% - обследовано в плановом порядке (доноры, медработники), 66,7% - обследовано добровольно (по клиническим показаниям, больные с заболеваниями передающимися половым путем, беременные, наркоманы и др.), 5,4 % - обследовано при эпидрасследовании (контактные с ВИЧ-инфицированными – половые и наркотические).

Выявляемость ВИЧ-инфекции составила на 1000 обследованных:

- среди обследованных в плановом порядке - 0,3;
- среди добровольно обследованных – 8,8;
- среди обследованных по эпидпоказаниям – 16,4.

Из числа обследованных добровольно самая высокая выявляемость была среди больных наркоманией – 71,2 на 1000 обследованных.

Выявляемость ВИЧ в группе обследованных с заболеваниями, передающимися составила 9,3 на 1000, обследованных по клиническим показателям 8,8 на 1000, среди беременных 3,9 на 1000 обследованных.

2. Установление стадии заболевания, назначение лечения и контроль за ним

С начала регистрации состоит на диспансерном наблюдении 30 519 человек из 36 863 подлежащих (82,8%). На 01.10.2008 года диспансеризацией охвачено 26 932 чел. из 32 820 (82,0%).

Не выполняются критерии по охвату диспансерным наблюдением (не менее 85%) на территориях с уровнем распространенности выше среднеобластного: Малышевский городской округ – 54,7%, Рефтинский городской округ – 55,0%, городской округ Верхнее Дуброво – 62,0%, городской округ Заречный – 59,0%, городской округ Сухой Лог – 52,0%, городской округ Богданович – 77,0%, Туринский городской округ – 76,0% и в ряде других территорий, что свидетельствует о недостаточной патронажной работе.

С начала регистрации нуждаются в антиретровирусной терапии (далее - АРВТ) (включая ГУФСИН) 4 803 человек, получают лечение 4 796 пациентов, что составило 99,8%.

Недовыполнение плана лечения ВИЧ-инфицированных от числа подлежащих в ряде территорий связано с рядом причин: лечение по поводу других заболеваний, употребление наркотиков, алкоголизм, нуждается в дополнительном обследовании, отказ от лечения, формирование приверженности, неявка на прием.

3. Профилактика инфицирования ребенка от ВИЧ-инфицированной матери.

Ежегодно в Свердловской области увеличивается число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс АРВТ с профилактической целью: в 2005 году – 18,7%, в 2006 году – 71%. За 9 месяцев 2008 года у 662 женщин беременность завершилась родами, трехэтапная профилактика проведена в 544 случаях (82,2%).

В родах профилактика проведена в целом по области в 92,1% случаев с колебаниями от 100% в Западном округе до 88,1% - в Центральном.

Химиофилактика новорожденным в целом по области проведена в 97,4% случаев.

Отсутствие полного курса химиофилактики среди ВИЧ-инфицированных женщин (118 чел.) было связано со следующими причинами: не наблюдались в женской консультации – 47,5% (56 чел.), выявлены в родах – 9,3% (11 чел.), в серонегативном периоде – 7,6% (9 чел.), поступили в потужном периоде – 1,7% (2 чел.), отказ от АРВТ – 8,5% (10 чел.), роды вне роддома – 2,5% (3 чел.), другие причины – 22,9% (27 чел.). Таким образом, основная причина отсутствия полного курса химиофилактики связана с не наблюдением женщин в женских консультациях ЛПУ области.

4. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции при проведении медицинских манипуляций

Ежегодно в области по данным официальной статистики регистрируется до 120 -130 медицинских аварий, связанных с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. Каждая третья авария возникает у врача, почти каждая вторая - у младшего медперсонала. Интересен тот факт, что наибольшее число аварий возникает при стаже работы медика 6 лет и более, а при стаже до 1 года регистрируется каждая десятая из аварий. С одной стороны, это свидетельствует о снижении настороженности у «стажированных» работников, а с другой - о недостатках в подготовке по данной проблеме новых кадров, ежегодно пополняющих учреждения здравоохранения.

Интерес представляет тот факт, что аварийные ситуации возникают не только при оперативных вмешательствах (каждая третья) и постановке внутривенных инъекций (каждая пятая), но и при разборе и мытье инструментария и сборе и выносе медицинских отходов.

Таким образом, существует проблема возможности инфицирования на разных этапах процесса оказания медпомощи среди всех категорий медперсонала при осуществлении профессиональной деятельности, что требует от организаторов здравоохранения умения организовать следующие мероприятия:

- 1.** Проводить анализ условий, в которых произошла авария, причин ее возникновения и устранение условий, способствующих ее возникновению,
- 2.** Обеспечить учреждения экспресс-тестами на определение статуса пациента и препаратов для проведения профилактики в случае аварии,
- 3.** Знать и соблюдать:
 - универсальные меры безопасности и санэпидрежим,
 - стандарт технологии проведения процедуры,

- правила утилизации острых инструментов,
- технологии действия при медицинской аварии.

5. Профилактическая работа, направленная на различные группы населения

Профилактические мероприятия проводятся в соответствии:

- с областным законом от 30.06.2006 года № 45-ОЗ «Об областной государственной целевой программе «Неотложные меры по предупреждению распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» на 2007-2009 г.г.» и

- распоряжением ПСО от 29.01.2008 г. № 44-РП «О дополнительных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области».

За текущий период проведено 4 заседания координационной комиссии при ПСО по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области, на которых уделялось особое внимание разработке и реализации муниципальных программ по профилактике ВИЧ-инфекции.

В 2007 – 2008 г.г. Министерством здравоохранения Свердловской области и ГУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее ОЦ СПИД и ИЗ) в рамках выполнения Соглашения между Правительством Свердловской области, Федерацией профсоюзов Свердловской области и Свердловским областным Союзом промышленников и предпринимателей на 2007-2008 г.г. организованы и проведены мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в сфере труда.

По областной государственной целевой программе «Неотложные меры по предупреждению распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» на 2007-2009 годы», утвержденной законом Свердловской области от 30.06.2006 года №45-ОЗ в 2008 году выполнены следующие мероприятия:

- разработана обучающая программа и тест-контроль по ВИЧ-инфекции для врачей различных специальностей,
- разработаны производственно-профилактические программы по ВИЧ-инфекции для 8-ми предприятий,
- приобретены информационные стенды для учреждений здравоохранения, гигиенически наборы для ВИЧ-инфицированных беременных и новорожденных,

- работает 6 школ для ВИЧ-инфицированных беременных женщин,
- организованы и проведены обучающие семинары по ВИЧ-инфекции для специалистов учреждений образования (в 7-ми городах Свердловской области) и для медицинских специалистов (в 5-ти городах Свердловской области).
- проведены обучающие семинары для персонала исправительных колоний (№№ 13, 2, 12, 62, 55, 10, 5) и индивидуальные консультации психолога и социального работника для лиц готовящихся к освобождению в исправительных колониях,
- проведены массовые мероприятия в 7-ми городах Свердловской области, размещены ролики профнаправленности на интернет сайтах, изданы и размещены рекламные щиты.

Запланировано на выполнение областной целевой программы в 2008 году 55 млн. рублей, выполнено за 1-3 квартал 2008г.- 45 млн. рублей (67,5%).

Подготовлены методические рекомендации по разработке и внедрению на предприятиях Свердловской области программы «Программа ВИЧ-инфекции в сфере труда».

В создавшихся условиях эпидемии ВИЧ-инфекции, затрагивающей все социальные и возрастные слои населения, необходимо участие всех служб и ведомств муниципальных образований по 2-м вопросам:

- предотвращение распространения ВИЧ-инфекции в рамках целевого финансирования муниципальных программ по профилактике,
- соблюдение государственных гарантий в отношении тех, кто уже инфицирован.

К сожалению, на уровне муниципальных образований отсутствует планомерная работа по межведомственному взаимодействию служб и ведомств по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, что отражается на уровне и качестве профилактической работы.

В муниципальных образованиях, утвержденные и действующие муниципальные программы, не отражают вопросов целевого финансирования мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди основного населения, работающей молодежи, групп риска по инфицированию и распространению ВИЧ-инфекции. Принятые программы по существу являются формальными с точки зрения профилактики, и, в основном, отражают вопросы организации санэпидрежима в учреждениях здравоохранения и улучшения материально-технического состояния.

**ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫМ,
СОДЕРЖАЩИМСЯ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ГУФСИН РОССИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**О.Ю. КАДЫРОВА,
главный специалист отдела ОМОС
Медицинского управления ГУФСИН
России по Свердловской области,
врач-инфекционист**

Проблема ВИЧ-инфекции в Свердловской области остается одной из самых актуальных. Система исполнения наказаний Свердловской области является не исключением, на 01.11.2008г. в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области содержится 3504 чел. ВИЧ-инфицированных (АППГ- 3420 чел.), из них в ИК – 3153 чел. (89,9%), в СИЗО – 350 чел. (9,9%), в ВК – 1 чел. (0,2%).

Рисунок 1.

ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗА ПЕРИОД 2002-2007 ГОДЫ



Около 80,0% ВИЧ-инфицированных, содержащихся в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области, составляют лица до 30 лет.

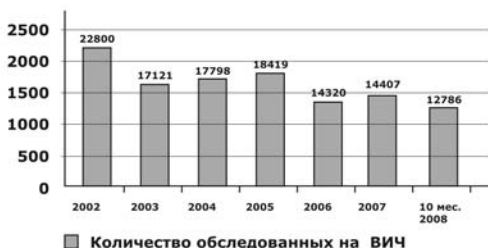
10 % ВИЧ-инфицированных Свердловской области от числа выявленных находятся в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области.

Из числа содержащихся ВИЧ-инфицированных на 01.01.2008г.:

- 94,8% (3206 чел.) составляют жители Свердловской области, в том числе 36,9% (1249 чел.) - жители г. Екатеринбург;
- 3,3% (112 чел.) – жители других регионов Российской Федерации;
- 0,9% (32 чел.) – иностранные граждане
- 0,9% (29 чел.) – граждане без регистрации места жительства.

Рисунок 2.**СТРУКТУРА СОДЕРЖАЩИХСЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ
ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА НА 01.01.2008 Г.**

Ежегодно проводится медицинское освидетельствование на выявление антител к ВИЧ - инфекции контингентов учреждений УИС Свердловской области. Отбор контингентов для обследования на ВИЧ инфекцию проводится в соответствии с «Правилами медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации № 221 от 28 февраля 1996г.

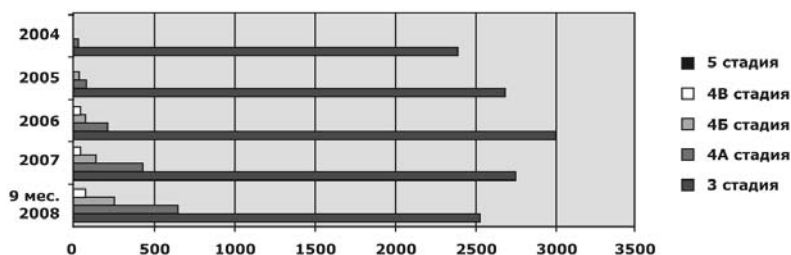
Рисунок 3.**КОЛИЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАННЫХ НА ВИЧ ЛИЦ ИЗ ЧИСЛА
СПЕЦКОНТИНГЕНТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГУФСИН РОССИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ (2002 – 2008 гг.)**

С 2000г. в каждом учреждении приказом начальника закреплены медицинские работники, ответственные за работу с ВИЧ-инфицированными (организацию учета, диспансерного наблюдения и лечения), проведение до- и послетестового консультирования, информационно-просветительной работы по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях.

При проведении анализа диспансерной группы ВИЧ-инфицированных по стадиям ВИЧ-инфекции за период 2004-2007г. прослеживается динамика сокращения на 17,2 % у ВИЧ-инфицированных бессимптомной стадии заболевания, с другой стороны, прослеживается тенденция увеличения стадий с клиническими проявлениями: 4А стадия - на 11,7%; 4Б стадия - на 3,8%; 4В стадия - на 1,02%; 5 стадия - на 0,08%.

Рисунок 5.

ДИНАМИКА ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ПО СТАДИЯМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 2004-2008ГГ.



С июня 2006г. Медицинским управлением ГУФСИН России по Свердловской области и Свердловским областным центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями была начата совместная работа по внедрению специфического лечения ВИЧ-инфицированных, находящихся в учреждениях УИС Свердловской области.

Для оценки состояния диспансерной группы ВИЧ-позитивных в 2004-2006 гг. были использованы только общие клинические методы, т.к. возможность иммунологического обследования учреждения ГУФСИН России по Свердловской области получили только в январе 2007г.

За 2007 г. и 10 месяцев 2008 г. Областным центром по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ и его филиалами было проведено 5076 исследований иммунологического статуса, обследовано 4024 больной ВИЧ-инфекцией. По динамике иммунологических исследований на 25.09.2008г. обследовано больных 3 ст. (бессимптомной) - 65,1% (2528 чел.); больных 4А ст. - 89,7% (578 чел.); больных 4Б ст. - 99,1% (239 чел.); больных 4В ст. - 98,4% (63 чел.).

Проведено 662 исследования вирусной нагрузки ВИЧ, обследовано 446 чел.

В 2006 г. в рамках 4 раунда Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией поддержано 15 региональных проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения. Свердловская область является одним из участников проекта.

По договору об участии Свердловской области в программе учреждения ГУФСИН России по Свердловской области должны были взять на антиретровирусную терапию 300 ВИЧ-инфицированных.

В рамках программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» был подготовлен совместный приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и ГУФСИН России по Свердловской области «Об организации обеспечения лекарственными препаратами ВИЧ-инфицированных лиц, находящихся в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области» от 11 июля 2006г. № 548-п/1151, который определяет порядок обеспечения АРВТ осужденных и подследственных, обследование на иммунологический статус, обучение медицинских сотрудников УИС Свердловской области основам назначения антиретровирусной терапии.

Также подготовлено распоряжение от 23.08.2006г. № 177р по созданию клиничко-экспертной комиссии в составе 8 человек для решения вопросов, связанных с назначением антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированным.

Медицинским управлением ГУФСИН России по Свердловской области за исх. № 68/29-991 от 19.05.06 г. в учреждения были направлены методические материалы по диспансерному наблюдению ВИЧ-инфицированных и консультированию при назначении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) ВИЧ-инфицированным, во всех учреждениях проведены занятия по выше указанной теме.

На основании клинических данных в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области сформированы группы ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в назначении ВААРТ (всего 300-350 чел.), проведены индивидуальные и групповые занятия с ВИЧ-позитивными по формированию приверженности ВААРТ.

За период с 25.12.2006 г. по 19.09.2008 г. на Центральную базу ГУФСИН России по Свердловской области были получены антиретровирусные препараты на сумму 25 378 976,60 рублей, в том числе за 9 месяцев 2008 г. – 7 355 397,7 рублей.

За 10 месяцев 2008 г. в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области было взято на АРВТ 386 чел. (2007 г. – 334 чел.).

По состоянию на 01.11.2008 г. антиретровирусную терапию в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области получали 458 чел. Проведено 76 заседаний клинико-экспертной комиссии по назначению антиретровирусной терапии, за 2007-2008 гг. рассмотрено 450 случаев, направленных на клинико-экспертную комиссию.

**Сравнительные данные по назначению АРВТ
в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области
2007-2008гг.**

ФБУ	2007 год	10 мес. 2008 года
ИК-2	41	46
ОБ ИК-2	34	15
ИК-3	6	2
ИК-5	14	31
ИК-6	36	58
ИК-10	3	18
ИК-12	12	16
ИК-13	0	9
КП-45	1	0
ИК-46	3	24
ИК-47	33	33
КП-48	1	4
ЛИУ-51	53	48
ИК-52	0	10
ИК-53	26	8
ИК-54	1	19
ИК-55	1	11
ЛИУ-58	3	3
КП-59	0	1
ИК-62	5	15
ИК-63	0	3
ОИК-1	5	11
ОИК-4	36	20
ИЗ-66/1	20	27
ИЗ-66/2	0	2
ИЗ-66/3	3	3
ИЗ-66/4	2	1
ИЗ-66/5	3	12
ИТОГО:	342	450

Имеются в учреждениях отказы ВИЧ-инфицированных от приема антиретровирусной терапии, таких было за 10 месяцев 2008 г. 63 чел. (14,0%).

При освобождении ВИЧ-инфицированных из учреждений ГУФСИН России по Свердловской области выдаются справки для предъявления в Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ с указанием стадии ВИЧ-инфекции, данных иммунологических исследований, даты начала антиретровирусной терапии, схемы лечения.

На постоянной основе ГУФСИН России по Свердловской области сотрудничает с общественными организациями, специализирующимися на работе с ВИЧ-инфицированными. В марте 2007 года общественным региональным фондом «Новое время» проведен 4-х дневный тренинг для медицинских сотрудников, ответственных за работу с ВИЧ-инфицированными в учреждениях «Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии - необходимое условие эффективного сопровождения людей с ВИЧ/СПИД в учреждения ГУФСИН России по Свердловской области». Для проведения семинара-тренинга были приглашены сотрудники ОЦ СПИД и международный эксперт по ВИЧ. В семинаре-тренинге участвовали 29 медицинских сотрудников.

В июне 2007 года автономная некоммерческая организация «Центр семейной терапии и консультирования» выиграла открытый конкурс Министерства здравоохранения Свердловской области и является исполнителем мероприятий Областного закона о неотложных мерах по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека на 2007-2009 годы. В настоящее время в учреждениях УИС Свердловской области реализуется проект «Формирование приверженности лечению ВИЧ-инфицированных осужденных, находящихся в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области».

В рамках проекта в 2007– 2008 гг. были проведены обучающие мероприятия для сотрудников и осужденных в ИК-2, ИК-5, ИК-6, ИК-10, ИК-12, ИК-13, ЛИУ-51, ИК-55, ИК-62 с участием представителей Медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области, руководителей филиалов Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ, изданы более 4,5 тысяч экземпляров информационных и профилактических буклетов, плакатов, методических разработок.

За время реализации областного проекта в 2008 г. в ФБУ, участвовавших в областном проекте, находилось около 2000 осужденных, на клиничко-экспертной комиссии антиретровирусная терапия была назначена 267 чел. (59,3% от числа назначенной АРВТ в 2008 г.).

На 01.11.2008г. в учреждениях, участвовавших в проекте, содержалось 1428 чел., АРВТ получали 260 чел.

**Сравнительные данные по содержащимся
ВИЧ-инфицированным в ФБУ, участвовавшим
в областном проекте, и получающим АРВТ 2007-2008 гг.**

ФБУ	2007 год			2008 год		
	Кол-во чел. содержащихся на 01.11.07.	Кол-во чел. получающих АРВТ	%	Кол-во чел. содержащихся на 01.11.08.	Кол-во чел. получающих АРВТ	%
ИК-2	234	32	13,7	194	47	24,2
ИК-51	139	38	27,3	139	48	34,5
ИК-62	218	5	2,3	179	17	9,5
ИК-5	-	-	-	206	43	20,8
ИК-6	-	-	-	392	50	12,7
ИК-10	-	-	-	78	22	28,2
ИК-12	-	-	-	154	13	8,4
ИК-13	-	-	-	49	8	16,3
ИК-55	-	-	-	37	12	32,4
ИТОГО:	591	75	12,6	1428	260	18,2

По расчетным данным ВОЗ антиретровирусную терапию должны принимать около 15% ВИЧ-инфицированных от числа выявленных пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция.

По результатам проведенной совместной работы в 2008 году в рамках областного проекта общественной организацией АНО «Центр семейной терапии и консультирования», медицинской службы ГУФСИН России по Свердловской области и ОЦ СПИД и ИЗ по формированию приверженности, обследованию и назначению высокоактивной антиретровирусной терапии наибольшие показатели количества получающих антиретровирусную терапию выявлены в ФБУ ЛИУ-51 – 34,5% (Областная туберкулезная больница №1 г. Н. Тагил), ИК-55 – 32,4% (г. Ивдель), ИК-10 – 28,2% (г. Екатеринбург), ИК-2 – 24,2% (г. Екатеринбург), ИК-5 – 20,8% (г. Н. Тагил). В среднем показатели количества получающих антиретровирусную терапию в ФБУ, участвовавших в проекте, в 2007 году составил 12,6%, в 2008 году – 18,2%.

Проведенные мероприятия в рамках областного проекта вызвали большой интерес у сотрудников УИС Свердловской области, позволили оценить им свою работу с других точек зрения, дали новый импульс для совершенствования работы по профилактике ВИЧ-инфекции, других социально-значимых болезней. Также сотрудники УИС получили опыт применения новых методов работы с ВИЧ-позитивными осужденными.

С января по сентябрь 2008 года Областным центром по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ реализован проект «Создание социальных бюро для людей, живущих с ВИЧ/СПИД, освобождающихся из мест лишения свободы в Свердловской области». В рамках проекта сотрудниками ОЦ СПИД были проведены беседы-тренинги с ВИЧ-инфицированными осужденными, готовящимися к освобождению, в ИК-2, ИК-5, ИК-6, ИК-10, ИК-12, ИК-13, ИК-46, ИК-47, ЛИУ-51, ИК-53, КП-59, ИК-55, ИК-62.

В рамках проектов Глобального фонда, реализуемого Областным центром по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ, и областного проекта, реализуемого АНО «Центр семейной терапии и консультирования», созданы два «Социальных бюро» для ВИЧ-инфицированных лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, где им оказывается социально-психологическая помощь (оформление документов, выдача продуктовых и гигиенических наборов и прочее).

За период 2006-08 гг. проделана большая работа по внедрению антиретровирусной терапии в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области, впервые осужденные и подследственные с диагнозом – ВИЧ-инфекция получили возможность обследования иммунологического статуса и получения высокоактивной антиретровирусной терапии. В решении этих задач помимо Медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области и Областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ активное участие принимали и общественные организации. Их участие в совместной работе позволило использовать резервные возможности: привлечь дополнительные финансовые средства для обучения персонала, получить сотрудникам УИС Свердловской области новые знания по вопросам антиретровирусной терапии, проведению профилактической работы по ВИЧ-инфекции, опробовать новые технологии по формированию приверженности АРВТ, познакомиться с основами психосоциальных подходов в работе с ВИЧ-позитивными лицами.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Сборник нормативно-правовых
актов и методических документов
по вопросам диагностики,
лечения, эпидемиологического и
поведенческого надзора ВИЧ/СПИД
и сопутствующих заболеваний
(министерство здравоохранения
и социального развития РФ,
ФСИН России, Фонд Российское
здравоохранение), том № IV,
Москва, 2007 г.**

Авторский коллектив:

*д.м.н., профессор, академик РАМН В.В. Покровский,
д.м.н. О.Г. Юрин, д.м.н., профессор А.В. Кравченко,
д.м.н. В.В. Беляева, д.м.н. Т.Н. Ермак, к.м.н. В.И. Шахгильдян,
к.м.н. Н.В. Козырина, Е.В. Буравцова, Р.С. Нарсия,
к.б.н. Н.Н. Ладная, к.б.н. А.И. Круглова, к.б.н. Г.А. Шипулин,
к.м.н. Е.В. Богословская, к.м.н. Е.В. Серебровская, Е.В. Голубцова,
д.м.н. профессор О.П. Фролова, к.м.н. Н.Ю. Ганкина,
к.м.н. Е.В. Китаева, к.м.н. В.Г. Канестри, М.Д. Голиусова.*

3.1 КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Одним из наиболее характерных для ВИЧ-инфекции симптомов, встречаемых практически на всех стадиях заболевания, является так называемая персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (ПГЛ). Под ней понимают увеличение не менее двух лимфоузлов не менее чем в двух не связанных между собой группах (у взрослых, не считая паховых) до размера более 1 см (у детей — более 0,5 см) в диаметре, сохраняющиеся в течение не менее трех месяцев. Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией обычно эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающей тканью, кожа над ними не изменена. Однако увеличение лимфоузлов у больных ВИЧ-инфекцией может и не отмечаться или отмечаться, но не соответствовать критериям ПГЛ.

Кроме того, о наличии ВИЧ-инфекции может свидетельствовать обнаружение у больного заболеваний, которые обычно не развиваются у людей с нормальным иммунитетом. Особенно это касается тяжелых форм этих заболеваний.

В частности, о высокой вероятности наличия ВИЧ-инфекции свидетельствует обнаружение у пациента хотя бы одного из следующих заболеваний (при отсутствии других причин для их развития):

1. Кандидоз трахеи, бронхов, легких, пищевода.
2. Кокцидиодомикоз (диссеминированный или внелегочный).
3. Криптококкоз внелегочный.
4. Криптоспориديаз с диареей более 1 мес.
5. Цитомегаловирусная инфекция (поражение других органов кроме печени, селезенки, лимфатических узлов у больных старше 1 мес, цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения).
6. Инфекция вирусом простого герпеса (хронические язвы, неживающие более 1 месяца, или бронхит, пневмония, эзофагит).
7. Прогрессирующая деменция, приводящая к затруднению в повседневной деятельности.
8. Синдром истощения — потеря веса более 10% от исходного или диарея продолжительностью не менее 1 месяца или лихорадка более 1 месяца.
9. Гистоплазмоз (диссеминированный или внелегочный).
10. Изоспориаз кишечника, хронический (более 1 месяца).

11. Саркома Капоши.
12. Лимфома Беркита.
13. Иммунобластная саркома.
14. Лимфома мозга первичная.10
15. Микобактериозы, вызванные *M. Avium_intracellulare* или *M. Kansassii* или другими атипичными микобактериями (диссеминированные или с поражениями вне легких, кожи, шейных или воротных лимфоузлов).
16. Туберкулез внелегочный.
17. Сальмонеллезная (но не тифо-паратифозная) возвратная септицемия.
18. Пневмоцистная пневмония.
19. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
20. Токсоплазмоз мозга у пациентов старше 1 мес.

Кроме того, у многих больных ВИЧ-инфекцией имеются признаки развивающихся на фоне иммунодефицита вторичных заболеваний, не перечисленных в этом списке (бактериальные поражения, кандидозные стоматиты, вульвовагиниты и т.д.). Несмотря на то, что они достаточно часто встречаются не только у больных ВИЧ-инфекцией, такие поражения можно рассматривать как свидетельствующие об определенной вероятности наличия ВИЧ-инфекции. Несмотря на то, что иногда наблюдается бессимптомное течение ВИЧ-инфекции, отсутствие каких-либо ее клинических проявлений заставляет более критично относиться к данным лабораторных исследований и повторить их.

3.2 ЛАБОРАТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Лабораторное обследование на ВИЧ производится при обязательном согласии пациента и ему должно предшествовать дотестовое консультирование пациента по вопросам ВИЧ-инфекции. После обследования, при любом его исходе, проводится послетестовое консультирование. Целью консультирования является информирование пациента по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, осознание им степени опасности своего поведения с точки зрения возможности заражения ВИЧ-инфекцией и мотивация изменения поведения в сторону более безопасного.

Другой целью консультирования является психологическая подготовка пациента к адекватному восприятию возможного диагно-

за ВИЧ-инфекции и адаптация его к возможной перспективе жизни с ВИЧ-инфекцией. Консультирование проводится специально подготовленным специалистом, не обязательно медиком. В случае получения положительного результата обследования на ВИЧ или подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции послетестовое консультирование проводится подготовленным специалистом с медицинским образованием.

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

3.3 ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ

В России в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

Антитела к ВИЧ появляются у 90–95% зараженных в течение 3 месяцев после заражения, у 5–9% — через 6 месяцев от момента заражения, и у 0,5–1% — в более поздние сроки. Наиболее ранний срок обнаружения антител — 2 недели от момента заражения.

Обнаружение антител к ВИЧ включает два этапа. На первом этапе проводится выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ с использованием различных тестов, обычно иммуноферментных. На втором этапе методом иммунного блоттинга проводится определение антител к отдельным антигенам вируса. Заключение о наличии или отсутствии в исследуемом образце антител к ВИЧ делается на основании результатов второго этапа.

В работе допустимо использование только тест-систем, разрешенных к применению в установленном порядке. Диагностические процедуры должны проводиться только в соответствии с утвержденными инструкциями по применению соответствующих тестов.

Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, имеет свои особенности. Как у зараженных, так и у незараженных детей в первые 6–12 (иногда до 18) месяцев жизни обнаруживаются антитела к ВИЧ материнского происхождения. У незараженных детей эти антитела исчезают, а у зараженных начинают вырабатываться собственные. Критерием, свидетельствующим о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции, является обнаружение у него антител к ВИЧ в возрасте 18 и более месяцев. Отсутствие антител к ВИЧ у ребенка в возрасте 12 и более месяцев, рожденного от инфицированной ВИЧ матери, свидетельствует против наличия у него ВИЧ-инфекции (если он не получал грудного вскармливания).

3.4 ОБНАРУЖЕНИЕ ВИЧ, ЕГО АНТИГЕНОВ И ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Выделение и идентификация культуры ВИЧ является достоверным признаком инфицирования ВИЧ, однако этот метод мало-доступен, требует длительного времени, высокой квалификации исполнителей, специального оборудования, кроме того он достаточно дорог. Поэтому выделение вируса и его идентификация проводятся только в научных целях или в исключительно сложных для диагностики случаях.

В настоящее время в России разрешены к применению тест-системы для обнаружения антигенов ВИЧ или генного материала ВИЧ. Эти тест-системы могут давать положительные реакции на наличие маркеров ВИЧ в ранних стадиях ВИЧ-инфекции, до того как концентрация антител достигнет уровня, достаточного для определения. При обнаружении положительных результатов на ВИЧ-инфекцию в тест-системах данных типов следует провести обследование на антитела к ВИЧ.

При обнаружении антител следует придерживаться стандартной диагностической тактики.

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, у которых обнаружение антител к ВИЧ в течение первых полутора лет жизни не является подтверждением ВИЧ-инфекции, исследование, направленное на обнаружение генетического материала ВИЧ, имеет важное практическое значение. Обнаружение с помощью лицензированных тест-систем генного материала (ДНК или РНК) ВИЧ в двух (взятых в разное время) образцах крови пациента является критерием, подтверждающим наличие у него ВИЧ-инфекции (при обследовании ребенка пуповинная кровь не может использоваться).

Применяемые в настоящее время генноинженерные методы позволяют провести не только качественный (определение наличия), но и количественный анализ содержания генетического материала ВИЧ в крови. Определение количества копий РНК ВИЧ в крови (так называемой вирусной нагрузки) имеет большое значение для оценки эффективности противоретровирусной терапии.

3.5 НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

При ВИЧ-инфекции может наблюдаться: снижение количества лимфоцитов, особенно CD4-лимфоцитов, увеличение процентного содержания CD8-лимфоцитов, инверсия соотношения CD4/CD8 (снижение этого значения ниже 1), возрастание количества имму-

ноглобулинов и другие изменения. Обнаружение этих признаков является дополнительным свидетельством в пользу диагноза ВИЧ-инфекции.

Однако эти изменения являются неспецифическими. Они могут отсутствовать, иметь индивидуальные колебания у разных пациентов, встречаться при других заболеваниях.

3.6 КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Клинические категории больных ВИЧ-инфекцией определяются с помощью классификации стадий ВИЧ-инфекции. Приведенная ниже клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции позволяет осуществлять диспансерное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией, прогнозировать течение заболевания и определять тактику ведения больного, показания к назначению лекарственных препаратов.

Данная редакция Российской классификации ВИЧ-инфекции рекомендована приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 17.03.2006 № 166 «Об утверждении инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией».

В последней редакции Российской классификации выделяется 5 стадий заболевания, которые определяются исключительно клиническими критериями — наличием определенных вторичных заболеваний. Уровень РНК ВИЧ в крови или количество CD4-лимфоцитов не принимаются во внимание при определении стадии болезни.

3.6.1 РОССИЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. Стадия инкубации.

2. Стадия первичных проявлений.

Варианты течения:

А. Бессимптомная.

Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.

В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.

3. Субклиническая стадия.

4. Стадия вторичных заболеваний.

4А. Потеря веса менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Фазы: Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии). Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4Б. Потеря веса более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; поражения кожи и слизистых, сопровождаемые язвами продолжительностью более 1 месяца, туберкулез; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Фазы: Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии). Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4В. Кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; поражения пищевода, бронхов, легких грибковой, герпесвирусной, цитомегаловирусной этиологии; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

Фазы: Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии). Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

5. Терминальная стадия.

3.6.2 ХАРАКТЕРИСТИКА СТАДИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Стадия 1. Стадия инкубации — период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений острой инфекции и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3 недель до 3 месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет и антитела к ВИЧ еще не выявляются. Диагноз ВИЧ-инфекции на данной стадии ставится на основании эпидемиологических данных и может быть лабораторно подтвержден обнаружением в крови пациента вируса иммунодефицита человека, его антигенов, нуклеиновых кислот ВИЧ.

Стадия 2. Стадия первичных проявлений. В этот период ак-

тивная репликация ВИЧ продолжается, однако уже проявляется первичный ответ организма на внедрение возбудителя в виде клинических проявлений и/или выработки антител. Считается, что пациент находится в стадии острой ВИЧ-инфекции в течение 6 месяцев после сероконверсии (появления антител к ВИЧ). Стадия первичных проявлений может протекать в нескольких формах.

2А. Бессимптомная, когда какие либо клинические проявления ВИЧ-инфекции или оппортунистических заболеваний, развивающихся на фоне иммунодефицита, отсутствуют, ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется при этом лишь выработкой антител.

2Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний может проявляться разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто это — лихорадка, высыпания (уртикарные, папулезные, петехиальные) на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит. Может отмечаться увеличение печени, селезенки, появление диареи. Иногда развивается так называемый асептический менингит, проявляющийся менингеальным синдромом. При люмбальной пункции обычно получают нормальный ликвор, вытекающий под повышенным давлением, изредка в ликворе отмечается небольшой лимфоцитоз. Поскольку такая клиническая симптоматика может отмечаться при многих инфекционных болезнях, особенно при так называемых детских инфекциях. Острую ВИЧ-инфекцию иногда называют мононуклеозоподобный синдром, краснухоподобный синдром.

В крови больных с острой ВИЧ-инфекцией могут обнаруживаться широкоплазменные лимфоциты (мононуклеары). Это еще больше усиливает сходство острой ВИЧ-инфекции с инфекционным мононуклеозом. Однако яркая мононуклеозоподобная или краснухоподобная симптоматика отмечается лишь у 15–30% больных с острой ВИЧ-инфекцией. У остальных отмечается 1–2 вышеперечисленных симптома в любых сочетаниях. У отдельных больных могут отмечаться поражения аутоиммунной природы. В целом острая клиническая инфекция отмечается у 50–90% инфицированных лиц в первые 3 месяца после заражения. Начало периода острой инфекции как правило опережает сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ. Поэтому при появлении первых клинических симптомов в сыворотке крови больного можно не обнаружить антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ. В стадии острой инфекции часто отмечается транзиторное снижение уровня CD4-лимфоцитов.

2В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями. В 10–15% случаев у больных острой ВИЧ-инфекцией на фоне снижения уровня CD4-лимфоцитов и развившегося вследствие этого им-

мунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (ангина, бактериальная пневмония, кандидозы, герпетическая инфекция и другие). Эти проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония) и в редких случаях даже иметь смертельный исход.

Продолжительность клинических проявлений острой ВИЧ-инфекции варьирует от нескольких дней до нескольких месяцев, однако, обычно она составляет 2–3 недели. Исключение составляет увеличение лимфатических узлов, которое может сохраняться на протяжении всего заболевания. Клинические проявления острой ВИЧ-инфекции могут рецидивировать. Бессимптомное протекание стадии начальной ВИЧ-инфекции прогностически более благоприятно. Чем тяжелее протекала острая инфекция, и особенно если она сопровождалась вторичными заболеваниями, тем больше вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Неблагоприятным прогнозом считается и длительное течение острого периода ВИЧ-инфекции (сохранение клинической симптоматики более 14 дней). Больной считается находящимся в стадии начальной ВИЧ-инфекции в течение 1 года после появления симптомов острой инфекции или сероконверсии. У подавляющего большинства пациентов стадия начальной ВИЧ-инфекции переходит в латентную стадию, но у некоторых может, минуя ее, сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

Стадия 3. Субклиническая. Характеризуется медленным прогрессированием иммунодефицита, компенсируемого за счет модификации иммунного ответа и избыточного воспроизводства CD4-клеток. В крови обнаруживаются антитела к ВИЧ, скорость репликации вируса, в сравнении со стадией первичных проявлений, замедляется. Единственным клиническим проявлением заболевания является увеличение лимфатических узлов, которое, однако, может и отсутствовать.

Длительность субклинической стадии может варьировать от 2–3 до 20 и более лет, в среднем — 6–7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение уровня CD4-лимфоцитов, в среднем со скоростью 0,05–0,07/мкл в год.

Стадия 4. Стадия вторичных заболеваний. Продолжающаяся репликация ВИЧ, которая сопровождается гибелью CD4-клеток и истощением их популяции. Это приводит к развитию на фоне иммунодефицита вторичных (оппортунистических) заболеваний, инфекционных и/или онкологических. Клинические проявления оппортунистических заболеваний, наряду с лимфоаденопатией,

сохраняющейся у большинства больных, и обуславливают клиническую картину стадии вторичных заболеваний.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

Стадия 4А — обычно развивается через 6–7 лет от момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов ниже 0,5/мкл.

Стадия 4Б (через 7–10 лет от момента заражения) — кожные поражения носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Кроме того, могут отмечаться локализованная саркома Капоши, умеренно выраженные конституциональные симптомы (потеря веса, лихорадка), поражения периферической нервной системы, туберкулез. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее 0,35/мкл.

Стадия 4В (через 10–12 лет) — характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных (оппортунистических) заболеваний, их генерализованным характером, поражением ЦНС. Обычно стадия 4В развивается у пациентов с уровнем CD-4 лимфоцитов менее 0,2/мкл.

В целом переход ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний является проявлением истощения защитных резервов макроорганизма. Репликация вируса ускоряется, как и скорость падения уровня CD4-лимфоцитов. Однако этот процесс имеет еще обратимый (по крайней мере, на какое-то время) характер. Спонтанно или вследствие проводимой терапии клинические проявления вторичных заболеваний могут исчезать.

Поэтому в стадии вторичных заболеваний выделяют фазы прогрессирования (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии или на фоне противоретровирусной терапии, при ее недостаточной эффективности) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

Стадия 5. Терминальная стадия. В стадии 5 имеющиеся у больных вторичные заболевания приобретают необратимое течение. Даже адекватно проводимые противоретровирусная терапия и терапия вторичных заболеваний не эффективны и больной погибает в течение нескольких месяцев. Для этой стадии типично снижение количества CD4-клеток ниже 0,05/мкл.

Клиническое течение ВИЧ-инфекции отличается большим разнообразием. Приведенные данные о продолжительности отдельных стадий заболевания несут усредненный характер и могут иметь значительные колебания. Последовательность прогрессирования ВИЧ-инфекции через прохождение всех стадий болезни не обязательна. Например, латентная стадия может при развитии у пациента пневмоцистной пневмонии перейти сразу в стадию 4В, минуя стадии 4А и 4Б. Продолжительность течения ВИЧ-инфекции колеблется в широких пределах. Наиболее быстрое из описанных прогрессирование заболевания от момента заражения до смерти составило 28 недель. С другой стороны известны случаи, когда болезнь оставалась бессимптомной в течение более 20 лет. Как правило, чем в более старшем возрасте произошло заражение ВИЧ, тем быстрее ее прогрессирование.

3.7 ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

При постановке диагноза ВИЧ-инфекции в медицинскую документацию записывается обоснование диагноза ВИЧ-инфекции и сам диагноз. При обосновании клинического диагноза ВИЧ-инфекции следует указать эпидемиологические, клинические и лабораторные данные, на основании которых поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, затем обосновать стадию и фазу заболевания. Также указывается, какой стадии и почему соответствует состояние пациента в настоящее время.

При формулировке диагноза констатируется наличие ВИЧ-инфекции, указывается стадия и фаза заболевания. Стадия заболевания определяется по наиболее тяжелому состоянию, которое когда-либо отмечалось у пациента.

Если в настоящее время состояние пациента соответствует более ранней стадии болезни, через дефис указывается стадия и фаза, которой фактически соответствует состояние пациента. Необходимо также указать вторичное заболевание (или заболевания), обусловившее стадию болезни и, если ВИЧ-инфекция находится в стадии прогрессирования, указать заболевание (или заболевания), обусловившее фазу прогрессирования.

Помимо вторичных заболеваний, то есть заболеваний развивающихся вследствие характерного для ВИЧ-инфекции иммунодефицита, у больных ВИЧ-инфекцией часто отмечаются заболевания, имеющие сходные с ВИЧ-инфекцией механизмы передачи (сифилис и другие ИППП, вирусные гепатиты) или способствующие заражению ВИЧ (наркомания). Эти заболевания иногда называют связанными с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, у больных ВИЧ-

инфекцией, как и у прочих пациентов, могут отмечаться другие сопутствующие заболевания, которые также должны быть отражены в диагнозе.

Примеры формулировки диагноза:

1. ВИЧ-инфекция. Субклиническая стадия (3).

2. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4А) в фазе прогрессирования. Опоясывающий лишай. Кандидозный стоматит.

3. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4Б) в фазе прогрессирования. Рецидивирующий опоясывающий лишай. Кандидозный стоматит. Сопутствующее заболевание — хронический вирусный гепатит С.

4. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4Б/4А) в фазе прогрессирования. Рецидивирующий опоясывающий лишай в анамнезе. Кандидозный стоматит. Сопутствующее заболевание — хронический вирусный гепатит С.

5. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4В) в фазе прогрессирования. Пневмоцистная пневмония. Кандидозный стоматит.

6. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4В/3) в фазе ремиссии. Пневмоцистная пневмония в анамнезе.

Пациентам, наблюдающимся в связи с эпидемически значимым контактом по ВИЧ-инфекции, устанавливается эпидемиологический диагноз:

- Детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей, — «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции».
- Прочим пациентам — «контакт по ВИЧ-инфекции».

С этим диагнозом пациент наблюдается, пока диагноз ВИЧ-инфекции не будет подтвержден или опровергнут.

Также следует указать название нозологической формы по МКБ-10 в соответствии с приложением к методическому письму.

3.8 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ СПИДА

СПИД является эпидемиологическим понятием. Во многих странах в целях эпидемиологического надзора регистрируются не случаи ВИЧ-инфекции (как в России), а случаи СПИДа, то есть случаи, когда у больного ВИЧ-инфекцией развивается хотя бы одно из заболеваний или состояний, определенных экспертами как со-

стояния, индикаторные для СПИДа (СПИД-индикаторные состояния). При этом критерии, предложенные экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Центров по контролю за заболеваниями США (CDC), различаются.

В Российской Федерации Перечень состояний, свидетельствующих о развитии у пациента синдрома приобретенного иммунодефицита, определен приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.03.2006 № 166.

Если у больного ВИЧ-инфекцией нет ни одного из рекомендованных перечнем заболеваний, постановка ему диагноза «СПИД» неправомерна, даже если он находится в терминальной стадии заболевания.

3.9 СПИСОК СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВИЧ В МКБ-10

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

B20.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции

B20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций

B20.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания

B20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций

B20.4 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза

B20.5 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов

B20.6 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*

B20.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций

B20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней

B20.9 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней

B21 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде злокачественных новообразований

B21.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши

B21.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта

B21.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом

B21.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей

B21.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований

B21.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований

B21.9 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований

B22 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточненных болезней

B22.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии

B22.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита

B22.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома

B22.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках

B23 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других состояний

B23.0 Острый ВИЧ-инфекционный синдром

B23.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии

B23.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках

B23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний

B24 Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная

F02.4 Деменция при болезни, вызванной ВИЧ (B22.0)

R75 Лабораторное обнаружение ВИЧ**Z11.4** Специальное скрининговое обследование с целью выявления инфицирования ВИЧ**Z20.6** Контакт с больным и возможность заражения ВИЧ**Z21** Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ**Z71.7** Консультирование по вопросам, связанным с ВИЧ**Z83.0** В семейном анамнезе болезнь, вызванная ВИЧ.**3.10 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Учитывая отсутствие в настоящее время возможности полного излечения больного ВИЧ-инфекцией, целью лечения является максимальное продление жизни больного и обеспечение сохранения ее качества.

При этом основными задачами являются:

- в стадии первичных проявлений (стадия 2) — добиться максимального уменьшения выраженности и продолжительности клинических проявлений, отмечающихся на этой стадии болезни, сократить продолжительность периода выраженной вирусемии;
- в субклинической стадии (стадия 3) и в фазе ремиссии на стадии вторичных заболеваний (стадия 4) — предотвратить или отсрочить развитие угрожающих жизни поражений и обеспечить как можно более длительное сохранение качества жизни инфицированных лиц; 70
- на стадии вторичных заболеваний (стадия 4) в фазе клинического прогрессирования с помощью рациональной терапии и профилактики вторичных заболеваний в сочетании с противоретровирусной терапией добиться ремиссии, восстановления качества жизни и его возможно более длительного сохранения;
- в терминальной стадии (стадия 5) обеспечить полноценную паллиативную помощь.

К основным принципам терапии ВИЧ-инфекции можно отнести:

- необходимость создания охранительного психологического режима;
- обеспечение приверженности пациента к диспансерному наблюдению и лечению;

- своевременное начало и проведение эффективной этиотропной (противоретровирусной) терапии и профилактики вторичных заболеваний;
- тщательный выбор лекарственных препаратов с подбором необходимого минимума;
- своевременное лечение вторичных и сопутствующих заболеваний, для чего необходима их ранняя диагностика.

3.11 ХИМИОТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Лекарственная терапия ВИЧ-инфекции включает в себя:

- противоретровирусную терапию;
- химиопрофилактику вторичных (оппортунистических) заболеваний;
- лечение вторичных заболеваний;
- лечение сопутствующих заболеваний.

В настоящее время основным компонентом лечения больных ВИЧ-инфекцией является противоретровирусная терапия, с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания. То есть состояния, при котором, несмотря на невозможность полного излечения больного, удастся остановить прогрессирование болезни и в течение длительного времени (теоретически пожизненно) поддерживать удовлетворительное качество его жизни.

3.11.1 ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Противоретровирусная терапия направлена на прекращение репликации (размножения) вируса иммунодефицита человека, являющегося возбудителем ВИЧ-инфекции, т.е. является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции.

До настоящего времени ВИЧ-инфекция остается неизлечимым заболеванием и добиться очищения организма от вируса иммунодефицита человека не удастся. Однако с помощью противоретровирусных препаратов можно блокировать размножение ВИЧ и снизить содержание вируса в крови (вплоть до неопределяемого уровня). Это приводит к восстановлению субпопуляции CD4-лимфоцитов (полному или частичному), предотвращению развития иммунодефицита (или снижению его уровня) и, как следствие, к предотвращению появления (облегчению течения или исчезновению) вторичных заболеваний. В результате сохраняется (или восстанавливается) трудоспособность, улучшается качество и увеличивается продолжительность

жизни пациента.

В настоящее время считается, что если пациент начал прием противоретровирусных препаратов, то он должен получать их пожизненно. Исключение составляют пациенты с острой ВИЧ-инфекцией, у которых противоретровирусная терапия может быть прекращена через 6–12 месяцев, и беременные, которым противоретровирусные препараты могут назначаться не с целью их лечения, а с целью профилактики заражения плода и ребенка во время беременности и родов.

При назначении противоретровирусной терапии, неадекватное проведение которой не только не даст ожидаемого эффекта, но и сопряжено с риском формирования и распространения штаммов вируса, устойчивых к лекарственным препаратам, помимо медицинских критериев необходимо учитывать и социально-психологические. При необходимости должна проводиться работа по повышению приверженности пациента к терапии (консультирование, психосоциальная поддержка и т.п.), подбираться наиболее удобная для него схема приема лекарств.

3.11.2 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Наличие ВИЧ-инфекции само по себе не является показанием для назначения противоретровирусной терапии. Слишком раннее ее назначение нецелесообразно, а слишком позднее дает худшие результаты.

Существуют клинические и лабораторные показания для назначения противоретровирусной терапии. Клинические показания определяются стадией и фазой заболевания, а лабораторные — уровнем в крови CD4-лимфоцитов и уровнем РНК ВИЧ (вирусная нагрузка).

Различают также относительные и абсолютные показания к противоретровирусной терапии.

Абсолютные показания к противоретровирусной терапии:

- **клинические** — стадия 2В, стадии 4Б в фазе прогрессирования, стадия 4В в фазе прогрессирования;
- **лабораторные** — снижение уровня CD4-лимфоцитов менее 0,2 млрд/л (за исключением пациентов, находящихся в стадии 2А, 2Б, у которых такой уровень CD4-лимфоцитов является относительным показанием к началу противоретровирусной терапии).

При наличии абсолютных показаний противоретровирусную терапию рекомендуется начинать как можно раньше.

Относительные показания к противоретровирусной терапии:

- **клинические** — стадия 4А (независимо от фазы), стадия 4Б в фазе ремиссии, стадия 4В в фазе ремиссии;
- **лабораторные** — уровень CD4_лимфоцитов от 0,2 до 0,35 млрд/л, уровень РНК ВИЧ (вирусная нагрузка) более 100 000 копий в мл.

При наличии относительных показаний к противоретровирусной терапии ее рекомендуется начинать, если одновременно отмечаются несколько относительных показаний к терапии, а также при активном желании пациента. Если нет уверенности, что приверженность пациента к терапии будет хорошей, перед началом лечения рекомендуется провести работу по повышению приверженности к терапии (в том числе с участием неправительственных организаций и активистов из числа людей, живущих с ВИЧ-инфекцией).

Уровень CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ учитываются как показания для назначения противоретровирусной терапии, если в течение месяца до их проведения у больного не было заболеваний, сопровождавшихся воспалительными процессами, и прививок.

Если лабораторные показания для противоретровирусной терапии выявлены впервые, а клинические показания отсутствуют, для решения вопроса о целесообразности начала терапии необходимо проведение повторного исследования. При уровне CD4-лимфоцитов менее 0,2 млрд/л оно проводится не менее чем через 4 недели после получения результата, подлежащего подтверждению. При уровне CD4-лимфоцитов от 0,2 до 0,35 млрд/л — с интервалом не менее 12 недель.

Противоретровирусная терапия назначается и проводится после подписания пациентом формы добровольного информированного согласия.

3.11.3 НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В стадии 1 терапия не назначается.

В первые трое суток после эпидемически значимого контакта с больным ВИЧ-инфекцией противоретровирусные препараты назначаются с целью химиопрофилактики заражения ВИЧ.

В стадии 2

- **Стадия 2А** (бессимптомная сероконверсия, клинические проявления острой ВИЧ_инфекции отсутствуют) — противоретровирусная терапия не проводится за исключением случаев, когда

известно, что уровень CD4-лимфоцитов менее 0,2/мкл.

- **Стадия 2Б** (острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний) рекомендуется назначать противоретровирусную терапию, за исключением случаев, когда уровень CD4-лимфоцитов более 0,35/мкл, а уровень РНК ВИЧ менее 100 000 в мл.

- **Стадия 2В** (острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями). Если у больного развиваются вторичные заболевания, характерные для стадии 4Б или 4В, рекомендуется назначение противоретровирусной терапии. Если вторичные заболевания соответствуют стадии 4А, терапию также рекомендуется назначать, за исключением случаев, когда уровень CD4-лимфоцитов более 0,35/мкл, а уровень РНК ВИЧ менее 100 000 в мл.

В стадии 3 (субклиническая стадия)

Терапию рекомендуется назначать при уровне CD4-лимфоцитов ниже 0,2/мкл (абсолютное показание), а также при CD4 от 0,2 до 0,35/мкл, если уровень РНК ВИЧ выше 100 000 копий в мл. или больной выражает активное желание и готовность начать терапию.

В стадии 4 (стадия вторичных заболеваний)

- **Стадия 4А** терапия назначается, если известно, что количество CD4-лимфоцитов менее 0,35/мкл или уровень РНК ВИЧ выше 100 000 копий в мл.

- **Стадия 4Б** — В фазе ремиссии терапия назначается, если известно, что количество CD4-лимфоцитов менее 0,35/мкл или уровень РНК ВИЧ выше 100 000 копий в мл. В фазе прогрессирования она назначается независимо от уровня CD4 и РНК ВИЧ.

- **Стадия 4В** — показания к назначению противоретровирусной терапии те же, что и в стадии 4Б, за исключением детей, которым рекомендуется назначать противоретровирусную терапию независимо от фазы заболевания.

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ		ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАНИЯ		ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ
Стадия ВИЧ-инфекции	Дополнительные условия	Уровень CD-4 клеток (млрд/л)	Уровень РНК ВИЧ (копий в мл)	
Стадия 1		Независимо	Независимо	Не рекомендуется
Стадия 2А		>0,2 <0,2	Независимо Независимо	Не рекомендуется Относительное показание
Стадия 2Б		>0,35 >0,35 или неизвестно <0,35	<100 000 или неизвестно >100 000 Независимо	Не рекомендуется Относительное показание Относительное показание
Стадия 2В	Вторичные заболевания соответствуют стадии 4А	>0,35 неизвестно >0,35 или неизвестно	<100 000 или неизвестно <100 000 >100 000	Не рекомендуется Не рекомендуется Относительное показание
	Вторичные заболевания соответствуют стадии 4Б, 4В	Независимо	Независимо	Абсолютное показание
Стадия 3		>0,35 или неизвестно >0,35 или неизвестно 0,2–0,34 <0,2	<100 000 или неизвестно <100 000 Независимо Независимо	Не рекомендуется Относительное показание Относительное показание Абсолютное показание
Стадия 4А		>0,35 или неизвестно >0,35 или неизвестно 0,2–0,34 <0,2	<100 000 или неизвестно <100 000 Независимо Независимо	Не рекомендуется Относительное показание Относительное показание Абсолютное показание
Стадия 4Б	Фаза ремиссии	>0,35 или неизвестно >0,35 или неизвестно 0,2–0,34 <0,2	<100 000 или неизвестно <100 000 Независимо Независимо	Не рекомендуется Относительное показание Относительное показание Абсолютное показание
	Фаза прогрессирования	Независимо	Независимо	Абсолютное показание
Стадия 4В	Фаза ремиссии	>0,35 или неизвестно >0,35 или неизвестно 0,2–0,34 <0,2	<100 000 или неизвестно <100 000 Независимо Независимо	Не рекомендуется Относительное показание Относительное показание Абсолютное показание
	Фаза прогрессирования	Независимо	Независимо	Абсолютное показание

3.12 ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

У детей до 6 лет содержание лимфоцитов в крови выше, чем у взрослых, поэтому при определении у них выраженности иммунодефицита необходимо учитывать возрастные нормы или использовать процентные показатели, которые не меняются с возрастом.

Иммунологические категории у разных возрастных групп

Иммунологические категории	CD4%	CD4% \times 10 ⁹ /л		
		< 1 года	1-5 лет	> 6 лет и взрослые
Категория 1 (без иммунодефицита)	>25%	>1,5	>1,0	>0,5
Категория 2 (умеренный иммунодефицит)	15-24%	0,75-1,49	0,5-0,99	0,2-0,49
Категория 3 (выраженный иммунодефицит)	<15%	<0,75	<0,5	<0,2

Для определения выраженности иммунодефицита у детей разных возрастов и взрослых рекомендуется пользоваться нижеприведенной таблицей, предложенной Центром по контролю за заболеваниями США (CDC).

3.13 ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Противоретровирусные препараты могут назначаться беременной женщине как с целью предотвращения передачи вируса иммунодефицита человека будущему ребенку во время беременности и родов (показания для такого назначения рассматриваются в соответствующем руководстве), так и с целью лечения самой женщины.

Противоретровирусная терапия с целью лечения назначается беременным по тем же показаниям, что и остальным взрослым пациентам. Однако до 14-й недели беременности противоретровирусную терапию рекомендуют начинать лишь при наличии абсолютных показаний к ней.

При наличии относительных показаний начало химиотерапии рекомендуют отложить до наступления 14-й недели беременности (во избежание возможного токсического действия препаратов на плод в период органогенеза).

3.14 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

3.14.1 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Залогом эффективного лечения больных ВИЧ-инфекцией, увеличения продолжительности и сохранения качества их жизни является психосоциальная адаптация пациентов и своевременное начало терапии, способной предотвратить развитие характерных для этого заболевания угрожающих жизни поражений. Поскольку больные ВИЧ-инфекцией обычно не могут обнаружить у себя признаки прогрессирования заболевания, необходимо проводить их активное выявление с помощью периодических обследований. Обследования пациента в рамках диспансерного наблюдения должны проводиться с его добровольного информированного согласия.

Рекомендуется активное приглашение ВИЧ-инфицированных лиц на периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору.

Лицам, которым установлен диагноз ВИЧ-инфекции, предлагает-ся встать на диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции. Как правило, это наблюдение осуществляет Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями субъекта Российской Федерации или муниципального образования, в котором проживает больной ВИЧ-инфекцией, однако на отдаленных территориях эту функцию, под методическим руководством Центра СПИД, может осуществлять учреждение здравоохранения первичного звена.

Целью диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни. В рамках этой цели основными задачами являются своевременное выявление у них показаний к назначению противоретровирусной терапии, химиопрофилактике вторичных заболеваний, обеспечение оказания им своевременной медицинской помощи, в том числе психологической поддержки.

Диспансерное наблюдение за больным ВИЧ-инфекцией осуществляется специально подготовленным врачом (как правило, инфекционистом) Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями или врачом первичного звена (как правило, участковым инфекционистом) под методическим руководством врача Центра СПИД. Диспансерное наблюдение за детьми осуществляется врачом-педиатром Центра СПИД или

врачом-педиатром первичного звена под методическим руководством врача Центра СПИД.

Рекомендуется, чтобы в Центре СПИД пациент был прикреплен к конкретному врачу, медицинской сестре, психологу, социальному работнику. Для уменьшения нагрузки на врача рекомендуется проводить сестринские приемы, проводимые специально подготовленной медицинской сестрой. Во время этого приема проводится психологическая адаптация пациента, определяется полнота обследования и лечения, приверженность к терапии, проводится измерение веса и роста тела (у детей), артериального давления, пульса.

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции — каждое обследование больного ВИЧ-инфекцией, проводимое в рамках диспансерного наблюдения за ним, должно сопровождаться консультированием, во время которого обсуждаются актуальные для пациента проблемы, в том числе по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, приверженности к лечению. Такое консультирование можно определить как «профессиональное общение, направленное на формирование и поддержание мотивации к соблюдению приверженности к лечению ВИЧ-инфекции». Консультирование является неотъемлемым компонентом работы всех медицинских и немедицинских профессионалов, оказывающих медико-социальную помощь больным ВИЧ-инфекцией: лечащего врача, медицинской сестры, узких специалистов, психолога, социального работника и должно входить в программу их профессиональной подготовки. Кроме того, консультирование как отдельное мероприятие могут проводить специально подготовленные специалисты, в том числе и не имеющие медицинского образования.

3.14.2 ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ ПО ПОВОДУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Задачи обследования при постановке на диспансерный учет по поводу ВИЧ-инфекции:

- подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции;
- определение клинической стадии и фазы ВИЧ-инфекции;
- выявление показаний к противоретровирусной терапии;
- выявление показаний к химиопрофилактике вторичных заболеваний;
- выявление вторичных заболеваний, определение их тяжести и необходимости лечения;

- выявление сопутствующих заболеваний (в том числе связанных с ВИЧ-инфекцией),
- определение их тяжести и необходимости лечения;
- психосоциальная адаптация пациента.

Объем обследования

Некоторые обследования пациента, проводимые при его постановке на диспансерный учет, могут быть уже сделаны на этапе постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

В таком случае эти исследования не повторяются, если они были проведены:

- лабораторные обследования — в течение последних 12 недель;
- врачебные консультации (за исключением осмотра лечащего врача-инфекциониста) — в течение 24 недель;
- рентгенография грудной клетки и УЗИ — в течение 48 недель.

Прием врача-инфекциониста предварительный проводится специалистом, прошедшим обучение для работы с больными ВИЧ-инфекцией. Цель приема — предварительное суждение о наличии ВИЧ-инфекции, стадии и фазе заболевания, определение объема обследования. После того, как будут получены результаты лабораторных и инструментальных исследований и проведены консультации специалистов, осуществляется диспансерный **прием врача-инфекциониста повторный**.

Цель повторного приема — окончательное суждение о стадии и фазе заболевания, определение плана дальнейшего наблюдения за пациентом и его лечения на основании данных, полученных на предварительном приеме, а также на результатах лабораторных и инструментальных исследований.

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции — проводится при каждом обследовании пациента, проводимого в рамках диспансерного наблюдения за ним.

Консультации специалистов — невропатолога, офтальмолога, ЛОР, стоматолога, у женщин — гинеколога. При наличии показаний проводятся консультации: терапевта, психиатра (психотерапевта, нарколога), психолога, дерматовенеролога, уролога, фтизиатра, эндокринолога и других специалистов. **Цель** — выявление и лечение имеющихся у пациента вторичных и сопутствующих заболеваний.

Инструментальные исследования: рентгенография грудной

клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭКГ.

Лабораторные исследования:

- определение абсолютного и процентного уровня CD4 и CD8_лимфоцитов;
- определение уровня РНК ВИЧ в сыворотке крови;
- общий (клинический) анализ крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула);
- анализ крови биохимический (общий белок, альбумин, креатинин, аспарат-трансаминаза, аланин_трансаминаза, общий билирубин, глюкоза, лактатдегидрогеназа, глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, холестерин, нейтральные жиры и триглицериды, амилаза или липаза);
- общий анализ мочи;
- серологическое исследование на вирусный гепатит В (HBSAg);
- серологическое исследование на вирусный гепатит С (HCV IgG);
- серологическое исследование на сифилис.

Прочие:

- проба Манту.

3.14.3 ПЛАНОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Задачи плановых обследований пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ВИЧ-инфекции до начала противоретровирусной терапии:

- определение клинической стадии и фазы ВИЧ-инфекции и их изменения в сравнении с предыдущим обследованием;
- определение динамики лабораторных маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции;
- выявление показаний к противоретровирусной терапии;
- выявление показаний к химиопрофилактике вторичных заболеваний;
- выявление вторичных заболеваний. Определение их тяжести и необходимости лечения;
- оценка динамики течения ранее выявленных вторичных заболеваний и эффективности их лечения;
- выявление сопутствующих заболеваний (в том числе связанных с ВИЧ-инфекцией), определение их тяжести и необходимости лечения;

- оценка динамики течения ранее выявленных сопутствующих заболеваний и эффективности их лечения;
- психосоциальная адаптация пациента.

Объем и кратность обследования

Частота и объем плановых обследований пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ВИЧ-инфекции, зависит от стадии заболевания и уровня CD4-лимфоцитов в крови.

Диспансерный прием врача-инфекциониста

Кратность:

- стадия 3 при CD4 > 1,0/мкл — 48 недель;
- стадия 3 или 4A в фазе ремиссии при CD4 от 0,5 до 1,0/мкл — 24 недели;
- другие стадии или CD4 < 0,5/мкл — 12 недель.

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции — сопровождает каждое обследование больного ВИЧ-инфекцией, проводимое в рамках диспансерного наблюдения.

Консультации специалистов

Прием врача-невропатолога, ЛОР, гинеколога

Кратность:

- стадия 4Б, 4В или CD4 < 0,2/мкл — каждые 24 недели;
- другие стадии или CD4 > 0,2/мкл — каждые 48 недель.

Прием врача-офтальмолога

Кратность:

- стадия 4В или CD4 < 0,2/мкл — каждые 24 недели;
- другие стадии или CD4 > 0,2/мкл — каждые 48 недель.

Прием врача-стоматолога

Кратность:

- каждые 48 недель.

Инструментальные исследования:

Рентгенография грудной клетки

Кратность:

- стадия 3 при уровне CD4-лимфоцитов 0,2 млрд/л и более или 4А, 4Б в фазе ремиссии при уровне CD4-лимфоцитов 0,2 млрд/л и более — каждые 48 недель;
- в остальных случаях — каждые 24 недели.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза

Кратность:

- стадия 3 при уровне CD4_лимфоцитов 0,2 млрд/л и более или 4А, 4Б в фазе ремиссии при уровне CD4-лимфоцитов 0,2 млрд/л и более — каждые 48 недель;
- в остальных случаях — каждые 24 недели.

ЭКГ

Кратность:

- 1 раз в год.

Лабораторные исследования

ОБСЛЕДОВАНИЕ	КРАТНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ (НЕДЕЛЬ)		
	Стадия 3, CD4 > 1,0x10 ⁵ /л	Стадия 3, 4А в фазе ремиссии, CD4 0,5-1,0x10 ⁵ /л	Другие стадии или CD4 < 0,5x10 ⁵ /л
ЭКГ	48 недель	48 недель	48 недель
Определение абсолютного и процентного уровня CD4	48 недель	24 недели	12 недель
Определение уровня РНК ВИЧ в сыворотке крови	48 недель	48 недель	48 недель
Общий (клинический) анализ крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, подсчет лейкоцитарной формулы)	48 недель	24 недели	12 недель
Анализ крови биохимический расширенный (общий белок, альбумин, креатинин, аспарат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, общий билирубин, глюкоза, лактатдегидрогеназа, глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, холестерин, нейтральные жиры и триглицериды, амилаза или липаза)	48 недель	48 недель	48 недель
Анализ крови биохимический сокращенный (аспарат-трансаминаза, аланин-трансаминаза)	48 недель	24 недели	12 недель
Общий анализ мочи	48 недель	48 недель	48 недель
Серологическое исследование на вирусный гепатит В (HBSAg)	48 недель	48 недель	48 недель
Серологическое исследование на вирусный гепатит С (HCV IgG)	48 недель	48 недель	48 недель
Серологическое исследование на сифилис	48 недель	48 недель	48 недель
Проба Манту	48 недель	48 недель	48 недель

3.14.4 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Проведение противоретровирусной терапии осуществляется врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. На отдаленных территориях оно может осуществляться под методическим руководством специалиста Центра СПИД участковым врачом-терапевтом или инфекционистом, подготовленным для работы с больными ВИЧ-инфекцией.

Задачи клинико-лабораторного обследования, проводимого на фоне противоретровирусной терапии:

- оценка течения ВИЧ-инфекции;
- оценка эффективности проводимой терапии;
- оценка безопасности проводимой терапии;
- оценка полноты проведения терапии;
- выявление сопутствующих заболеваний.

На основании этих обследований принимается решение об эффективности и безопасности проводимой терапии, о дальнейшей тактике ведения больного. Определяются дополнительные обследования и лечебные мероприятия, призванные улучшить переносимость терапии.

Пациентам, находящимся на противоретровирусной терапии, продолжают проводиться те же исследования, что проводились им при диспансерном наблюдении до ее начала, однако частота проведения некоторых исследований увеличивается.

Диспансерный прием врача-инфекциониста с предшествующим сестринским приемом проводится специалистом, прошедшим обучение для работы с больными ВИЧ-инфекцией.

Цель приема — оценка эффективности и безопасности проводимой терапии, течения ВИЧ-инфекции, вторичных и сопутствующих заболеваний, психологическая поддержка пациента, находящегося на противоретровирусной терапии.

Кратность планового обследования: через 4 и 12 недель после начала лечения, а затем — каждые 12 недель. У части пациентов проводятся дополнительные обследования через 8 недель после начала противоретровирусной терапии (при снижении РНК ВИЧ менее чем в 3 раза к 4-й неделе лечения).

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции — сопровождает каждое обследование больного ВИЧ-инфекцией, проводимое в рамках диспансерного наблюдения.

Прием врача-невропатолога

Цель — выявление и лечение вторичных и сопутствующих заболеваний центральной и периферической нервной системы, а также выявление и лечение побочных эффектов лекарственных препаратов. Особое внимание должно быть уделено выявлению патологии периферической нервной системы.

Кратность исследования: у пациентов, получающих лечение нейротоксичными препаратами, — каждые 12 недель; у остальных — в том же порядке, что и у пациентов, не получающих противоретровирусной терапии.

Прием врача-оториноларинголога

Цель — выявление и лечение вторичных и сопутствующих заболеваний верхних дыхательных путей, органов слуха и обоняния и лечение, а также выявление и лечение побочных эффектов лекарственных препаратов. Особое внимание уделяется выявлению нарушений слуха.

Кратность исследования: у пациентов, получающих лечение ототоксичными препаратами, — каждые 12 недель; у остальных — в том же порядке, что и у пациентов, не получающих противоретровирусной терапии.

Кроме того, больные, получающие противоретровирусную терапию, проходят плановые обследования других специалистов (гинеколога, офтальмолога, стоматолога, а при наличии показаний — и других), в том же порядке, что и пациенты, не получающие лечения.

Инструментальные исследования

- Рентгенография грудной клетки — в том же порядке, что и у пациентов, не получающих противоретровирусную терапию.
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза — в том же порядке, что и у пациентов, не получающих противоретровирусной терапии.
- ЭКГ — в том же порядке, что и у пациентов, не получающих противоретровирусной терапии.

Лабораторные исследования

- определение абсолютного и процентного уровня CD4 и CD8 лимфоцитов проводится каждые 12 недель;
- определение уровня РНК ВИЧ в сыворотке крови (определение вирусной нагрузки) проводится через 4 и 12 недель после начала терапии (если через 4 недели не произошло снижения уровня РНК ВИЧ более чем в 3 раза в сравнении с исходным уровнем, проводится дополнительное обследование на 8-й неделе);
- общий (клинический) анализ крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, подсчет лейкоцитарной формулы) проводится каждые 12 недель (при применении зидовудина, фосфазида

и содержащих их препаратов исследование гемоглобина проводится также через 4 и 8 недель после начала лечения);

- анализ крови биохимический (креатинин, АСТ, АЛТ) проводится каждые 12 недель (при лечении ингибиторами протеазы дополнительно проводится исследование уровня глюкозы, холестерина, нейтральных жиров и триглицеридов, при применении панкреотоксичных препаратов — амилазы или липазы, при применении невирапина — дополнительные исследования уровня АЛТ через 4 и 8 недель после начала лечения); остальные исследования — в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и уровня CD4-лимфоцитов;
- общий анализ мочи — каждые 48 недель;
- тест на беременность проводится у женщин, получающих лечение препаратом **ифавиренц** — каждые 12 недель.

Рекомендуемый график плановых обследований пациентов, находящихся на антиретровирусной терапии (АРТ)

Обследование	Исходное состояние	Через 2 недели	Через 4 недели	Через 8 недель	Каждые 12 недель	Каждые 48 недель	Примечание
Диспансерный прием врача инфекциониста	(+)	(±) При появлении побочных эффектов	(+)	(±) При отсутствии эффекта на 4-й неделе	(+)		
Консультация врача-невропатолога	(+)				(±) При лечении нейротоксичными препаратами		В остальных случаях – по графику пациентов
Консультация врача-отоларинголога	(+)				(±) При лечении ототоксичными препаратами		В остальных случаях – по графику пациентов, не получающих АРТ
Консультация врача-гинеколога							По графику пациентов, не получающих АРТ
Консультация врача-офтальмолога							По графику пациентов, не получающих АРТ
Консультация врача-стоматолога							По графику пациентов, не получающих АРТ
Рентгенография грудной клетки							По графику пациентов, не получающих АРТ
УЗИ брюшной полости							По графику пациентов, не получающих АРТ
Электрокардиография							По графику пациентов, не получающих АРТ
Уровень CD4-лимфоцитов	(+)				(+)		
Уровень CD8-лимфоцитов	(+)				(+)		

Обследование	Исходное состояние	Через 2 недели	Через 4 недели	Через 8 недель	Каждые 12 недель	Каждые 48 недель	Примечание
Определение вирусной нагрузки	(+)		(+)	(±) При отсутствии эффекта на 4-й неделе	(+)		
Определение уровня гемоглобина	(+)		(±) При лечении ZDV и Ф-АЗТ	(±) При лечении ZDV и Ф-АЗТ	(+)		
Общий (клинический) анализ крови (эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула)	(+)				(+)		
Определение в крови уровня креатинина, билирубина и его фракций, АЛТ, АСТ	(+)		(±) АЛТ и АСТ при лечении невирапином	(±) АЛТ и АСТ при лечении невирапином	(±)		
Определение в крови уровня глюкозы, холестерина, нейтральных жиров и триглицеридов	(+)				(±) При лечении ингибиторами протеазы за исключением ATV	(+)	
Определение в крови уровня амилазы или липазы	(+)				(±) При лечении d4T, ddI	(+)	
Определение в крови уровня общего белка, альбумина, ЛДГ, ГГТ, ЩФ	(+)					(+)	
Общий анализ мочи	(+)						По графику пациентов, не получающих АРТ
Тест на беременность	(+)				(±) При лечении EF		

3.15 ЛЕЧЕНИЕ И ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

3.15.1 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КАНДИДОЗА (КОД МКБ-Х — В20.4)

Кандидоз вызывает гриб рода *Candida* (основной возбудитель — *C. albicans*), который входит в состав нормальной микрофлоры человека (полость рта, влагалище, кишечник).

Представители рода *Candida* могут вызывать различные клинические проявления даже при умеренных нарушениях иммунной защиты на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (стоматит, вульвовагинит). При выраженном иммунодефиците у больных СПИДом развиваются глубокие кандидозные поражения (кандидоз пищевода, трахеи, бронхов, кишечника, ЦНС и другие висцеральные поражения, кандидемия), которые труднее диагностировать (микроскопическое и гистологическое исследование биоптатов).

Первичную химиопрофилактику кандидозных поражений не проводят.

Лечение кандидозного стоматита

Основные режимы:

- нистатин 500 000 ЕД 5 раз в день внутрь;
- или
- флуконазол 100 мг внутрь 1 раз в день.

Альтернативные режимы:

- кетоконазол 200 мг/день перорально;
- или
- итраконазол 100 мг в день в виде суспензии для приема внутрь;
- или
- амфотерицин В 0,3–0,5 мг/кг/день в/в капельно.

Лекарственную терапию проводят до исчезновения клинических симптомов кандидоза (обычно в течение 7–14 дней).

При рецидивах кандидозного стоматита, после излечения острого эпизода проводят **поддерживающую терапию** (обычно в течение 10–14 дней).

Основной режим:

- флюконазол 100 мг внутрь 1 раз в день или 200 мг/день 3 раза в неделю.

Альтернативные режимы:

- итраконазол 200 мг/день в таблетках или 100 мг в день в виде суспензии для приема внутрь;

или

- кетоконазол 200 мг/день перорально;

или

- нистатин 500 000 ЕД 5 раз в день внутрь.

Лечение кандидозного вульвовагинита*Основной режим:*

- миконазол — вагинальные свечи по 200 мг в течение 3 дней или 2-процентный крем в течение 7 дней;

или

- клотримазол — крем (1-процентный) в течение 7–14 дней или таблетки 100 мг/день внутрь в течение 7 дней, или 100 мг 2 раза в день — 3 дня, или 500 мг/день однократно;

или

- флуконазол 150 мг/день однократно.

Альтернативные режимы:

- кетоконазол 200 мг/день или 2 раза в день перорально в течение 5–7 дней, или 200 мг 2 раза в день внутрь — 3 дня;

или

- кетоконазол 100 мг/день перорально — 10–14 дней;

или

- флуконазол 50–100 мг/день внутрь ежедневно или 200 мг 1 раз в неделю.

**3.15.2 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ
ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ
(КОД МКБ4X — B20.6)**

Пневмоцистную пневмонию вызывает *Pneumocystis jiroveci* (прежнее название — *Pneumocystis carinii*) — внеклеточный паразит многих видов животных и человека (в последнее время многие

исследователи причисляют ее к грибам). Она развивается у больных ВИЧ-инфекцией с глубоким иммунодефицитом (обычно при уменьшении числа CD4-лимфоцитов ниже 0,2109/л), протекает с явлениями тяжелой дыхательной недостаточности. Обычно больные обращаются за медицинской помощью не сразу после начала болезни, так как характерные признаки заболевания развиваются постепенно. Кроме этого, в ряде случаев пневмоцистоз может протекать без проявлений легочной симптоматики.

Наиболее характерными симптомами пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией являются одышка, лихорадка, кашель. Одышка является наиболее ранним симптомом (появляется за несколько недель и даже месяцев до разгара болезни) и наблюдается практически у всех больных. Вначале она бывает выражена при умеренной физической нагрузке. Постепенно нарастая, она начинает беспокоить больных уже в покое.

Повышение температуры тела может сопровождаться ознобом, потливостью. В начале заболевания обычно наблюдается субфебрильная температура; в последующем она либо повышается (до 38–39°C), либо остается субфебрильной. В случаях эффективной терапии температура быстро снижается, обычно в течение недели.

В случаях длительной лихорадки на фоне эффективного лечения следует исключать наличие сочетанного течения пневмоцистной пневмонии с другими заболеваниями (туберкулез, цитомегаловирусная пневмония). Кашель сухой, как правило, без отделяемого. В начале болезни характерно навязчивое покашливание из-за постоянного ощущения раздражения за грудиной или в гортани. Кашель особенно беспокоит больных в ночное время, в дальнейшем становится почти постоянным. Боль в грудной клетке может быть признаком остро развивающегося пневмоторакса и обычно имеет колющий характер и усиливается при дыхании. При прогрессировании болезни нарастает цианоз, дыхание становится поверхностным и учащенным (30–40 в минуту). Больной становится беспокойным, жалуется на нехватку воздуха; одышка носит экспираторный характер с наибольшим затруднением выдоха. Нарастают признаки сердечно-сосудистой недостаточности, возможен коллапс.

Из лабораторных показателей для диагностики важное значение имеют всегда высокая скорость оседания эритроцитов, а также, как отражение дыхательной недостаточности, высокая суммарная активность лактатдегидрогиназы.

Выявляемая рентгенологически двусторонняя интерстициальная пневмония не является патогномичным признаком, а в ряде случаев рентгенологических изменений не обнаруживают вообще.

Для подтверждения диагноза встает вопрос о проведении тяжелых для больных процедур (бронхоскопия для получения бронхоальвеолярной жидкости, биопсия легкого), провоцирующих ухудшение состояния и развитие пневмоторакса, поэтому необходимость их проведения определяется тяжестью состояния больного.

Бактериоскопическое исследование мокроты требует высокой квалификации врача-лаборанта и обычно малоэффективно, т.к. обнаруженный в мокроте пневмоцист далеко не всегда может говорить о манифестной инфекции, а может являться лишь свидетельством носительства. Поэтому в клинической практике чаще всего полагаются на клинические признаки этого заболевания и используют терапию «ex juvantibus», положительный эффект которой также является свидетельством правильного диагноза.

Лечение пневмоцистной пневмонии

Основной режим:

- триметоприм/сульфаметоксазол (септрин, бисептол, бактрим, ко-тримоксазол) назначают из расчета по триметоприму по 15–20 мг/кг/день (из расчета по сульфаметоксазолу — 75–80 мг/кг/день) перорально или в/в капельно в течение 21 дня; суточную дозу принимают в 4 приема.

Альтернативные режимы:

- клиндамицин 600 мг каждые 8 ч в/в капельно или 300–450 мг каждые 6 ч внутрь + примахин 30 мг/день внутрь в течение 21 дня;

При наличии у больного дыхательной недостаточности ($pO_2 < 70$ мм рт.ст.) показано назначение кортикостероидов: преднизолон по 80 мг/день (по 4 мг — 2 раза) в течение 5 дней, затем по 40 мг — 1 раз в день в течение 5 дней, затем по 20 мг/день до конца курса лечения.

Профилактика пневмоцистной пневмонии

Химиопрофилактику пневмоцистной пневмонии проводят у больных ВИЧ-инфекцией с количеством CD4-лимфоцитов ниже 0,2/мкл (превентивная терапия) и у больных, перенесших пневмоцистную пневмонию (химиопрофилактика рецидивов).

Основной режим:

- триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол 480) по 2 таблетки 1 раз в день.

Альтернативные режимы:

- триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол 480) по 2 таблетки 3 раза в неделю (три дня подряд).

Первичную профилактику и профилактику рецидивов пневмоцистной пневмонии можно прекратить при стойком повышении числа CD4-лимфоцитов — более 0,2/мкл в течение 3 месяцев.

3.15.3 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ (КОД МКБ4Х — В20.8)

ТОКСОПЛАЗМОЗ

Одно из наиболее частых оппортунистических поражений при ВИЧ-инфекции — церебральный токсоплазмоз. В Российской Федерации он является одной из основных причин летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией (наряду с туберкулезом и цитомегаловирусной инфекцией).

Развитие процесса происходит как активация латентной инфекции при низком уровне CD4-лимфоцитов — менее 0,1/мкл. Другие клинические варианты токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией — поражение глаз, легких, миокарда, лимфатических узлов, костного мозга, печени и др. — редко протекают изолированно (часто сочетаются с поражением ЦНС) и почти всегда сопровождаются симптомами генерализованного процесса: преобладают высокая лихорадка, признаки сепсиса, нарушения психики.

Заболевание обычно начинается с головной боли, постепенно появления слабо выраженных очаговых симптомов за несколько недель и даже 1,5–3 и более месяцев до разгара клинической картины. В разгаре заболевания преобладают симптомы очагового энцефалита, свидетельствующие о поражении полушарий, мозжечка или ствола мозга (дезориентация, судороги и пр.). Очаговые явления часто сочетаются с признаками энцефалопатии. Судороги очагового или генерализованного характера отмечаются у 15–43% больных, головная боль приблизительно у 50%, лихорадка — у 60%; более чем у половины больных наблюдаются нарушения психики, слуховые и/или зрительные галлюцинации.

Лабораторная диагностика церебрального токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией сложна, так как серологические методы подтверждения диагноза мало информативны (антитела в крови и ликворе обнаруживаются не более чем в 5% случаев).

Более информативным является обнаружение антигена в спинномозговой жидкости. Большое диагностическое значение имеет

компьютерная или магнитно-резонансная томография, позволяющая обнаружить очаги поражения в структурах мозга. Улучшение на фоне лечения (которое часто назначают эмпирически, исходя из клинических данных) наступает медленно, не ранее, чем через 2–4 недели.

После окончания курса лечения необходимо проведение вторичной профилактики (или поддерживающего лечения) во избежание рецидива.

Лечение токсоплазмоза

Основной режим:

- пириметамин 200 мг в первый день, далее 75 мг/день внутрь + лейковорин

10–20 мг/день внутрь + сульфадиазин 4–6 г/день внутрь в течение 3–6 недель.

Альтернативные режимы:

- фансидар (пириметамин 25 мг + сульфадоксин 500 мг) по 2 табл. 4 раза в день + лейковорин 10–20 мг/день внутрь (курс не менее 8 недель);

или

- пириметамин 200 мг — первый день, далее 75 мг/день внутрь + лейковорин 10–20 мг/день внутрь + клиндамицин 600 мг в/в каждые 6 часов или 300–450 мг каждые 6 часов внутрь не менее 6 недель;

или

- пириметамин 200 мг — первый день, далее 75 мг/день внутрь + лейковорин 10–20 мг/день внутрь + азитромицин 1000–1250 мг/день, или кларитромицин 500 мг 2 раза в день, или доксициклин 300–400 мг/день;

или

- доксициклин 150–200 мг/день внутрь или в/в + кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь, или сульфадиазин 4–6 г/день внутрь.

Поддерживающую терапию необходимо проводить до восстановления системы иммунитета.

Основной режим:

- пириметамин 50–75 мг/день внутрь + лейковорин 10–20 мг/день внутрь + сульфадиазин 1,0–1,5 г внутрь 4 раза в день.

Альтернативные режимы:

- пириметамин 25–75 мг/день внутрь + лейковорин 10–25 мг/день внутрь + клиндамицин 300–450 мг в/в каждые 6–8 ч.

Профилактика токсоплазмоза

Превентивную терапию проводят при количестве CD4-лимфоцитов менее 0,1/мкл и наличии положительного результата при исследовании на антитела к токсоплазме (IgG).

Основной режим:

- триметоприм/сульфаметоксазол в дозе 160/800 мг/сутки (2 таблетки бисептола 480).

Альтернативные режимы: нет.

Превентивную терапию можно прекратить при увеличении числа CD4-лимфоцитов более 0,2/мкл, сохраняющемся более 3 месяцев.

Профилактику рецидивов можно прекратить при увеличении числа CD4-лимфоцитов более 0,2/мкл, сохраняющемся в течение не менее 6 месяцев, при завершении начального курса лечения и отсутствии симптомов заболевания.

3.15.4 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (КОД МКБ4Х — В20.2)

Манифестная цитомегаловирусная инфекция — одно из наиболее частых оппортунистических поражений при ВИЧ-инфекции. В Российской Федерации она в числе ведущих причин летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией (наряду с туберкулезом и церебральным токсоплазмозом).

Цитомегаловирус (ЦМВ) у больных СПИДом является основным этиологическим

фактором ретинита, менингоэнцефалита, поражения надпочечников, язвенного поражения пищевода, желудка, кишечника, полирадикулопатии, миелита, дилатационной кардиопатии, склерозирующей холангиопатии. ЦМВ — один из трех наиболее частых причин развития эзофагита.

Большинство поражений, вызванных цитомегаловирусом, не имеют специфических клинических черт. Клиническое течение болезни характеризуется генерализованным характером поражения органов при низких параметрах иммунитета (число CD4-лимфоцитов ниже 0,1/мкл).

Часто болезнь начинается с поражения одного глаза в форме ретинита (появление «сетки», мелькание «мушек» перед глазами, выпадение полей зрения), впоследствии присоединяется поражение второго глаза, а без лечения происходит быстрый тотальный некроз сетчатки, приводящий к слепоте, а также появление клинических признаков поражения других органов.

Для колита характерны сильные боли, диарея; эцефалит и энцефаловентрикулит характеризуются лихорадкой, психическими нарушениями вплоть до деменции, сонливостью, дезориентацией, головной болью, головокружением и пр., очаговые симптомы обычно отсутствуют или появляются поздно.

В лабораторной диагностике эффективен количественный метод ПЦР для определения ДНК ЦМВ.

Лечение цитомегаловирусного ретинита

Основные режимы:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 14–21 дней;

или

- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь в течение 14–21 дней.

Поддерживающая терапия после окончания лечебного курса

Для профилактики рецидивов проводится длительная поддерживающая терапия, которая может быть прекращена при отсутствии признаков активности процесса (по клиническим данным и данным непрямой офтальмоскопии), отсутствии ДНК ЦМВ в крови и повышении числа CD4-лимфоцитов до уровня более 0,1/мкл, сохраняющемся не менее 3–6 месяцев.

При развитии рецидива назначают повторный терапевтический курс.

Основные режимы:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь;

или

- ганцикловир 5–6 мг/кг/день в/в капельно 5–7 дней в неделю.

Лечение цитомегаловирусного поражения пищеварительного тракта

Основные режимы:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно;

или

- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь.

Терапия проводится не менее 3–4 недель, может быть прекращена при купировании клинических симптомов заболевания и положительной динамике при контрольной эзофагодуоденоскопии или колоноскопии.

Поддерживающая терапия:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь;

или

- ганцикловир 5–6 мг/кг/день в/в капельно 5–7 дней в неделю.

Поддерживающая терапия проводится не менее месяца под контролем наличия ДНК ЦМВ в крови, она может быть прекращена при ее отсутствии.

Лечение цитомегаловирусного поражения легких

Основные режимы:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно;

или

- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь.

Терапия проводится не менее 3–4 недель, может быть прекращена при купировании симптомов заболевания.

Поддерживающая терапия:

Основной режим:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь;

Альтернативный режим:

- ганцикловир 5–6 мг/кг в день в/в капельно 5–7 дней в неделю.

Поддерживающая терапия проводится не менее месяца под контролем наличия ДНК ЦМВ в крови, она может быть прекращена при ее отсутствии. Длительную поддерживающую терапию обычно не проводят.

Лечение цитомегаловирусного поражения нервной системы

Основной режим:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в течение 21–42 дней и более до клинического улучшения.

Поддерживающая терапия:

- ганцикловир 5 мг/кг в день в/в капельно;

или

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь.

При отсутствии восстановления системы иммунитета показана длительная поддерживающая терапия (в ряде случаев — пожизненная).

Профилактика манифестации цитомегаловирусной инфекции

Проводится пациентам при снижении числа CD4-лимфоцитов менее 0,05–0,1/мкл и обнаружении ДНК ЦМВ в крови методом ПЦР. Профилактика проводится валганцикловиром 900 мг/день внутрь.

Превентивную терапию прекращают при отсутствии ДНК ЦМВ в крови и повышении числа CD4-лимфоцитов до уровня более 0,1/мкл.

Цитомегаловирусный увеит при восстановлении иммунной системы на фоне ВААРТ

Воспаление заднего сегмента глаза у больных с латентным цитомегаловирусным ретинитом обусловлено восстановлением иммунной системы на фоне ВААРТ.

Рекомендуется системное или периокулярное введение стероидов.

**3.15.5 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ
ДРУГИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ
(КОД МКБ4X — B20.3)****ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ**

Инфекция, вызванная *Herpes simplex* (ВПГ 1, ВПГ 2).

По мере углубления иммунодефицита кожные поражения и поражения слизистых оболочек имеют более распространенную локализацию, прогрессирующее течение, длительно не заживают; характерны персистирующие язвенные дефекты на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Клинические проявления поражений внутренних органов неспецифичны, поэтому заподозрить их можно по предшествующим поражениям кожи и слизистых оболочек. Герпетический эзофагит подобен таковому при цитомегаловирусной инфекции (четко очерченные язвенные дефекты). Появление опоясывающего ли-

шая (вирус *Varicella Zoster*) у больного ВИЧ-инфекцией является частым предвестником перехода болезни в стадию вторичных клинических проявлений. Для поражения кожи при этом характерны обширность, длительное существование, образование резидуальных рубцов; иногда типичные высыпания изменяются и могут выглядеть как веррукозные папулы.

Герпетический менингоэнцефалит начинается чаще подостро и, постепенно прогрессируя (нарастание головной боли, неврологической симптоматики, менингеальных симптомов, возможно постепенное изменение личности), в разгаре болезни быстро приводит к летальному исходу. При типичном течении болезни (острое начало, высокая температура тела, сильная головная боль, тошнота, рвота, признаки поражения височной доли и черепных нервов) очень быстро происходит развитие комы с летальным исходом.

Лечение герпетических поражений кожи и слизистых оболочек

Основные режимы:

- ацикловир по 400 мг 3 раза в день внутрь;
или
- фамцикловир 500 мг 3 раза в день внутрь;
или
- валацикловир 1 г 2 раза в день внутрь.

Длительность приема всех препаратов не менее 7–10 дней.

При неудаче лечения ацикловиром или фамцикловиром целесообразно применять валацикловир или вводить ацикловир в/в капельно.

При тяжелом течении заболевания или в случае устойчивости к препаратам целесообразно использование ацикловира по 15 мг/кг/день в/в капельно не менее 7 дней.

Лечение рецидивов герпетической инфекции

- ацикловир по 400 мг 3 раза в день или 800 мг 2 раза в день внутрь;
или
- фамцикловир 500 мг 2 раза в день внутрь;
или
- валацикловир 1 г 1–2 раза в день внутрь;

Длительность приема любого препарата не менее 5–10 дней.

Лечение герпетического кератита

Поверхностная форма:

- местно — 3-процентная мазь ацикловира 2 раза в день с интервалом 12 часов в сочетании с офтальмофероном (глазные капли) по 1–2 капли 4 раза в день.

Глубокая форма:

- местно — 3-процентная мазь ацикловира 2–5 раз в день; общее лечение — ацикловир внутрь по 400 мг 3 раза в день, или фамцикловир 500 мг 3 раза в день, или валацикловир 1 г — 2 раза в день в течение 5–10 дней.

Профилактика герпетической инфекции

Проводится, если у пациента наблюдают 6 и более эпизодов герпетической инфекции в течение 1 года. Применяют одну из следующих схем в течение 6–12 месяцев:

- ацикловир по 400 мг 2 раза в день внутрь;
или
- фамцикловир 250 мг 2 раза в день внутрь;
или
- валацикловир 0,5–1 г 1–2 раза в день внутрь.

Альтернативой может быть лечение каждого эпизода. Если пациент получает лечение ганцикловиром или валганцикловиром в связи с наличием цитомегаловирусных поражений, нет необходимости проводить профилактику ацикловиром.

Лечение генитального герпеса у беременных

Наличие у беременных женщин к началу родовой деятельности герпетических поражений в области гениталий является показанием для кесарева сечения.

Развитие первичного генитального герпеса менее чем за 4–6 недель до родов или рецидива инфекции за несколько дней до родов требует назначения ацикловира внутрь или внутривенно (при тяжелом течении).

При развитии первичного генитального герпеса или тяжелого течения рецидива во

II или III триместрах беременности рекомендуется назначить ацикловир в лечебной дозе.

При развитии первичного генитального герпеса более чем за 6 недель до родов или при частых рецидивах инфекции во время беременности целесообразно проводить супрессивную терапию ацикловиром (по 200 мг 4 раза в день в течение 2–3 недель, начиная с 36-й недели беременности).

Возможно исследование соскоба из цервикального канала на наличие ДНК ВПГ с целью решения вопроса о способе родоразрешения.

Лечение герпетической инфекции с поражением внутренних органов

Основной режим:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов (14–21 день) не менее 10 дней;

или

- ацикловир 5–10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов в течение 2–7 дней до клинического улучшения, затем валацикловир 1 г 2 раза в день.

Альтернативный режим:

- валацикловир 1 г 3 раза в день внутрь — 5–10 дней.

Лечение менингоэнцефалита

Основной режим:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов в течение 14–21 дней.

Лечение инфекции, вызванной *Varicella zoster*

Первичная инфекция (ветряная оспа)

Основной режим:

- ацикловир 10 мг/кг в/в каждые 8 часов 7–10 дней до нормализации температуры тела, далее валацикловир 1 г 3 раза в день или фамцикловир 500 мг 3 раза в день.

Опоясывающий лишай (кожные проявления инфекции)

Основные режимы:

- фамцикловир 500 мг 3 раза в день внутрь;

или

- валацикловир 1 г 3 раза в день внутрь.

Альтернативный режим:

- ацикловир 800 мг 5 раз в день внутрь.

Курс лечения 7–10 дней (не менее 5–7 дней от момента последних высыпаний).

Лечение диссеминированного поражения кожи, внутренних органов

Основной режим:

- ацикловир 10 мг/кг/день в/в капельно каждые 8 часов не менее 7–10 дней.

Лечение поражения органов зрения (кератит в сочетании с иридоциклитом, ретинит, острый ретинальный некроз, неврит зрительного нерва)

Основной режим:

- ацикловир 10 мг/кг/день в/в капельно каждые 8 часов не менее 14–21 дней.

При наличии некрозов сетчатки и количестве CD4-лимфоцитов менее 0,1/мкл лечение проводят ганцикловиром 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 21 дня в сочетании с противогерпетическими препаратами. При количестве CD4-клеток более 0,1/мкл применяют ацикловир в/в капельно (по указанной схеме).

Профилактика инфекции Herpes zoster

Проводится в том случае, если у пациента не имеется указаний в анамнезе на заболевание ветряной оспой или опоясывающим лишаем, в крови отсутствуют антитела к вирусу Herpes zoster, а пациент имел контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

Профилактику проводят специфическим к вирусу Herpes zoster иммуноглобулином. Профилактику необходимо начать в течение 96 часов после контакта (предпочтительнее в течение 48 часов).

3.15.6 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ САРКОМЫ КАПОШИ (КОД МКБ4X — B21.0)

Саркома Капоши — новообразование эндотелиальных клеток, для развития которого необходимо участие вируса простого герпеса 8-го типа. Ранее считалось, что саркома Капоши является самой частой неоплазмой, встречающейся при ВИЧ-инфекции, однако с внедрением в практику высокоактивной

антиретровирусной терапии частота регистрации этого заболевания значительно снизилась.

Чаще саркома Капоши появляется вначале на коже в виде небольших пятен, которые постепенно увеличиваются до пальпируемых уплотнений, а затем узлов. Их количество варьирует в широких пределах, причем подсыпание может быть как очень медленным (в течение года и более), так и очень быстрым (несколько недель).

Размеры элементов также могут быть различными — от нескольких миллиметров до 10 см и более. Цвет — от красно-коричневого до фиолетового (почти черного). Излюбленная локализация элементов у больных ВИЧ-инфекцией на лице — на кончике носа, в области глазницы, на ушной раковине или внутри слухового прохода.

При генерализации процесса часто вовлекаются слизистые оболочки, особенно — твердое и мягкое небо, десны, глотка; при этом большие могут предьявлять жалобы на боль, изъязвления, кровоточивость и т.д.

Желудочно_кишечный тракт поражается у половины больных. Часто поражаются лимфатические узлы.

Среди поздних проявлений — поражение трахеи, бронхов, плевры, легочной ткани.

Для ранней диагностики поражения важен тщательный осмотр кожи и слизистых оболочек полости рта, конъюнктивы, а также области промежности при каждом визите больного к врачу. Диагноз необходимо подтверждать гистологическим исследованием соответствующего участка кожи.

Лечение саркомы Капоши включает как местное воздействие (введение цитостатиков в ткань элементов, облучение, криотерапия), так и системную терапию (цитостатики, препараты интерферона, липосомальных антрациклинов). Однако только местное лечение у больных ВИЧ-инфекцией практически не используется, поскольку саркома Капоши быстро прогрессирует и принимает распространенный характер с поражением внутренних органов.

Лечение саркомы Капоши

Основные режимы:

- проспидин 100 мг в/м 30 дней;

или

- курсы альфа-интерферона до 50 млн ЕД в/в капельно (или

8 млн ЕД п/к) в течение 5 дней, с перерывами 8–10 дней (при количестве CD4+-лимфоцитов ниже 0,2/мкл эффективность лечения низкая);

или

- даунозом (дауноробин липосомальный) 20 мг/м² 1 раз в 2 недели (до достижения клинического эффекта).

Применение полихимиотерапии препаратами винкристин, винбластин, блеомицин, адреамицин связано с выраженным влиянием на кроветворение и развитием глубокого иммунодефицита и вторичных поражений.

3.15.7 БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИЧ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (КОД МКБ4Х — В20.0)

ТУБЕРКУЛЕЗ

В настоящее время в Российской Федерации среди причин смерти больных СПИДом туберкулез стоит на первом месте. ВИЧ-инфекция, поражая иммунную систему, создает условия для развития туберкулеза и перехода его в активную форму. Чаще всего туберкулез поражает легкие, но может вызвать поражения мозговых оболочек, мозга, костей, лимфатической системы и почек. В Российской Федерации среди больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в 80% случаев регистрируются ранние стадии ВИЧ-инфекции и в 20% — поздние стадии (СПИД).

Туберкулез является причиной госпитализации более 60% больных с диагнозом СПИДа. У них чаще регистрируется генерализованный туберкулез (54%), у 35% — легочный, и у 11% — внелегочный.

Но даже легочный туберкулез у этих больных часто протекает атипично (например, реже наблюдается локализация процесса в верхушках легких). Приблизительно у 1/3 больных поражаются лимфатические узлы, чаще шейные, подмышечные, внутригрудные, несколько реже паховые. Шейные лимфатические узлы увеличиваются уже через 2–4 недели от начала заболевания. У ВИЧ-инфицированных по мере развития болезни размеры периферических лимфатических узлов часто уменьшаются (если они были увеличены). Поэтому повторное их увеличение (или первичное увеличение у больных без лимфаденопатии) может указывать на вероятное развитие туберкулеза. Проявления туберкулеза, когда количество лимфоцитов остается еще достаточно высоким, могут ничем не отличаться от клинической и рентгенологической

картины у больных без ВИЧ-инфекции. На этом этапе у больных доминируют обычные проявления легочного туберкулеза: развиваются верхнедолевые инфильтративные и, реже, очаговые процессы, часто с распадом.

Специфическая терапия туберкулеза в этой фазе ВИЧ-инфекции достаточно эффективна.

Особенностями клинической картины туберкулеза при значительном иммунодефиците являются высокая частота внелегочных и диссеминированных поражений; отрицательные кожные реакции на туберкулин как проявление анергии; атипичные изменения на рентгенограммах легких и относительная редкость образования каверн. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции развиваются наиболее тяжелые формы туберкулеза: менингит, сочетание легочной и внелегочной локализаций, генерализованный процесс. Изменения в легких отличаются более частым развитием прикорневой лимфаденопатии, милиарных высыпаний, наличием преимущественно интерстициальных изменений и образованием плеврального выпота. Верхние отделы легких поражаются реже, характерные для туберкулеза каверны и ателектазы также редки. Часто вместо милиарных высыпаний на рентгенограмме легких выявляют диффузные сливающиеся инфильтративные изменения, протекающие по типу казеозной пневмонии. Развитие генерализованных форм туберкулеза у ряда больных может сопровождаться развитием септического шока с нарушением функции многих органов.

Нарушения обмена, характерные для больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, еще более изменяют проявления туберкулеза. При этом процесс очень быстро прогрессирует, лечение редко бывает эффективным.

Туберкулез у больных СПИДом часто сочетается с другими оппортунистическими заболеваниями, такими как пневмоцистная пневмония, цитомегаловирусная пневмония, саркома Капоши и др.

Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводят в соответствии со стандартными режимами терапии туберкулеза, которые рекомендованы приказом Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Как правило, курс интенсивной химиотерапии составляет 2–3 месяца и включает изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол или стрептомицин. Продолжают лечение 2–3 препаратами, его длительность составляет от 3 до 12 месяцев.

Стандартные режимы химиотерапии туберкулеза представлены в таблице 1.

Данные протоколы лечения применяются и для терапии туберкулеза у больных ВИЧ-инфекций. Изменения в них вносятся только при назначении высокоактивной антиретровирусной терапии.

Особенности ВААРТ у больных туберкулезом

Некоторые специалисты рекомендуют отложить антиретровирусную терапию до завершения приема противотуберкулезных средств: в этом случае ведение больного упрощается, ВИЧ-инфекцию и туберкулез лечат по стандартным схемам, побочное действие препаратов не усиливается. Однако у больных с низким числом CD4-лимфоцитов задержка с началом лечения может привести к возникновению новых осложнений ВИЧ-инфекции и даже к смерти. Поэтому больным туберкулезом с очень высоким риском прогрессирования ВИЧ-инфекции (число лимфоцитов CD4 менее 0,2/мкл либо внелегочный туберкулез) начало антиретровирусной терапии откладывать не рекомендуется.

Таблица 1
СТАНДАРТНЫЕ РЕЖИМЫ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

РЕЖИМ	ФАЗА КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ	
	ИНТЕНСИВНАЯ	ПРОДОЛЖЕНИЯ
I	2HRZE/S	4****HR*4H ₃ R ₃ * 6HR**/H ₃ R ₃ ** 6 HE 6HZE***/6H ₃ Z ₃ E ₃ ***
Iia	2HRZE/S + 1HRZE	5HRE/6H ₃ R ₃ E ₃ 6HRE/5H ₃ R ₃ E ₃ ***
Iib	3HRZ [Pt] [Cap]/[K] [Fg]	В соответствии с режимами I, IIA или IV в зависимости от лекарственной чувствительности микобактерий
III	2HRZE/S 2HRZE/S***	4HR/4H ₃ R ₃ 6 HE
IV	Минимум 5 препаратов, к которым сохранена чувствительность [ZE Pt Cap/K Fg] [Rb] [Cs] [PAS] Длительность фазы не менее 6 мес.	Минимум 3 препарата, к которым сохранена чувствительность [E Pt Fg] [Rb] [Cs] [PAS] Длительность фазы не менее 12 мес.

Примечания

* При туберкулезе органов дыхания

** При внелегочном туберкулезе, при туберкулезе любых локализаций у детей и подростков

*** При туберкулезе любых локализаций у детей и подростков

**** Продолжительность курсов химиотерапии в месяцах

Сокращения: H — изониазид, R — рифампицин, Z — пирразинамид, E — этамбутол, S — стрептомицин,

Rb — рифабутин, K — канамицин/амикацин, Pt — притионамид, Cap — каприомицин, Fg — препараты из группы фторхинолонов, Cs — циклосерин, PAS — ПАСК.

Нежелательные явления при использовании противотуберкулезных средств, как правило, развиваются в первые 2 месяца лечения. В связи с этим рекомендуется начинать антиретровирусную терапию в интервале между 2 неделями и 2 месяцами после начала противотуберкулезного лечения, в зависимости от числа CD4-лимфоцитов.

Таблица 2
СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ
ПРЕПАРАТОВ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ВОЗ

ПРЕПАРАТ	СУТОЧНАЯ ДОЗА (максимальная)	ДОЗА ПРИ ПРИЕМЕ 2-3 РАЗА В НЕДЕЛЮ
Изониазид	5 мг/кг (300 мг)	15 мг/кг (900 мг)
Рифампицин	10 мг/кг (600 мг)	10 мг/кг (600 мг)
Стрептомицин	15 мг/кг (1 г)	25-30 мг/кг (1,5 г)
Пиразинамид	20-25 мг/кг (2 г)	2 раза в неделю, 45-50 мг/кг (4,0 г) 3 раза в неделю, 30-35 мг/кг (3,0 г)
Этамбутол	15-20 мг/кг (1,6 г)	2 раза в неделю, 35-45 мг/кг (4,0 г) 3 раза в неделю, 25-30 мг/кг (2,4 г)
Рифабутин	150-450 мг (450 мг)	2-3 раза в неделю, 300-600 мг (600 мг)

Таблица 3
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ	РЕКОМЕНДАЦИИ
КОЛИЧЕСТВО CD4 КЛЕТОК	
CD4 > 0,200 × 10 ⁹ /л	Начать лечение туберкулеза. После того, как лечение будет хорошо переноситься, начать антиретровирусную терапию как можно скорее (от 2 недель до 2 месяцев после начала терапии туберкулеза)
CD4 > 0,200–0,350 × 10 ⁹ /л	Начать лечение туберкулеза; через 2 месяца начать антиретровирусную терапию.
CD4 > 0,350 × 10 ⁹ /л	Лечение туберкулеза. Контроль за числом CD4–клеток. Начало антиретровирусной терапии в соответствии с основными рекомендациями.
Полиорганный туберкулез	Начать лечение туберкулеза. После того, как лечение будет хорошо переноситься, начать антиретровирусную терапию как можно скорее, независимо от количества CD4–лимфоцитов

Рекомендуемые схемы ВААРТ для лечения ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом:

- ZDV + 3TC + EFV1
 - ZDV + 3TC + LPV/r2
-
-

- Женщинам детородного возраста EFV назначается с осторожностью, планирующим беременность назначать EFV не рекомендуется.

- При наличии у пациента уровня АЛТ более 2-й степени токсичности применять схемы ВААРТ с ингибиторами протеазы (или LPV/r + ZDV + ЗТС); альтернативой ифавиренцу могут быть саквинавир/ритонавир (400/400 мг 2 раза в сутки или 1600/200 мг 1 раз в сутки), лопинавир/ритонавир (400/100 мг 2 раза в сутки) и абакавир (300 мг 2 раза в сутки); вместо ифавиренца, если нет других альтернатив, можно использовать невирапин (200 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель, затем 200 мг 2 раза в сутки) в составе следующих схем: ставудин + ламивудин + невирапин или зидовудин + ламивудин + невирапин.

У пациентов, у которых кроме туберкулеза, имеются признаки 4В стадии ВИЧ-инфекции, У пациентов, у которых кроме туберкулеза, имеются признаки 4В стадии ВИЧ-инфекции, ВААРТ начинают сразу, в остальных случаях — после завершения противотуберкулезной терапии.

Метаболизм ингибиторов протеазы ВИЧ

Рифабутин и рифампицин индуцируют активность ферментов системы цитохрома Р450, осуществляющих метаболизм нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) и ингибиторов протеазы (ИП), — и, следовательно, снижают сывороточные концентрации этих антиретровирусных препаратов. В свою очередь, ННИОТ и ИП через тот же механизм повышают сывороточные концентрации рифабутина и рифампицина. Таким образом, лекарственные взаимодействия могут привести к неэффективности антиретровирусных средств и повышению токсичности противотуберкулезных. Противотуберкулезный препарат рифампицин не следует назначать вместе с большинством антиретровирусных препаратов. Если схема противотуберкулезной терапии включает рифампицин (450 мг/сутки), то схема антиретровирусной терапии может состоять из 3 препаратов группы НИОТ (зидовудин + ламивудин + абакавир) или 2 НИОТ (зидовудин + ламивудин или диданозин) и 1 ННИОТ (ифавиренц). При этом суточную дозу ифавиренца необходимо увеличить до 800 мг/сутки. Вместо рифампицина можно использовать рифабутин, прием которого сочетается со всеми ИП (за исключением саквинавира) и со всеми ННИОТ, если периодически корректировать его дозу.

Таблица 4
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РИФАБУТИНА
И АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ
(J.G. Bartlett, Med. Management of HIV infection, 2004)

ИП ИЛИ НИИОТ	РИФАБУТИН
Индинавир 1000 мг х 8 час.	150 мг/день или 300 мг 2-3 раза в неделю
Нелфинавир 1000 мг 3 раза в день или 1250 мг 2р/день	150 мг/день или 300 мг 2-3 раза в неделю
Ампреनावир 1200 мг 2 раза в день	150 мг/день или 300 мг 2-3 раза в неделю
Ифавиренц 600 мг/день	400-600 мг/день
Ритонавир/саквинавир 400/400 мг или 1000 /100 мг 2 раза в день	150 мг/день или 300 мг 2-3 раза в неделю
Невирепин 200 мг 2 раза в день	300 мг 2-3 раза в неделю
Лопинавир/ритонавир 400/100 мг	150 мг/день
Ритонавир 600 мг 2 раза в день	150 мг/день

Профилактика

Превентивная терапия туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводится:

- при появлении положительной реакции Манту 2 МЕ туберкулина (зона уплотнения более 5 мм), если ранее эта реакция была отрицательной (при количестве CD4-лимфоцитов менее 0,2/мкл диагностическая значимость пробы Манту значительно ниже);
- при зарегистрированной ранее положительной реакции Манту, если у больного не проводили профилактику изониазидом. При этом необходимо исключить заболевание туберкулезом лиц, имевших контакт с больными активным туберкулезом, независимо от стадии ВИЧ-инфекции и числа CD4-лимфоцитов. Длительность профилактики — не менее 3 месяцев.

Основные режимы:

- изониазид 300 мг в день в сочетании с пиридоксином (витамин B6) 50 мг в день в течение 9 или 12 месяцев с перерывами (либо ежедневно в течение 6 месяцев);

или

- можно применять изониазид 900 мг + пиридоксин 100 мг 2–3 раза в неделю 9 или 12 месяцев;

или

- при резистентности к изониазиду назначают рифампицин 600 мг в день или рифабутин (суточная доза зависит от схемы ВА-АРТ) в течение 4 месяцев.

В случае множественной резистентности назначают фторхинолоны + пиперазид 20 мг/кг или этамбутол + пиперазид в течение 2 месяцев.

Альтернативные режимы:

- рифампицин 600 мг в день + пиперазид 20 мг/кг в день в течение 2 или 3 месяцев;

или

- пиперазид 20 мг/кг в день + рифабутин (суточная доза зависит от схемы ВААРТ) в течение 2 месяцев.

3.15.8 ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ МИКОБАКТЕРИЯМИ ПТИЧЬЕГО КОМПЛЕКСА (MAC — M. AVIUM COMPLEX)

Основную часть микобактерий птичьего комплекса (до 90%) составляют *M. avium* и *M. intracellulare*, которые объединены в группу, называемую *M. Avium-complex* (MAC).

Указанные микроорганизмы — сапрофиты, имеющие эндемичное распространение среди водоплавающих птиц и широко распространенные в окружающей среде — воде и почве. Эти микобактериозы неконтагиозны. Заражение человека происходит либо аэрогенным путем, либо через желудочно-кишечный тракт или поврежденные кожные покровы. Микобактерии птичьего комплекса менее вирулентны, чем *M. tuberculosis*, и для развития заболевания требуется более выраженное подавление иммунной системы.

Диссеминированная МАК-инфекция развивается, как правило, уже после установления диагноза СПИДа, вслед за другими оппортунистическими инфекциями или опухолями. У большинства больных заболевание начинает проявляться при уровне CD4-клеток менее 0,05.10⁹/л. Эти поражения протекают обычно в виде диссеминированного заболевания (поражение легких, лимфатических узлов, желудочно-кишечного тракта, костей) и характеризуются неспецифическими проявлениями генерализованной инфекции — лихорадкой, диареей, увеличением паренхиматозных органов, развитием кахексии, в ряде случаев ночными потами.

Предположение о заболевании обычно возникает при исключении других оппортунистических поражений у больного СПИДом с низкими параметрами иммунитета.

Основным диагностическим методом подтверждения диагноза является бактериологический — посев крови на специальные среды. В ряде случаев используют микроскопию биоптата печени.

Лечение микобактериозов

Основные режимы:

- кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь + этамбутол 15 мг/кг/день внутрь;

или

- азитромицин 500–750 мг в день внутрь + этамбутол 15 мг/кг/день внутрь + рифабутин (доза зависит от схемы ВААРТ — таблица № 4).

Альтернативный режим:

- к основному режиму добавляют амикацин 10–15 мг/кг в день в/в капельно или ципрофлоксацин 500–750 мг 2 раза в день внутрь или левофлоксацин 500–750 мг в день внутрь.

Профилактика

Проводится у пациентов при числе CD4-лимфоцитов менее 0,05/мкл.

Основные режимы:

- кларитромицин 500 мг 2 раза в день;

или

- азитромицин 1250 мг 1 раз в неделю.

Альтернативные режимы:

- рифабутин 300 мг в день;

или

- рифабутин 300 мг в день + азитромицин 1250 мг 1 раз в неделю.

Превентивную терапию можно прекратить, если количество CD4-лимфоцитов превышает 0,1/мкл и сохраняется на этом уровне более 3 месяцев.

3.16 АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Антиретровирусные (противоретровирусные) препараты нацелены на уязвимые этапы жизненного цикла ВИЧ-1. Создано множество препаратов, подавляющих жизненный цикл вируса. Основной их недостаток заключается в том, что они подавляют репродукцию вируса лишь частично и на относительно небольшое время, тогда как вирусная нагрузка и скорость размножения вируса высоки. Проводимые в настоящее время экспериментальные исследования по клинические испытания должны расширить арсенал антиретровирусных средств, способных нарушить жизненный цикл вируса. В мировой клинической практике применяются следующие группы противоретровирусных препаратов:

1. Препараты, блокирующие процесс обратной транскрипции (синтез вирусной ДНК на матрице вирусной РНК). Это - нуклеозидные и нуклеотидные аналоги - измененные молекулы нуклеотидов или нуклеозидов, встраивающиеся в синтезируемую цепочку ДНК и прекращающие ее дальнейшую сборку (НИОТ), и ненуклеозидные ингибиторы, блокирующие необходимый для осуществления обратной транскрипции вирусный фермент - обратную транскриптазу ВИЧ (ННИОТ).
2. Препараты, блокирующие процесс формирования полноценных белков ВИЧ и, в конечном итоге, сборку новых вирусов - ингибиторы протеазы ВИЧ (ИП).
3. Препараты, воздействующие на рецепторы, используемые вирусом для проникновения ВИЧ в клетку хозяина (ингибиторы фузии или иначе - ингибиторы присоединения или слияния - ИС).

1. НИОТ (нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы)

Эта группа включает 10 нуклеозидных/нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы. Каждый препарат этой группы внутри клеток подвергается фосфорилированию с образованием активного метаболита - трифосфоната. Эти препараты в активной форме конкурируют с эндогенными нуклеотидами за связывание с активным центром обратной транскриптазы вируса. При монотерапии НИОТ концентрация вирусной РНК в плазме снижается в 3-10 раз. При сочетании НИОТ друг с другом обычно достигают длительного (более года) снижения вирусной нагрузки примерно в 10 раз. НИОТ являются менее сильными ингибиторами репродукции ВИЧ, чем ННИОТ и ИП, однако они остаются важнейшим компонентом комбинированной АРТ.

2. ННИОТ (ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы)

Группа ННИОТ включает три ненуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы ВИЧ. Они подавляют активность обратной транскриптазы, связываясь с ней вне активного центра и вызывая изменения молекулы фермента. В отличие от НИОТ и ИП, каждый из ННИОТ имеет уникальную структуру, однако, несмотря на это, у них есть общие свойства. Так, например, они служат субстратом для систем цитохрома Р450. ННИОТ включают в схемы лечения, которые нацелены на полное подавление репродукции ВИЧ, т.к. все ННИОТ связываются с одним и тем же участком обратной транскриптазы вируса, что обуславливает возникновение перекрестной устойчивости.

3. ИП (ингибиторы протеазы)

Все ИП являются мощными ингибиторами репродукции вируса. Протеаза ВИЧ-1 расщепляет полипротеин Gag-Pol на отдельные структурные белки и ферменты. При этом образуются зрелые вирусные частицы. ИП связываются с активным центром протеазы ВИЧ и препятствуют продукции вирусных белков. После действия ИП вирусные частицы получаются нежизнеспособными, поэтому они не поражают другие клетки. ИП и НИОТ обладают синергичным действием. Комбинация препаратов этих групп надолго подавляет репродукцию вируса. ИП часто вступают в лекарственные взаимодействия. Каждый препарат имеет свои побочные действия и профиль резистентности.

4. ИС (ингибиторы слияния)

Препараты этой новой группы нарушают процесс слияния внешней оболочки вируса с клеточной мембраной. В настоящее время одобрен один препарат этой группы -энфувиртид, который обладает уникальным механизмом действия - он атакует ВИЧ вне клеток и препятствует проникновению вируса в клетку, ингибируя слияние, связанное с вирусным белком gp 41. В исследованиях *in vitro* этот препарат активен в отношении устойчивых к НИОТ и ИП штаммов вируса.

В России, разрешено к применению 16 антиретровирусных препаратов, в том числе - 7 ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ из группы НИОТ, 2 ННИОТ, 6 препаратов из группы ИП ВИЧ и 1 - ингибитор слияния. Эти препараты относятся к фармакотерапевтической группе «Средства для лечения и профилактики инфекций» (согласно фармакотерапевтической классификации, использованной в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденным Распоряжением Прави-

тельства Российской Федерации N 357-Р от 20.03.2003 г.), а, по анатомо-химическо-терапевтической (АХТ) классификации (в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств) - к группе противовирусных препаратов.

Список противоретровирусных препаратов, разрешенных к применению в России:

1. Абакавир (ABC)
2. Ампренавир (APV)
3. Атазанавир (ATV)
4. Диданозин (ddl)
5. Зидовудин (ZDV)
6. Индинавир (IDV)
7. Ифаверенц (EFV)
8. Ламивудин (ЗТС)
9. Лопинавир/ритонавир (LPV/r)
10. Невирапин (NVP)
11. Нелфинавир (NFV)
12. Саквинавир (SQV SGC)
13. Ставудин (d4T)
14. Ритонавир (RTV)
15. Фосфазид (Ф-АЗТ)
16. Энфувиртид (Т-20)

3.16.1 ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ВИЧ (нуклеозидные и нуклеотидные аналоги - НИОТ)

АЗТ, AZT, Азидотимидин, Зидовудин, Zidovudine, ZDV (аналог тимидина)

Тимазид (Ассоциация АЗТ) - капсулы по 0,1г.

Зидовудин, Ретровир (GlaxoSmithKline) - капсулы по 0,1 и 0,3 г, сироп для детей (флаконы по 200 мл, 0,01 г/мл, 2г АЗТ во флаконе) раствор для в/в введения (флаконы по 20 мл раствора - 0,01 г/мл, 0,2г АЗТ во флаконе).

Обычный режим приема препаратов АЗТ - по 0,2г 3 раза в день (0,6 в сутки). При обусловленном ВИЧ поражении цен-

тральной нервной системы суточная доза удваивается, при плохой переносимости она может быть уменьшена вдвое.

Основные осложнения: тошнота, анемия, гранулоцитопения.
Основные применения: Препараты АЗТ нельзя применять совместно с Ф-АЗТ и d4Т (взаимно снижают эффективность).

Ф-АЗТ, Фосфазид, Phosphazide (аналог тимидина)

Никавир (Ассоциация АЗТ) - таблетки по 0,2 г.

Обычный режим приема - по 0,2г 3 раза в день (0,6г в сутки) или по 0,4г 2 раза в день (0,8г в сутки).

Основные осложнения: тошнота.

Особенности применения: Не применяется совместно с АЗТ и d4Т (взаимно снижают эффективность). Может применяться при непереносимости АЗТ и при развитии резистентности к АЗТ.

d4Т, Ставудин, Stavudine (аналог тимидина)

Зерит (Bristol-Myers Squibb) - капсулы по 0,015, 0,2, 0,3, 0,4г, пероральный раствор 1 г/мл (200 мл)

Обычный режим приема при весе более 60 кг - по 0,4г 2 раза в день (0,8 в сутки), при весе менее 60 кг - по 0,3 г 2 раза в день (0,6 в сутки).

Основные осложнения: невропатия, реже панкреатит, гепатит.

Особенности применения: Не применяется совместно с АЗТ и Ф-АЗТ (взаимно снижают эффективность) и ddС (взаимно усиливают токсичность).

Может применяться при непереносимости АЗТ и при развитии резистентности к АЗТ.

ddl, Диданозин, Didanosine (аналог аденина)

Видекс (Bristol-Myers Squibb) - капсулы по 0,125, 0,2, 0,25, 0,4 г., жевательные таблетки по 0,025, 0,05, 0,1, 0,15 г и порошки по 0,1, 0,167, 0,25г.

Обычный режим приема при весе >60кг - по 0,2 г 2 раза в день или по 0,4 г 1 раз в день (0,4 в сутки), при весе <60кг - по 0,125 2 раза в день или по 0,25 г 1 раз в день (0,25 в сутки).

Основные осложнения: панкреатит, невропатия, диспепсия, гепатит.

Особенности применения: Принимается натощак. Алкоголь значительно усиливает токсичность. При совместном применении с индинавиром, ритонавиром, делавердином применять с интервалом не менее 2 часа (ухудшает их всасывание). Не применяется совместно с ddС (взаимно усиливают токсичность). Применение препарата в виде капсул значительно улучшает переносимость.

ЗТС, Ламивудин, Lamivudine (аналог цитозина)

Эпивир (GlaxdSmithKline) -таблетки по 0,15г, пероральный раствор 0,01 г/мл.

Обычная схема приема - по 0,15г 2 раза в день (0.3 г в сутки).

Основные осложнения: редко головная боль, диспепсия, бессонница, боли в животе. Особенности применения: Не применяется совместно с ddC ЗТС (взаимное снижение эффективности). При применении в виде моно и битерапии быстро развивается резистентность ВИЧ.

Абакавир, ABC, Abacavir (аналог гуанина)

Зиаген (GlaxoSmithKline) - таблетки по 0,3 г, пероральная суспензия по 0,02 г/мл.

Обычный режим приема по 0,3 г 2 раза в сутки.

Основные осложнения: реакция гиперчувствительности (обычно появляется в течение первых 6 недель после начала лечения, которая может проявляться симптомами интоксикации (лихорадка, утомляемость, слабость), гастроэнтерита (тошнота, рвота, диарея, боли в животе), кожными высыпаниями (пятнисто-папулезными, уртикарными). Возможно повышение в крови уровня КФК, лимфопения.

Особенности применения: Поскольку реакция гиперчувствительности может быть очень тяжелой и даже привести к летальному исходу пациенты должны предупреждены об этом, информированы о проявлениях этой реакции и о том, что необходимо прекращать прием абакавира при появлении ее признаков.

Кроме указанных выше препаратов на территории России зарегистрированы комбинированные препараты:

Комбивир (GlaxoSmithKline) - Таблетка содержит 0,3г зидовудина и 0,15г ламивудина.

Обычная схема приема: по 1 таблетке 2 раза в день.

Основные осложнения и особенности применения - соответствуют препаратам, входящих в состав комбивира.

Тризивир (GlaxoSmithKline) -Таблетка содержит зидовудин 0,3г + ламивудин 0,15г + абакавир 0,3г

Обычная схема приема: 1 таблетка 2 раза в день

Основные осложнения и особенности применения соответствуют препаратам, входящим в состав.

3.16.2 НЕНУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ФЕРМЕНТА ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ ВИЧ (ННИОТ)

Ифавиренц, Efavttenz, EFV

Стокрин (Merck Sharp & Dohme B.V.) капсулы по 0,05, 0,1, 0,2 г.
Обычный режим приема: по 0,6 г. 1 раз в сутки, желательнее на ночь.

Основные осложнения: расстройства психики (бессонница, сонливость, нарушение концентрации внимания, редко «деперсонализация» галлюцинации), пятнисто-папулезная сыпь, многоформная эритема, гепатотоксичность, эмбриотоксичность (пороки развития при применении на ранних сроках беременности), повышение уровня холестерина в крови.

Особенности применения: С осторожностью применять у больных с заболеваниями печени. Женщины детородного возраста должны применять надежную контрацепцию. При совместном применении с ингибиторами протеазы снижает их концентрацию. Поэтому совместное применение с саквинавиром не рекомендуется. При совместном применении с индинавиром суточную дозу последнего необходимо увеличить до 3,0г. Коррекция дозы нелфинавира не требуется. Совместное применение с ритонавиром не требует коррекции дозы, но значительно повышает токсичность и требует дополнительного контроля.

Невирапин, Nevirapine, NVP

Вирамун (Boehringer Ingelheim) таблетки по 0,2 г., суспензия 0,01 г/мл

Обычный режим приема: по 0,2 г. 1 раз в сутки (суточная доза 0,2 г.) в течение 14 дней, затем по 0,2 г. 2 раза в день (суточная доза 0,4 г.).

Основные осложнения: пятнисто-папулезная сыпь, многоформная эритема, крапивница. Особенности применения: При появлении поражений на слизистых, появлении пузырей, отеков, артралгии, лихорадки, конъюнктивита, слабости применение невирапина должно быть прекращено. При совместном применении с ингибиторами протеазы снижает их концентрацию. Поэтому совместное применение с саквинавиром не рекомендуется.

3.16.3 ИНГИБИТОРЫ ФЕРМЕНТА ПРОТЕАЗЫ ВИЧ (ИП)

Саквинавир, Saquinavir, SQV SGC

Фортоваза (Hoffman-La Roche) - «мягкие желатиновые» капсулы по 0,2г.

Обычный режим приема: по 0,4-1,0 г 2 раза в день в сочетании с ритонавиром. Без ритонавира по 1,2 г 3 раза в день или 1.8 г 2 раза в день (3,6 г в сутки) может применяться при невозможности применения других препаратов.

Основные осложнения: тошнота, боли в животе, диарея, головная боль, повышение в крови уровня трансаминаз, нарушение

ние липидного обмена (гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, липодистрофия).

Особенности применения: для улучшения всасывания принимать с жирной пищей или не позднее чем через два часа после нее. Рекомендуется применять в сочетании с ритонавиром по 0,1-0,4 г 2 раза в день. Не применяется в сочетании с индинавиром, ифавиренцем, невирапином.

Индинавир, Indinavir, IDV

Криксиван (Merck Sharp & Dohme B.V.) - капсулы по 0,2 и 0,4 г.

Обычный режим приема: по 0,8 г 3 раза в день (2,4 г в сутки).

Основные осложнения: Нефролитиаз, иногда с гематурией (преимущественно у больных, пренебрегающих рекомендацией о необходимости приема большого количества жидкости). Реже бессимптомное повышение непрямого билирубина, головная боль, астения, нарушение остроты зрения, металлический привкус, гипергликемия, тромбоцитопения, нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, липодистрофия).

Особенности применения: принимается натощак или с легкой едой. Для предотвращения образования камней в почках необходимо выпивать 1,5-2 литра жидкости в день. В сочетании с ритонавиром применяется по 0,4 - 0,8 г 2 раза в день. В сочетании с нелфинавиром по 1,2 г 2 раза в день. В сочетании с ифавиренцем по 1,0 г 3 раза в день. В сочетании с ddl назначается с интервалом не менее чем 2 часа.

Нелфинавир, Nelfinavir, NFV

Вирасепт (Производитель - Agouron Pharmaceuticals, продавец в России - Hoffman La Roche) таблетки по 0,25г.

Обычный режим приема: по 0,75 г 3 раза в день или 1,25 г 2 раза в день 2,25г в сутки)

Основные осложнения: диарея, метеоризм, гипергликемия, нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия, липодистрофия).

Особенности применения: принимается во время еды или запивается не обезжиренным молоком. Нельзя запивать соком грейпфрута. В сочетании с индинавиром назначается по 1,25 г 2 раза в день, в сочетании с ритонавиром по 0,5 - 0,75 г 2 раза в день. В сочетании с невирапином по 1,0 г 3 раза в день.

Ампренавир, Amprenavir, APV

Агенераза (Agenerase) Производитель - Glaxo-Wellcome Operations капсулы по 0,05 г (GX CC1) и по 0,15 г (GX CC2). Пластиковые флаконы по 240 и 480 капсул.

Обычный режим приема для взрослых (вес тела более 50 кг) – по 1,2 г 2 раза в день (2,4 г в сутки), для детей 4-12 лет и взрослых с весом тела менее 50 кг – 0,02 г/кг 2 раза в день или 0,015 г/кг 3 раза в день (суточная доза не должна превышать 2,4 г.).

Основные осложнения: тошнота, рвота, диарея, метеоризм, редко – оральная и периоральная парестезия, головная боль, утомляемость, сыпь, повышение уровня трансаминаз и триглицеридов.

Особенности применения: может приниматься независимо от приема пищи. У детей моложе 4 лет эффективность и безопасность не изучена. У больных с нарушением функции печени следует применять с осторожностью, в сниженной дозе (по 0,45 г 2 раза в день при умеренной и по 0,3 г 2 раза в день при выраженной печеночной недостаточности). Безопасность применения у беременных не изучена. Нельзя применять совместно с препаратами, влияющими на метаболизм фермента CYP3A4 – терфенадином, цезаприлом и астемизолом (возможность развития угрожающего для жизни нарушения сердечного ритма), сильнодействующими седативными препаратами, алкалоидами спорыньи). Нельзя применять вместе с рифампицином (снижает концентрацию ампренавира в плазме на 80%). При совместном применении с рифабутином повышает его токсичность, доза рифабутина должна быть уменьшена в 2 раза. Не рекомендуется применять вместе со зверобоем продырявленным (снижает концентрацию ампренавира). При применении совместно с антацидами или препаратами, содержащими антациды (например ddi), необходим интервал не менее 2 часов. Возможно снижение эффективности пероральных контрацептивов.

Лопинавир/Ритонавир (LPV/r)

Калетра (Abbott Laboratories) капсулы желатиновые мягкие, содержащие 0,133 г лопинавира и 0,033 г ритонавира по 0,1 г, пероральный раствор, содержащий в 1 мл 0,08 г лопинавира и 0,02 г ритонавира

Обычный режим приема: по 0,4/0,1 г (3 капсулы или 5 мл раствора) 2 раза в день (0,8/0,2 г в сутки).

Основные осложнения: диарея, тошнота, рвота, боли в животе, астения, головная боль, кожные высыпания, бессонница, липодистрофия. Повышение в крови уровня глюкозы, АЛТ, АСТ, гаммаглютамилтранспептидазы, холестерина, триглицеридов.

Особенности применения: принимается вместе с пищей.

Противопоказан при тяжелой печеночной недостаточности. С осторожностью применять у больных с умеренной печеночной недостаточностью, гепатитами В и С, гемофилией типа А и В (как и других ингибиторов протеазы), нарушением липидного обмена

(как и других ингибиторов протеазы), панкреатитом, гипергликемией.

Не рекомендуется применять у детей до 2 лет (эффективность и безопасность не изучена). При применении совместно с **невирапином** или **ифавиренцем** дозу калетры рекомендуется увеличить до 0,533/0,133 г (4 капсулы) 2 раза в день. Оптимальные в отношении эффективности и безопасности дозы ингибиторов протеазы ВИЧ при совместном применении с калетрой не обработаны.

Нельзя принимать одновременно с препаратами, клиренс которых в значительной степени зависит от изофермента CYP3A (астемизол, торфенадин, мидазолам, триазолам, цисаприд, лимозид, амиодарон, препараты, содержащие алкалоиды спорыньи), из-за возможности угрожающего жизни повышения токсического эффекта этих препаратов. По той же причине не рекомендуется применять совместно с препаратами, зависимыми от CYP2D6 (флекаинид, проширенон), силденафилом (виагрой).

Не рекомендуется применять в сочетании с препаратами, содержащими зверобой продырявленный (*Hypericum perforatum*), рифампицином, дексаметазоном (эффективность калетры снижается).

С осторожностью применять совместно с антиаритмическими препаратами, антикоагулянтами, дегидропирридиновыми блокаторами кальциевых каналов, кетаконазолом и итраконазолом, кларитромицином, ингибиторами ГМГ -КоА редуктазы.

Ритонавир, Ritonavir, RTV

Норвир (Abbott Laboratories) капсулы по 0,1 г, пероральный раствор 0,08г/мл.

Обычный режим приема: по 0,6 г 2 раза в день (1,2г в сутки). В первый день 0,3 г 2 раза в день, затем ежедневно разовая доза увеличивается на 0,1 г пока не дойдет до 0,6 г. Основные осложнения - тошнота, рвота, анорексия, диарея, боль в животе, потеря вкусовых ощущений, парестезии, астения, головная боль, лихорадка, сыпь.

Особенности применения: принимается вместе с пищей, для улучшения вкуса раствор рекомендуется смешивать с шоколадом или молоком. Раствор норвира должен храниться при температуре 2-8°C, в течение 30 дней можно хранить при температуре до 25 С. При совместном применении с ddI должен применяться с интервалом в 2 часа. Следует учитывать, что пероральный раствор содержит этиловый спирт. Преимущественно применяется с другими ингибиторами протеазы ВИЧ.

При совместном применении ритонавира с другими ин-

гибиторами протеазы необходимо существенное снижение доз обоих препаратов:

Саквинавир по 0,4 2 р/день + Ритонавир по 0,4 2 р/день;
Индинавир по 0,4 2 р/день + Ритонавир по 0,4 2 р/день;
Индинавир по 0,8 2 р/день + Ритонавир по 0,2 2 р/день;
Индинавир по 0,8 7 р/день + Ритонавир по 0,1 2 р/день;
Нелфинавир по 0,5 2 р/день + Ритонавир по 0,4 2 р/день;
Нелфинавир по 0,75 2 р/день + Ритонавир по 0,4 2 р/день;
Саквинавир по 1,0 г 2 р/день + Ритонавир по 0,1 г 2 р/день;
Саквинавир по 1,6 г 1 р/день + Ритонавир по 0,1 г 1 р/день.

Атазанавир, Atazanavir Sulfate, ATV

Реатаз (Bristol-Myers Squib) - капсулы по 0,1, 0,15 и 0,2 г.

Обычный режим приема: по 0,4 г 1 раз в день или 0,3 г в комбинации с ритонавиром (0,1 г 1 раз).

Основные осложнения: Гипербилирубинемия (за счет непрямой фракции), желтушность кожи и склер, астения, головная боль, удлинение интервала QT на ЭКГ. В отличие от других ингибиторов протеазы нарушения липидного и углеводного обмена не характерны.

Особенности применения: противопоказания - гиперчувствительность, тяжелая печеночная недостаточность, наследственные метаболические нарушения непереносимости галактозы, дефицит лактозы и нарушения всасывания глюкозы и галактозы), фенилкетонурия, сопутствующая терапия индукторами системы цитохрома P450, изофермента CYP3A4 (в т.ч. рифампицином, препаратами зверобоя, астемизолом, терфенадином, цизапридом, пимозидом, хинидином, бепридиллом, алкалоидами спорыньи, особенно эрготамином, дигидроэрготамином, метилэргоновином), период лактации, возраст до 18 лет. С осторожностью применять при печеночной недостаточности легкой и средней степени, вирусном гепатите В и С, сахарном диабете, беременности.

Не рекомендуется принимать совместно с тенофовиrom, ифавиренцем, невирапином (возможно снижение эффективности атазанавира), индинавиром (повышение вероятности гипербилирубинемии). Эффект саквинавира снижается при совместном приеме с атазанавиром. Ритонавир усиливает эффект атазанавира. При совместном применении необходима коррекция дозы обоих препаратов. Антациды (в том числе содержащиеся в ди-

данозине, за исключением капсулированной формы этого препарата) снижают кислотность желудочного содержимого и всасываемость атазанавира (препарат следует назначать за 2 ч до или через 1 ч после их приема).

Атазановир увеличивает эффект иммунодепрессантов (рекомендуется осуществлять мониторинг их концентраций), увеличивает концентрацию макролидных антибиотиков, что может вызывать удлинение интервала QT (дозу антибиотика должна быть снижена на 50%), увеличивает концентрацию пероральных контрацептивов (одновременный прием не рекомендуется. При совместном применении с ритонавиром с осторожностью применять кетоконазол и итраконазола (дополнительно повышают концентрацию атазанавира)

3.16.4 ИНГИБИТОРЫ СЛИЯНИЯ (ФУЗИИ)

Энфувиртид, Т-20

Фузеон (Hoffman La Roche) Лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения 0,09 г/мл.

Обычный режим приема: вводится подкожно взрослым по 0,09г 2 раза в сутки, детям от 6 до 16 лет по 0,002 г/кг 2 раза в сутки, но не больше дозы для взрослых. Порошок разводится стерильной водой для инъекций. Необходимо менять место каждой последующей инъекции.

Основные осложнения: реакции в местах инъекций — боль, уплотнение, эритема, узел, киста, эххимоз. В 1,5% случаев - абсцесс, флегмона. Может отмечаться: головная боль, периферическая невралгия, головокружение, нарушение вкуса, бессонница, депрессия, тревога, кошмарные сновидения, раздражительность, гипестезия, нарушение концентрации внимания, тремор, кашель, боль в горле, кожных покровов: зуд, ночная потливость, сухость кожи, повышенная потливость, себорейная экзема, эритема, угри, конъюнктивит, миалгия, артралгия, боль в мышцах, почечные камни, гематурия, тошнота, боль в верхней половине живота, запор, диарея, панкреатит, аллергические реакции. слабость, снижение веса, снижение аппетита, анорексия, астения, гриппоподобный синдром, пневмония.

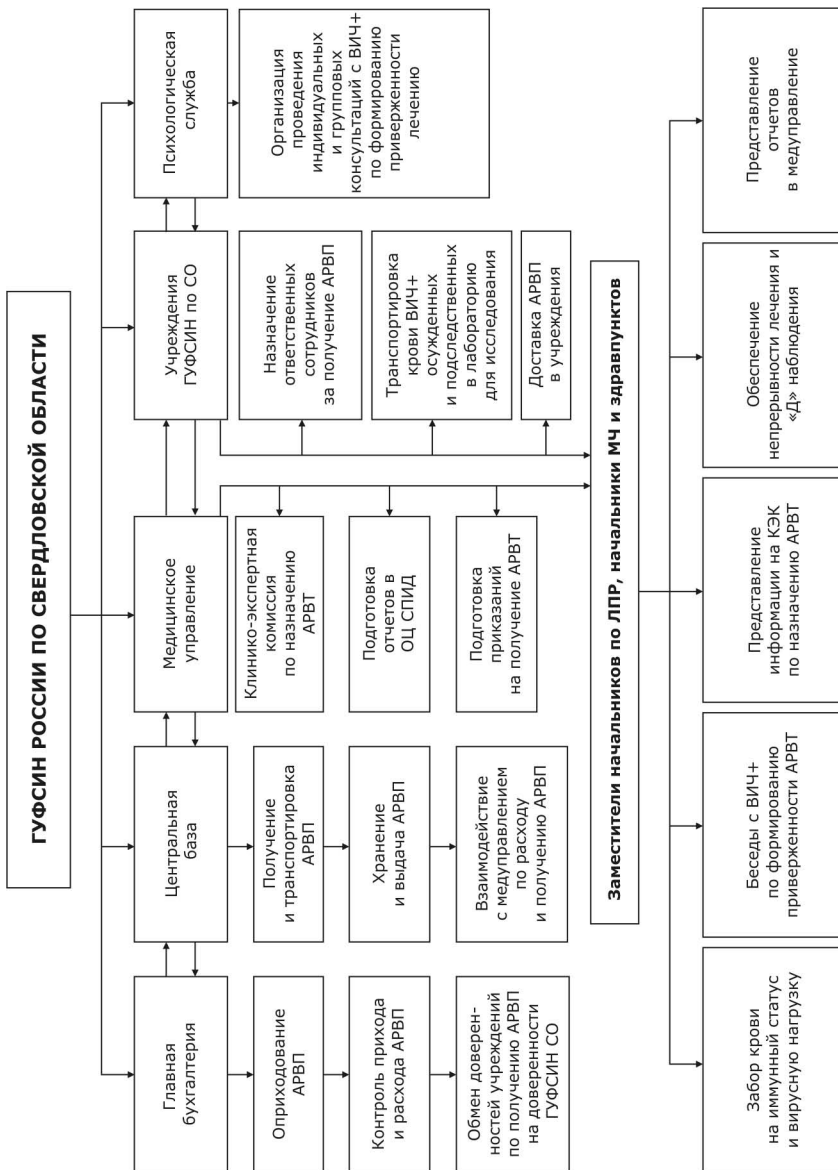
Особенности применения:

Противопоказания: Гиперчувствительность, лактация.

С осторожностью: беременность, возраст до 6 лет.

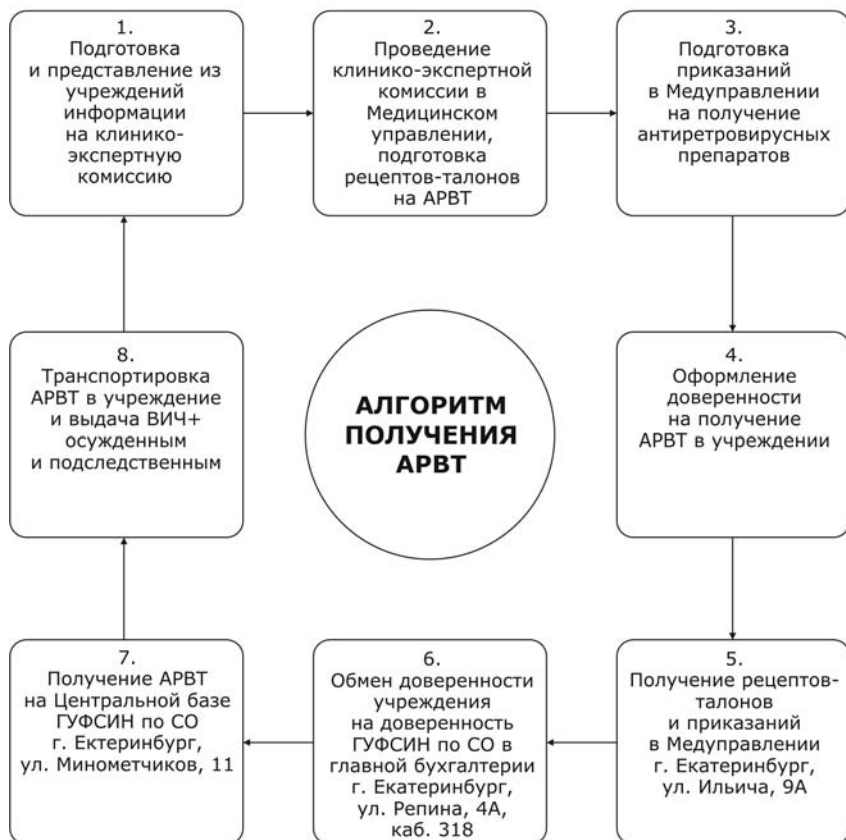
3.17 АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(Приказ МЗ СО и ГУФСИН России по СО № 548п/1151 от 11.07. 2006г.)



3.18 АЛГОРИТМ ПОЛУЧЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

(Приказ МЗ СО и ГУФСИН России по СО № 548п/1151 от 11.07. 2006г.)



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО
ПРИВЕРЖЕННОСТИ**

**РАЗРАБОТАНЫ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ БРИГАД
(МЕДИКОВ, СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ,
ПСИХОЛОГОВ, РАВНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ)
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ИСПОЛНЕНИЯ
НАКАЗАНИЯ, РАБОТАЮЩИХ С ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫМИ ОСУЖДЕННЫМИ**

**Д.А. ВИНОКУРОВ,
врач-психотерапевт, директор
АНО «Центр семейной терапии и
консультирования», координатор
проекта.**

4.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Приверженность (комплаенс) – это

- терапевтическое соглашение между врачом и пациентом;
- степень, до которой поведение человека соответствует рекомендациям врача;
- способность принимать лекарства так, как предписано.

«Приверженность терапии это осознанное и активное участие человека, живущего с ВИЧ, в своем лечении, которое требует понимания, информированного согласия и сотрудничества с врачом».

Недзельский Н., 2005

«Приверженность определяется как способность человека, живущего с ВИЧ/СПИДом, участвовать в выборе и начале терапии, умение справляться и следовать конкретному лечебному режиму для того, чтобы держать контроль над репликацией вируса ВИЧ и улучшать функционирование иммунной системы».

Jani A.A.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ ОЗНАЧАЕТ:

- ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВО ВОВРЕМЯ,
КАЖДЫЙ ДЕНЬ В ОДНО И ТО ЖЕ ВРЕМЯ
- ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВО В НУЖНОЙ ДОЗЕ
- СОБЛЮДАТЬ УСЛОВИЯ ПРИЕМА,
СВЯЗАННЫЕ С ПИЩЕЙ

В более широком смысле приверженность лечению – это регулярные посещения врача, понимание пациентом целей своего лечения, забота о своем здоровье.

4.2 ЧТО ТАКОЕ «РЕЗИСТЕНТНОСТЬ»?

Это устойчивость вируса к действию лекарственного препарата. В результате вирус перестает реагировать на лекарство, и лечение становится бесполезным.

Наиболее частая причина развития резистентности – это несоблюдение режима или пропуск приема таблеток, прием неполной дозы препарата.

Это приводит к тому, что концентрация препарата в крови сни-

жается и становится недостаточной для подавления размножения вируса. Новые вирусные частицы мутируют (изменяют свою структуру) и приспосабливаются к данному препарату.

Естественный отбор под влиянием антиретровирусных средств, большая скорость репродукции вируса и высокая частота мутаций приводят к возникновению у ВИЧ лекарственной устойчивости. Мутации, в результате которых развивается устойчивость к одному антиретровирусному средству, нередко придают возбудителю перекрестную устойчивость и к другим препаратам. Поэтому из-за несоблюдения схемы лечения неэффективной может оказаться целая группа антиретровирусных средств.

4.3 ПРИЧИНЫ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

- наличие генетических вариантов ВИЧ-1, потенциально устойчивых к некоторым АРВ препаратам
- инфицирование от пациента, длительное время получавшего АРВ терапию
- неоптимальная АРВ схема (не полное подавление репликации ВИЧ), особенно у пациентов с исходно высокой вирусной нагрузкой
- низкая приверженность

**Пропуск 1 дозы в неделю
снижает эффективность лечения до 83%,**

2 дозы в неделю – до 64%,

3-4 дозы в неделю – до 25%,

более 4 доз в неделю – до 4 %.

**ПРАВИЛО 95 %
ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ХОРОШЕЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО
СОБЛЮДАТЬ РЕЖИМ ПРИЕМА ТАБЛЕТОК
БОЛЕЕ ЧЕМ НА 95 %. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО
БОЛЕЕ 95 ТАБЛЕТОК ИЗ КАЖДЫХ 100
ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЫПИТЫ ВОВРЕМЯ**

Приверженность начинается тогда, когда мы наделяем клиента силой выдержать пожизненную терапию.

Низкая приверженность – главная причина неуспешной терапии, формирования резистентности, а при продолжении рискованного поведения - распространения устойчивого вируса.

4.4 МОДЕЛЬ ОСМЫСЛЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Способность человека следовать рекомендациям зависит от глубины понимания им сути заболевания, тяжести состояния, осознания пользы лечения, а также физических, психологических, финансовых и иных затрат, связанных с началом или продолжением рекомендованной схемы терапии.

В настоящее время главным определяющим фактором приверженности считается самоэффективность пациента (в отсутствие обстоятельств, препятствующих соблюдению режима), поскольку одного лишь понимания сути болезни и целей лечения для поддержания приверженности недостаточно.

Согласно модели осмысленного лечения, лучше всех соблюдают врачебные рекомендации те пациенты, которые осознают свою беспомощность перед болезнью, оценивают заболевание как серьезное, верят в пользу лечения и не обременены обстоятельствами, препятствующими соблюдению режима.

4.5 СТАДИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

1. Стадия неведения

пациент не знает о проблеме или отказывается ее решать

2. Стадия размышления

задумывается о возможных переменах

3. Стадия подготовки

полон решимости и готов к переменам

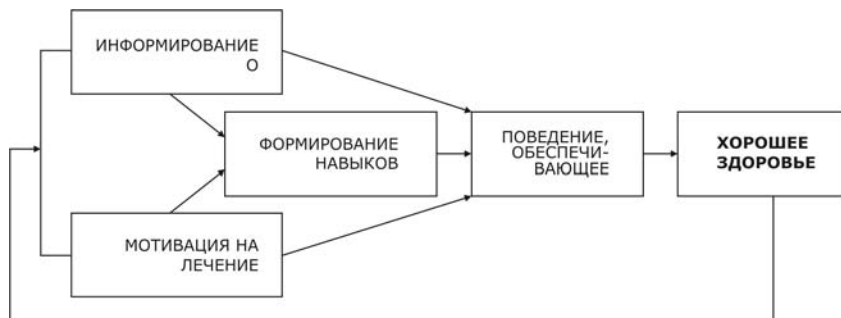
4. Стадия действия

начинает действовать

5. Стадия поддержания

поддерживает достигнутое состояние

4.6 СХЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ



Информация необходима, но недостаточна. Она является пусковым механизмом для мотивации.

Мотивация – пусковой механизм для формирования поведенческих навыков.

ИНФОРМАЦИЯ + МОТИВАЦИЯ + ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАВЫКИ =
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

4.7 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Условия со стороны пациента

субъективно – интеракционные:

- разные способы переживания своего ВИЧ-статуса
- наличие стигматизации (страхи и предрассудки) и дискриминации
- уровень мотивации к получению помощи
- готовность и способность к сотрудничеству
- ресурсы личности, набор стратегий преодоления проблем (копинг - стратегии)
- ожидания и связанные с получением помощи надежды и опасения (страх раскрытия статуса, страх побочных эффектов и др.)
- уровень общей и психологической культуры
- наличие опыта общения со специалистами служб (негативного или позитивного)
- состояние депрессии или тревоги
- понимание сути болезни и смысла терапии
- побочные эффекты препаратов и неумение с ними справиться
- усталость от приема таблеток
- беспокойство по поводу того, что длительная интоксикация лекарствами может навредить здоровью
- необходимость сокрытия диагноза и боязнь стать изгоем
- забывчивость, отсутствие напоминаний
- психологически трудно заставить себя принимать таблетки при отсутствии симптомов
- вера человека в эффективность лечения

Объективно - структурные:

- условия социального окружения (наличие поддержки, роль «козла отпущения», давление окружения и др.)
- возможность общения с равными консультантами
- возможность посещения групп взаимоподдержки
- материальное состояние и возможности приобретать дополнительное питание, витамины и др.
- скользящий график работы, неустойчивый распорядок дня
- нестабильный график приема пищи
- отягощающие факторы (алкоголь, наркотики, психические расстройства и др.)

Условия со стороны больницы и персонала*Субъективно - интеракционные:*

- опыт и профессиональная подготовка персонала
- уровень и качество терапевтического контакта
- методы и стили управления работой
- субъективные установки персонала в отношении терапии
- уровень стигматизации персонала, дискриминирующее поведение
- стиль и характер взаимоотношений с пациентами
- соблюдение «врачебной тайны»

НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СВЯЗАНА С ОШИБКАМИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ, А НЕ С НЕЖЕЛАНИЕМ КЛИЕНТА ПРИНИМАТЬ ПРЕПАРАТЫ

Объективно - структурные:

- материально – техническая база
- укомплектованность штатных единиц
- условия обслуживания и лечения
- доступность терапии и диагностики
- координация и преемственность деятельности различных структурных подразделений и служб

- наличие разработанной нормативной и методической базы
- междисциплинарный подход и методика «ведение случая»
- регулярное обучение персонала вопросам приверженности
- наличие плана работы по приверженности

Условия, связанные с особенностью терапии

- побочные эффекты препаратов
- количество таблеток и кратность приема
- трудности с глотанием таблеток
- необходимость особых условий приема пищи
- неподходящая схема лечения

Такие критерии как возраст, национальность, пол, образование, социальное положение, экономический статус, употребление в прошлом наркотиков и алкоголя, не являются факторами, определяющими плохую приверженность.

4.8 МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Ориентированные на пациента

1. Разработайте совместно с пациентом такой план лечения, который будет ему понятен, и который ему захочется претворить в жизнь.
2. Оцените уровень психологической готовности пациента начать терапию.
3. Обсудите с пациентов его страхи и мифы, касающиеся терапии.
4. Объясните пациенту в деталях задачи лечения, правила приема лекарств, расскажите о побочных эффектах.
5. Выждите некоторое время, чтобы убедиться в готовности пациента начать лечение.
6. Заручитесь поддержкой родственников, друзей, пациентов, социальных работников, равных консультантов.
7. Оцените дисциплинированность больного до начала антиретровирусной терапии, проверяйте во время каждой встречи, как он принимает лекарства.
8. Выявляйте и корректируйте побочные эффекты.
9. Организуйте возможность пациенту обращаться с вопросами к обученному консультанту в нерабочее время и в выходные дни.

10. Чаще встречайтесь с пациентом в первые месяцы лечения.
11. Составьте индивидуальный план по формированию приверженности.

ИЗ КАЖДОЙ ПРОПУЩЕННОЙ ДОЗЫ НУЖНО ИЗВЛЕКАТЬ УРОК, КАК НЕ ПРОПУСКАТЬ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ В ДАЛЬНЕЙШЕМ

Ориентированные на медицинский и парамедицинский персонал

1. Обучите сотрудников, работающих с пациентами, получающими терапию, методам консультирования по приверженности.
2. Сформируйте мультидисциплинарную команду, когда с пациентом параллельно работают врач, медицинская сестра, психолог, социальный работник и равный консультант.
3. Четко распределите обязанности между членами команды, совместно принимайте решения о начале и прекращении терапии.
4. Внедрите в практику работы мультидисциплинарной команды технологию «ведения случая» (case-management).
5. Регулярно повышайте квалификацию своего персонала: каждый сотрудник должен прилагать все усилия, чтобы помочь пациентам соблюдать схему лечения.
6. Предупреждайте развитие синдрома психологического «выгорания» у персонала.
7. Ведите просветительную работу среди добровольных помощников («равных консультантов») и лиц, окружающих пациента.
8. Составьте гибкий и удобный для клиентов график работы специалистов.
9. Строго соблюдайте конфиденциальность.

Ориентированные на схему лечения

1. Не допускайте лекарственных взаимодействий.
 2. Упростите схему лечения, сведя к минимуму число таблеток, кратность приема лекарств
 3. Привяжите прием препаратов к режиму дня и графику приема пищи.
 4. Предупреждайте пациента заранее о возможных побочных эффектах и умейте их предвидеть.
-

**ЗДОРОВЬЕ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТО
ТОЛЬКО ПРИЕМОМ ПРЕПАРАТОВ**

**ЧЕЛОВЕК НУЖДАЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО
В ТАБЛЕТКАХ, НО И В СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ.**

**ЛЕЧЕНИЕ – ЭТО НЕ ТОЛЬКО ВЫПИСЫВАНИЕ
ЛЕКАРСТВ, ЭТО РЕЗУЛЬТАТ РАБОТЫ
КОМАНДЫ**

4.9 ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- самоотчет клиента
- наблюдение за регулярностью посещения врача
- мониторинг терапевтического эффекта и контроль динамики клинических симптомов и лабораторных исследований (CD4, вирусная нагрузка)
- подсчет таблеток
- электронные счетчики в упаковке таблеток
- прием таблеток в присутствии персонала
- анкетирование (пациенты охотнее сообщают о нарушениях режима лечения, если вопрос касается трудностей, с которыми они сталкиваются, а не количества пропущенных доз)
- опрос окружающих лиц

4.10 ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ:

- коробочки для лекарств;
- график приёма лекарств;
- органайзеры;
- конфиденциальная услуга напоминания через интернет,товую связь и т.п.;
- группа поддержки людей принимающих антиретровирусные препараты;
- ежедневник приёма препаратов.

4.11 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ ТЕРАПИЮ

- Перед началом лечения обсуди предстоящую терапию с врачом. Не бойся задавать вопросы, которые на первый взгляд могут показаться глупыми. Твой врач заинтересован, чтобы ты

правильно понимал цели лечения.

- Убедись, что ты верно понял, как, когда и в каком количестве нужно принимать лекарства.
- Обсуди с врачом возможные побочные эффекты и твои действия, если они возникнут.
- Составь примерный распорядок дня в привязке к приему препаратов. Обязательно учти время приема пищи, время пробуждения и отхода ко сну.
- Заведи себе дневник, где ты будешь отмечать каждую принятую дозу препарата и записывать, когда и почему ты пропустил прием лекарства. Это очень дисциплинирует и помогает устранить препятствия.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАЧИНАЕТСЯ С ОСОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТОМ СОБСТВЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

- Попроси твоих друзей и соседей по комнате помочь тебе не забывать вовремя принимать лекарство.
- Посещай собрания группы взаимоподдержки и занятия по приверженности.
- Заведи себе какой-нибудь «напоминальник». Это могут быть наручные часы с будильником.
- Постарайся иметь в запасе при себе одну дозу препаратов, которые могут тебе понадобиться, если персонал задержит выдачу очередной порции таблеток.
- Постарайся свести к минимуму пагубные последствия отмены терапии (например, безопаснее отменять сразу все препараты, нежели какой-либо один из них).
- Если тебя перевозят из колонии в колонию, то, согласно действующим положениям, на несколько дней тебе должны выдать препараты в дорогу.
- Перед освобождением обязательно узнай у врача, куда тебе лучше обратиться на «воле», чтобы сразу же начать получать необходимые лекарства.
- Если ты регулярно опаздываешь с приемом лекарств, обсуди с врачом возможность изменения графика приема терапии.
- Не скрывай от врача, что пропустил прием таблеток. Ворчание

доктора не так опасно, как скрытая резистентность и снижение эффективности терапии.

- На фоне терапии важно регулярно проходить обследование у врача: каждые 3-6 месяцев сдавать иммунный статус, 2 раза в год проходить рентгенографию легких, сообщать врачу о всех изменениях в самочувствии.

**ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ТЫ ПРОПУСТИЛ
ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ?**

**НЕЛЬЗЯ ПРОПУСКАТЬ И ДАЖЕ СДВИГАТЬ
ВРЕМЯ ПРИЕМА ОЧЕРЕДНОЙ ДОЗЫ
ПРЕПАРАТОВ**

**НО ЕСЛИ ЭТО ПРОИЗОШЛО, ТО ПРИМИ
ЛЕКАРСТВО КАК МОЖНО БЫСТРЕЕ.
ПРИ ЭТОМ НЕ НУЖНО ВЫПИВАТЬ
ДВОЙНУЮ ДОЗУ**

4.12 РОЛЬ РАВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Включение равных консультантов в мультидисциплинарную команду - эффективная стратегия информирования ВИЧ-инфицированных пациентов, формирования их позитивного взгляда на жизнь с ВИЧ, выработки и поддержания приверженности к лечению.

Участие равных консультантов позволяет преодолеть настороженное отношение пациентов, наладить с ними доверительные взаимоотношения.

Консультант - мостик между пациентом и системой по оказанию медико-социальной помощи. Участие равных консультантов позволяет привлечь дополнительный ресурс, повысить доступность услуг, снизить нагрузку на персонал и повысить эффективность работы.

Равный консультант

- выбирается из числа ВИЧ-инфицированных осужденных, желательно, но не обязательно, из числа, получающих терапию;
- имеет желание и добровольное согласие заниматься данной деятельностью;
- проходит регулярное обучение;
- находится под патронажем и регулярной супервизией врача или другого представителя мультидисциплинарной команды специалистов.

Функциональные обязанности равного консультанта

- способствует установлению доверия и взаимопонимания с целевыми группами
- по утвержденному плану проводит консультации по приверженности (индивидуальные и в малой группе)
- предоставляет информационные материалы и печатную литературу
- активно участвует в разработке и реализации индивидуальной стратегии ведения пациентов и определении специфических мероприятий, необходимых для выработки и поддержания приверженности и оперативного решения возникающих проблем
- проводит анкетирование целевых групп
- оказывает психологическую поддержку пациентам, получающую терапию
- организует работу групп самопомощи

4.13 РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД» под редакцией В.В. Покровского, Москва, 2006.
2. «Организация работы по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии», методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5960, Москва, 2007.
3. «Приверженность терапии» (информация для тех, кто получает лечение в местах лишения свободы), Д.А. Винокуров, О.Ю. Кадырова, издание «Центра семейной терапии и консультирования», Нижний Тагил, 2007.
4. «Знать, чтобы жить», набор информационных плакатов для консультирования по приверженности, Д.А. Винокуров, О.Ю. Кадырова, издание «Центра семейной терапии и консультирования», Нижний Тагил, 2008.
5. «Знакомство с комбинированной антиретровирусной терапией», издание EATG, COPE, 2005.
6. «Поддержка людей, живущих с ВИЧ», Н. Недзельский, Е. Морозова, Просветительский центр «ИНФО-Плюс», Москва, 2003.
7. «Без паники: жизнь с ВИЧ-инфекцией», Кайкавус Арасте, Рудольф Вайс, перевод и издание Диаколической службы Евангелистской Церкви в Германии, НГОО «Гуманитарный проект», г.

Новосибирск, 2005.

8. «Клинические аспекты ВИЧ-инфекции – 2007», под редакцией Джона Бартлетта и Джоэла Галланта, Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, 2007.

9. «Унифицированное руководство по профилактике ВИЧ – инфекции и вирусных гепатитов в учреждениях уголовно-исполнительной системы», методическое руководство, А.С. Кузнецова, Москва, 2007.

Приложение №1.

Перечень тем, рекомендуемых для обсуждения с пациентом, при проведении консультирования по приверженности с использованием набора информационных плакатов для консультирования по приверженности «Знать, чтобы жить», Д.А. Винокуров, О.Ю. Кадырова, издание «Центра семейной терапии и консультирования», Нижний Тагил, 2008.

Набор методических плакатов может быть использован как для индивидуального консультирования, так и для работы в малой (до 3 – 5 человек) группе.

Плакат №1

«Терапия дает надежду»

- цели и задачи проводимой консультации

Плакат №2

«Иммунная система человека»

- что такое иммунная система
- функции иммунной системы
- Т-лимфоциты, их роль в иммунной системе
- количество Т-лимфоцитов в норме
- значение исследования иммунного статуса
- оппортунистические и СПИД-ассоциированные заболевания

Плакат №3

«Как поддержать свой иммунитет»

- факторы, повышающие и понижающие защитные силы организма
- умение заботиться о своем здоровье

Плакат №4

«Жизненный цикл ВИЧ в клетке»

- строение ВИЧ
- стадии размножения вируса в клетке
- понятие об АРВТ
- группы препаратов и фокус их действия

Плакат №5

«Жизнь с ВИЧ»

- стадии течения инфекции
- период «слепого окна» и положительный тест на ВИЧ
- изменение количества Т-лимфоцитов
- изменение вирусной нагрузки
- показания для начала терапии

Плакат №6

«Эффекты лечения»

- влияние препаратов на иммунный статус и вирусную нагрузку
- понятие о синдроме восстановления иммунитета
- суть антиретровирусной терапии (АРТ)

Плакат №7

«Приверженность терапии»

- что такое приверженность терапии
- зависимость эффекта терапии от уровня концентрации препарата в крови
- понятие о резистентности
- влияние пропуска приема препарата на формирование резистентности
- правило «95%»

Плакат №8

«Что влияет на приверженность лечению»

- роль собственной ответственности
- факторы, повышающие и снижающие приверженность
- как помочь себе лечиться
- что делать при пропуске приема препарата

Плакат №9

«Высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией»

- содержание вируса в биологических жидкостях организма
- пути инфицирования
- способы защиты от заражения
- необходимость защиты от суперинфицирования

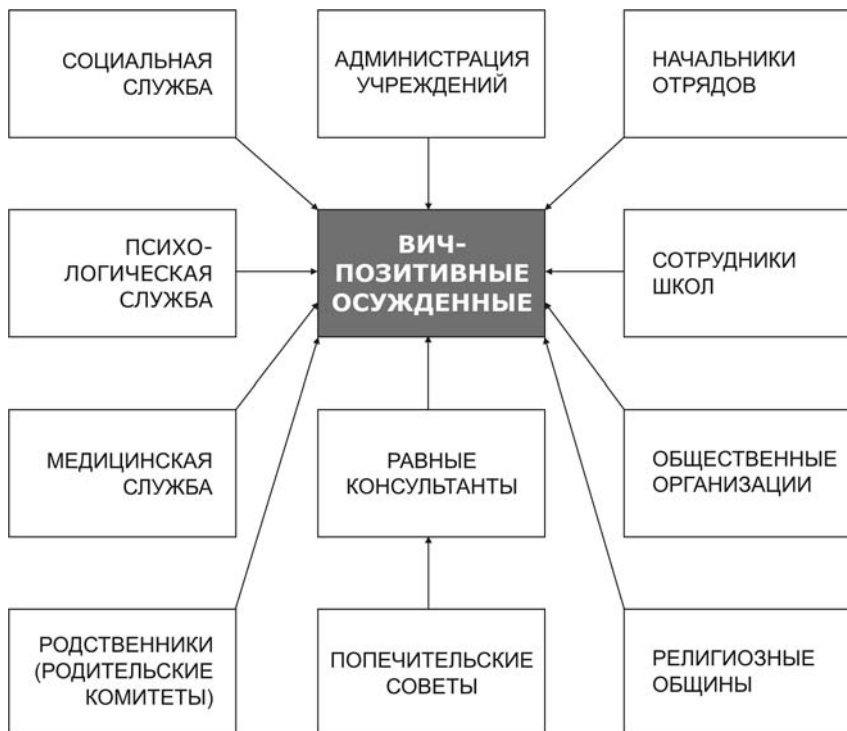
Плакат №10

«ВИЧ не передается через общение и дружбу»

- понятие стигмы и дискриминации
 - как нельзя заразиться ВИЧ
-

Приложение №2.

УЧАСТНИКИ ПРОЦЕССА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В УИН



**ОРГАНИЗАЦИЯ
ПРОТИВО-
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ,
НАХОДЯЩИМСЯ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ
СИСТЕМЫ ИСПОЛНЕНИЯ
НАКАЗАНИЯ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Утверждены 28 ноября 2008 года,
№ 68-29-3123**

АННОТАЦИЯ

В рекомендациях представлены организационные аспекты оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях системы исполнения наказания Свердловской области. В указанном документе освещены вопросы профилактики, своевременного выявления и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в условиях системы исполнения наказания.

Данные методические рекомендации предназначены для фтизиатров, инфекционистов, эпидемиологов, психологов и других специалистов, работающих в системе исполнения наказания и участвующих в оказании противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

ОРГАНИЗАЦИИ–РАЗРАБОТЧИКИ

Свердловское областное государственное учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер»

Медицинское управление ГУФСИН Россия по Свердловской области

Авторы:

Н.В. ЭЙСМОНТ,

канд. мед. наук, заведующая диспансерным легочным отделением Свердловского ОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», ответственный специалист фтизиатр по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в Свердловской области

А.Е. ОГУРЦОВ,

главный специалист врач-фтизиатр медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области

О.Ю. КАДЫРОВА,

главный специалист медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области, врач-инфекционист

ВВЕДЕНИЕ

Взаимодействие между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией определяет особенности подхода организации противотуберкулезных мероприятий для больных с иммунодефицитом. Не подвергающаяся в показанных случаях лечению ВИЧ-инфекция приводит к прогрессированию иммунодефицита, на фоне которого развивается туберкулез.

В системе ГУФСИН профилактика и лечение туберкулеза должны быть первоочередной задачей при оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией. При этом необходима совместная деятельность фтизиатров, инфекционистов, эпидемиологов и других специалистов системы ГУФСИН, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Сцелью оптимизировать работу по профилактике, своевременному выявлению и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящимся в системе ГУФСИН Свердловской области, а также адаптации нормативных документов Минздрава Свердловской области (Приказ Минздрава Свердловской области и ФГУ «ЦГСЭН» в Свердловской области от 18.08.2004 года № 588-п «О оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Свердловской области»; Приказ Минздрава Свердловской области от 02.06.05 года № 413-п «Об утверждении «Плана мероприятий по предупреждению и профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в Свердловской области» на 2005-2006 годы»; Приказ Минздрава свердловской области от 14.07.2006 года № 565-п «Об утверждении «Положения о стационарных отделениях для диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, а также инфекционной безопасности при работе в указанных учреждениях») и Минсоцразвития Российской Федерации (Методические рекомендации «Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным») для системы ГУФСИН России по Свердловской области были разработаны данные методические рекомендации.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях системы исполнения наказания

Мероприятия по профилактике, своевременному выявлению и предупреждению прогрессирования и туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания, включают в себя следующие разделы:

1. Организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в ГУФСИН России по Свердловской области.

2. Подготовка кадров.

3. Гигиеническое воспитание больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях системы исполнения наказания, по вопросам профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

4. Мероприятия по профилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

5. Мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

6. Мероприятия по предупреждению прогрессирования или осложнений туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

7. Организация лабораторного обследования больных ВИЧ-инфекцией, в том числе страдающих туберкулезом, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

8. Организация в ГУФСИН России по Свердловской области стационарной помощи больным с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции и при подозрении на туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией.

9. Координация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области, на областном уровне.

1. Организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в ГУФСИН России по Свердловской области.

С целью координации оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях системы исполнения наказания, учета больных ВИЧ-инфекцией и с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза в медицинском управлении ГУФСИН России по Свердловской области должен быть назначен ответственный специалист по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекции, находящихся в учреждениях системы исполнения наказания. Этим специалистом может быть врач-фтизиатр или врач-инфекционист, имеющий специальную подготовку и разбирающийся в вопросах оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Медицинские учреждения системы ГУФСИН России по Свердловской области ежемесячно заполняют «Карты персонального учета больного с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза» (учетная форма «263/у-ТБ» - далее «Карта») на все случаи с впервые

выявленным туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией, первичной регистрации ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом, рецидива туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, а также смерти от любых причин больных с наличием сочетанной патологии (туберкулез + ВИЧ-инфекция) с приложенной копией заключения патологоанатома или судмедэксперта. Карты ежемесячно направляются ответственному специалисту медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях системы исполнения наказания Свердловской области. Ксерокопии «Карты» и заключения патологоанатома или судмедэксперта ежемесячно направляется ответственному специалисту фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в Свердловской области, заведующей диспансерным легочным отделением Свердловского ОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» Эйсмонт Н.В.

Полученные данные по мониторингу больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза ежеквартально обобщаются при сверке с СОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» и ОГУЗ «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ»

2. Подготовка кадров.

Подготовка медицинских работников ГУФСИН по Свердловской области включает их участие в обучающих семинарах, проводимых Центром противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития Российской Федерации, конференциях и семинарах по вопросам туберкулеза и ВИЧ-инфекции, проводимых в управленческих округах Свердловской области, обучающих семинарах для врачей на кафедрах профилактической педиатрии и инфекционных болезней, а также фтизиатрии УрГМА по вопросам сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции и др.

Включение вопросов оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в программы обучения среднего медицинского персонала медучреждений ГУФСИН по Свердловской области.

3. Гигиеническое воспитание больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях системы исполнения наказания, по вопросам профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Индивидуальное гигиеническое воспитание больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания, проводится специалистами медучреждений ГУФСИН по Свердловской области и включает в себя вопросы профилактики, превентивного лечения, своевременного выявления и клинических

проявлений туберкулеза у пациентов с иммунодефицитом. Гигиеническое воспитание больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания, по вопросам туберкулеза следует также проводить с помощью санитарных бюллетеней, кратких памяток, радиопередачах, видеофильмах. Информацию о туберкулезе для больных ВИЧ-инфекцией следует излагать в доступной для них форме.

4. Мероприятия по профилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

4.1. Профилактика туберкулеза у детей, родившихся в ГУФСИН от больных ВИЧ-инфекцией матерей. Ведение беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией, в строгом соответствии с Приказом Минздрава Российской Федерации от 19.12.2003 года № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

До родов:

- антиретровирусная терапия у матери;
- увеличение количества CD4 и снижение величины вирусной нагрузки в крови у матери;
- внеочередное обследование на туберкулез окружения новорожденного

Во время родов:

- плановое кесарево сечение;
- продолжение антиретровирусной терапии у матери

После родов:

- отказ от грудного вскармливания;
 - антиретровирусная терапия у ребенка;
 - продолжение антиретровирусной терапии у матери.
-

ОРГАНИЗАЦИЯ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА НОВОРОЖДЕННОГО ОТ БОЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МАТЕРИ

МИНИМУМ ОБСЛЕДОВАНИЯ	РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ	ТАКТИКА ИММУНИЗАЦИИ	
Новорожденный ребенок от больной ВИЧ-инфекцией матери:			
<ul style="list-style-type: none"> • Шкала Апгар • Абсолютное число нейтрофилов • Осмотр иммунолога • Осмотр фтизиатра • Осмотр инфекциониста и неонатолога • Комиссионный осмотр выше указанных специалистов 	<ul style="list-style-type: none"> • Не менее 6 баллов • Не менее 1 000 в общем анализе крови • Отсутствие иммунодефицита • Отсутствие генерализованной БЦЖ-инфекции у других детей в семье • Отсутствие острых заболеваний и состояний (внутриутробная инфекция, гнойно-септическое заболевание, гемолитическая болезнь, поражение ЦНС, генерализованные поражения, пороки развития) • Отсутствие противопоказаний 	Прививка БЦЖ-М в роддоме	
Больная ВИЧ-инфекцией мать:			
<ul style="list-style-type: none"> • рентгенография легких • проба Манту с 2 ТЕ 	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие признаков туберкулеза • отсутствие туберкулеза в окружении новорожденного 		
Больная ВИЧ-инфекцией мать:			
<ul style="list-style-type: none"> • рентгенография легких • проба Манту с 2 ТЕ 	<ul style="list-style-type: none"> • признаки туберкулеза клинически, по рентгенограмме, реакции на пробу Манту с 2 ТЕ • туберкулез в окружении новорожденного 	Прививка БЦЖ-М в роддоме и изоляция новорожденного в соматическое детское отделение на 2 месяца на период формирования иммунитета к туберкулезу	

4.2. Проведение химиопрофилактики и превентивного лечения туберкулеза больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях исполнения наказания.

Проведение обязательно контролируемых химиопрофилактики или превентивного лечения туберкулеза у больных ВИЧ-

инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания, осуществляется изониазидом **Н** – 10 мг/кг, пиразинамидом **З** или этамбутолом **Е** – 25 мг/кг

ПОКАЗАНИЯ	СТАДИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	СХЕМА	СРОК	ЧАСТОТА
<ul style="list-style-type: none"> • вираж туберкулиновой пробы • усиление туберкулиновой чувствительности 	2-3-я	Н	3 месяца	однократно
гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ	2-3-я	Н+З/Е, затем Н	3 месяца 3 месяца	однократно
кратковременный контакт с больным активным туберкулезом	2-3-я	Н	3 месяца	повторить через 6 месяцев
постоянный контакт с больным активным туберкулезом	2-3-я	Н+З/Е	3 месяца	2 раза в год течение всего времени контакта
<ul style="list-style-type: none"> • вираж туберкулиновой пробы • усиление туберкулиновой чувствительности • гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ 	4А	Н+З/Е, затем Н	3 месяца 3 месяца	однократно
<ul style="list-style-type: none"> • заболевание туберкулезом в анамнезе • остаточные посттуберкулезные изменения 	4А	Н+З/Е	3 месяца	2 раза в год
кратковременный контакт с больным активным туберкулезом	4А	Н+З/Е	3 месяца	2 раза в год
контакт с больным активным туберкулезом в анамнезе	4А	Н	3 месяца	2 раза в год
постоянный контакт с больным активным туберкулезом	4А	Н+З/Е	Постоянно	
<ul style="list-style-type: none"> • снижение уровня СД4 в мм³ крови до 200 и ниже • положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ • вираж туберкулиновой пробы • усиление туберкулиновой чувствительности • гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ 	4Б-5-я	Н+З/Е, затем Н	3 месяца 3 месяца	Ежегодно
<ul style="list-style-type: none"> • заболевание туберкулезом в анамнезе • остаточные посттуберкулезные изменения 	4Б-5-я	Н+З/Е	3 месяца	2 раза в год
кратковременный контакт с больным активным туберкулезом	4Б-5-я	Н	3 месяца	2 раза в год
постоянный контакт с больным активным туберкулезом	4Б-5-я	Н+З/Е	Постоянно	

При появлении у больного ВИЧ-инфекцией клиники, подозрительной на туберкулез, при отсутствии туберкулезных изменений в легких и других органах после тщательного обследования у фтизиатра и отсутствии положительной динамики после курса неспецифической антибактериальной терапии рекомендуется назначение пробного специфического лечения по III режиму химиотерапии туберкулеза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол). При пробной специфической противотуберкулезной терапии необходимо следить за динамикой состояния больного и провести повторное обследование на туберкулез в зависимости от клиники.

Химиопрофилактика, превентивное и пробное лечение туберкулеза назначается фтизиатром, антиретровирусная терапия – инфекционистом.

При снижении уровня CD4 в мм³ крови до 200 и ниже во избежание развития у больного ВИЧ-инфекцией воспалительного синдрома восстановленного иммунитета следует вначале начать превентивное лечение туберкулеза, а через 3 недели присоединить высокоактивную антиретровирусную терапию.

5. Мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

Флюорографическое (рентгенологическое) обследование органов грудной клетки и туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ больным ВИЧ-инфекцией проводится при взятии пациента на диспансерный учет в учреждении ГУФСИН России по Свердловской области по поводу ВИЧ-инфекции и затем не реже 2-х раз в год.

Внеочередное обследование на туберкулез (флюорография, рентгенография органов грудной клетки) проводится больным ВИЧ-инфекцией с симптомами туберкулеза и при наличии контакта с больным активным туберкулезом.

Консультация больных ВИЧ-инфекцией врачом-фтизиатром осуществляется не позднее 7 дней в случаях, когда:

- у больного ВИЧ-инфекцией уровень CD4 лимфоцитов снижается до 200 и ниже в куб. мм крови при иммунологическом исследовании;
- выпадает положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ (инfiltrат размером от 5 до 16 мм у подростков и от 5 до 20 мм у взрослых);
- выпадает гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ (инfiltrат размером от 17 мм и более у подростков и 21 мм и более у взрослых, а также везикуло-некротическая реакция,

независимо от размера инфильтрата, с лимфангоитом или без него);

- регистрируется усиление туберкулиновой чувствительности (увеличение инфильтрата на 6-10 мм и более по сравнению с предыдущей реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ);
- имеется заболевание туберкулезом в анамнезе;
- имеется контакт с больным активным туберкулезом, включая кратковременный;
- впервые регистрируются остаточные посттуберкулезные изменения.

При обследовании больных ВИЧ-инфекцией с наличием клини- ки, подозрительной на туберкулез любой локализации, помимо флюорографического (рентгенографического) обследования, проводится забор и исследование мокроты, мочи и/или соответствующего отделяемого на возбудитель туберкулеза. Кроме того, необходимо использование других показанных методов обследования на туберкулез: УЗИ, гистологическая верификация диагноза туберкулеза при исследовании биопсийного и послеоперационного материала и др.

6. Мероприятия по предупреждению прогрессирования или осложнений туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

При выявлении у больного туберкулезом ВИЧ-инфекции в течение 14 дней показана консультация его у врача, ответственного за работу с ВИЧ-инфицированными в учреждении. Производится совместное диспансерное наблюдение за больным ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, находящимся в учреждении исполнения наказания, фтизиатром и врачом, ответственным за работу с ВИЧ-инфицированными в учреждении. Проведение строго контролируемого лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждении исполнения наказания, на всех этапах химиотерапии. Подтверждение диагноза впервые выявленного и рецидива туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждении исполнения наказания, а также случаев смерти больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции ежемесячно проводится на заседании клинико-экспертной комиссии медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области. Обязательным является организация в учреждениях исполнения наказания Свердловской области патолого-анатомического исследования всех умерших от любых причин больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а также гистологическую верификацию диагноза туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, включая биопсийный и послеоперационный материал.

7. Организация лабораторного обследования больных ВИЧ-инфекцией, в том числе страдающих туберкулезом, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

- Обследованию на ВИЧ-инфекцию в плановом порядке подлежат:
- все впервые выявленные больные туберкулезом и рецидивом туберкулеза;
 - все больные туберкулезом 2 раза в год.
- Внеочередное повторное обследование на ВИЧ-инфекцию проводится при наличии следующих состояний:
- обострение туберкулеза у лиц, страдающими хроническими формами туберкулеза;
 - нетипичном течение туберкулеза;
 - отсутствие эффекта при лечении туберкулеза;
 - диссеминированный и генерализованный туберкулез;
 - клинические или лабораторные признаки иммунодефицита.

Иммунологическое исследование крови на количество CD4 у больных ВИЧ-инфекцией, в том числе, страдающих туберкулезом, проводятся 1 раз в 3-6 месяцев. Определение в крови у больных ВИЧ-инфекцией величины вирусной нагрузки проводится перед назначением и в процессе проведения высокоактивной антиретровирусной терапии. Иммунологическое исследование крови и анализ крови на вирусную нагрузку больным ВИЧ-инфекцией, находящимся в учреждениях исполнения наказания, назначает врач, ответственный за работу с ВИЧ-инфицированными в учреждении.

Бактериоскопическое и гистологическое обследование больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания, проводятся в лечебно-исправительных учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области по месту лечения, а бактериологическое исследование на микобактерии туберкулеза – в специализированных лабораториях противотуберкулезных учреждений ГУФСИН России по Свердловской области.

8. Организация в ГУФСИН России по Свердловской области стационарной помощи больным с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции и при подозрении на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией.

Лечение активного туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях исполнения наказания, проводится в отделениях противотуберкулезных лечебно-исправительных учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области. Консультация больного в противотуберкулезных лечебно-исправительных учреждениях врачом-инфекционистом ГУФСИН России по Свердловской области проводится по медицинским показаниям.

**ПРИКАЗ
ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ ОТ 21 НОЯБРЯ 2008 ГОДА № 1159
«О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ИНСТРУКЦИЙ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СОТРУДНИКОВ ГУФСИН
РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИ ИСПОЛНЕНИИ СЛУЖЕБНЫХ
ОБЯЗАННОСТЕЙ»**

**ИНСТРУКЦИЯ
«ПРОФИЛАКТИКА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ
МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА
В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ГУФСИН РОССИИ
ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ»**

В целях предотвращения возможности заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей сотрудников ГУФСИН России по Свердловской области (далее ГУФСИН), приказываю:

1. Утвердить и ввести в действие с 01 декабря 2008 г. инструкцию «Профилактика профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинского персонала в учреждениях ГУФСИН России по Свердловской области» и инструкцию «Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей сотрудников ГУФСИН России по Свердловской области» (приложение № 1, 2).

2. Начальникам учреждений ГУФСИН:

в срок до 10 декабря 2008 г. назначить приказом по учреждению медицинских работников, ответственных за проведение инструктажей сотрудников по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей;

в срок до 01 февраля 2009 г., далее ежегодно организовать проведение ежегодных инструктажей сотрудников по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией, работающих с ВИЧ-инфицированными (приложение № 1, № 2);

по мере необходимости организовать проведение инструктажей по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией вновь принятых на службу сотрудников, работающих с ВИЧ-инфицированными (приложение № 1, № 2).

3. Заместителям начальников учреждений ГУФСИН по лечебно-профилактической работе, начальникам медицинских частей и начальникам здравпунктов:

завести учетные журналы для регистрации проведенных инструктажей с указанием даты проведения инструктажа, ФИО и должности проинструктированных сотрудников, их подписей;

взять под личный контроль комплектацию аптечек для оказания первой медицинской помощи при возникновении аварийной ситуации;

в срок до 25 февраля 2009г., далее ежегодно к годовому отчету представлять в медицинское управление ГУФСИН информацию о проведенных инструктажах с указанием количества проинструктированных сотрудников.

4. Признать утратившими силу инструкцию медицинского управления ГУФСИН от 27.03.2002 № 68/8-4-446 «Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей» и методические рекомендации медицинского управления ГУФСИН от 18.12.2003 № 68/8-4-1806 «Профилактика профессионального

заражения ВИЧ-инфекцией среди медицинского персонала всех специальностей».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника управления безопасности ГУФСИН России по Свердловской области полковника внутренней службы Гаврищука А.В. и начальника медицинского управления ГУФСИН России по Свердловской области полковника внутренней службы Комарницкого И.А.

**Начальник
генерал-майор внутренней службы**

А.Ф. Ладик

Приложение № 1
к приказу ГУФСИН России по Свердловской области
от 21 ноября 2008г. № 1159

**ИНСТРУКЦИЯ
«ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ»**

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Свердловской области продолжает развиваться. По мере роста числа ВИЧ-инфицированных увеличивается и обращаемость их в медицинские части УИС Свердловской области. В связи с этим, медработникам все чаще приходится встречаться с ВИЧ-инфицированными пациентами, которым необходимо оказывать медицинскую помощь.

Риску профессионального заражения ВИЧ-инфекцией подвержены медицинские работники различных специальностей.

Факторы риска профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинского персонала.

При оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным возможно возникновение так называемых «аварийных ситуаций», когда происходит попадание крови и других биологических жидкостей инфицированного ВИЧ-пациента на кожу, слизистые покровы медицинского работника, а также при травматизации их при выполнении медицинских манипуляций (укол, порез и др.).

К потенциально опасным биологическим жидкостям при ВИЧ-инфекции относятся:

- Кровь, компоненты и препараты крови;
- Семенная жидкость, вагинальный секрет;
- Спинно-мозговая жидкость, синовиальная, плевральная, пери-

кардиальная, перитониальная и амниотическая жидкости;

- Другие биологические жидкости, контаминированные кровью.

Вирусные частицы могут находиться почти во всех биологических жидкостях, но в различных концентрациях, в связи с чем, их эпидемиологическая опасность как факторов передачи не однозначна. Наибольшее значение имеют кровь, сперма, содержащие достаточную для заражения дозу вируса. Низкая концентрация ВИЧ в других биологических жидкостях определяет его быструю инактивацию.

Риск инфицирования медицинского работника ВИЧ зависит от ряда факторов:

1. Степени нарушения целостности кожных покровов и слизистых при травмировании (глубина проникновения); типа контакта (укол, порез, попадание биоматериала на кожу, слизистые).

Наиболее высокий риск инфицирования отмечается при глубоких повреждениях кожных покровов (укол иглой большого диаметра), подвергшихся воздействию видимой на инструменте крови, при колото-резаных ранах с выделением крови. Необходимо учитывать, что инъекционные иглы несут значительно больший объем крови, чем шовные. Наиболее опасен укол иглой, которая была в вене, или артерии. Риск заражения при ВИЧ-инфекции более низкий, чем при ВГВ, т.к. при ней невысокая концентрация вируса в крови (102 - 103 против 109-1012 в 1 мл. при ВГВ) и для заражения необходима значительно большая доза инфицированной жидкости. По данным экспертов ВОЗ вероятность заражения ВИЧ от одного укола инфицированной кровью иглой оценивается при ВИЧ-инфекции в 0,3-0,6%, что ниже, чем при вирусном гепатите С в 20 раз, а при вирусном гепатите В – почти в 100 раз.

Схема №1

РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВГ ПРИ КОНТАКТЕ С ИНФИЦИРОВАННЫМ БИОМАТЕРИАЛОМ:



Попадание крови от пациента на не поврежденную кожу большой опасности не представляет, но если площадь инфицирования была большой, а время контакта с кровью продолжительным, не исключается возможность инфицирования.

2. Стадии болезни пациента, концентрации и активности вируса в крови.

Высокий риск инфицирования имеет место в случае острой стадии ВИЧ-инфекции, при наличии клинической симптоматики, свидетельствующей об иммунодефиците.

3. Дозы инфекта, обусловленной объемом инъецируемой крови.

4. Своевременности получения пациентом АРВТ.

Доказано, что своевременно (в первые 2 часа, но не позднее 72 часов с момента аварии) проведенная пострадавшему антиретровирусная терапия (АРВТ) снижает риск инфицирования ВИЧ на 80%.

5. Своевременности обработки места попадания биоматериала.

6. Наличия барьерных средств защиты.

Использование перчаток уменьшает объем инъецируемой крови в случае укола иглой на 50%.

Эпидемия ВИЧ длится за рубежом более 20 лет. За этот период согласно данным зарубежной литературы зарегистрировано более 400 случаев профессионального заражения медработников ВИЧ-инфекцией. Большинство случаев (84%) из них произошли после единственного укола кожи загрязненной иглой после медицинских процедур, проведенных ВИЧ-инфицированным пациентам. 13% медработников заразились при попадании инфицированной крови на слизистую оболочку глаз, 1% - при попадании крови на поврежденную кожу (наличие микротравм). Заражений, связанных с уколом шовной иглой не отмечено.

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОМУ ПАЦИЕНТУ

При аварийных ситуациях, связанных с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, каждый медработник должен знать порядок (алгоритм) и объем необходимых мероприятий (схема 2).

1. Немедленно проводить обработку участка кожи, раны или места укола, используя аварийную аптечку. Согласно СанПиН

2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, роддомов и других лечебных стационаров» для предупреждения заболеваний, связанных с медицинскими манипуляциями, персонал ЛПУ обязан:

- При загрязнении рук кровью, сывороткой, выделениями тщательно протереть их тампоном, смоченным кожным антисептиком, после чего промыть проточной водой с мылом. Перчатки обрабатывать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем мыть проточной водой, снять их, вымыть руки и обработать кожным антисептиком;
- При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки, немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцево-кислого калия; при попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцево-кислого калия в воде в соотношении 1:10 000;
- При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода;
- При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин, заклеивать поврежденные места лейкопластырем, медицинским клеем.

2. Об аварийной ситуации необходимо тот час же сообщить ответственному лицу по медицинской части или отделению больницы.

3. Зарегистрировать аварийную ситуацию в журнале учета аварийных ситуаций.

4. Определить ВИЧ-статус пациента

Если результат обследования пациента на ВИЧ положительный или сомнительный:

5. Направить пострадавшего медработника к врачу-инфекционисту Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями или его филиалов для решения вопроса о назначении АРВП и постановке на диспансерный учет (в течение двух суток с момента аварии).

6. Передать в Медицинское управление ГУФСИН России по Свердловской области и ГУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ» «Оперативное донесение на медработника, пострадавшего в аварийной ситуации при оказании помощи ВИЧ-инфицированному пациенту».

7. Составить «Акт об аварии, связанной с риском профессионального заражения ВИЧ-инфекцией при оказании помощи ВИЧ-инфицированным» в 3-х экземплярах, один из которых направляется в Медицинское управление ГУФСИН России по Свердловской области, второй – в Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ.

Схема № 2

АЛГОРИТМ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ (АС) У МЕДРАБОТНИКА



Схема №3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ МЕДРАБОТНИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ



Антиретровирусная терапия при аварийной ситуации назначается в зависимости от степени риска заражения ВИЧ (схема № 4).

Схема № 4

ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ РИСКЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

СТЕПЕНЬ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ	ОБЪЕМ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ
<p>Высокая степень риска: При глубоком проникновении иглой большого диаметра, игла вводилась в вену или артерию ВИЧ-инфицированного, видимая кровь на ране, при глубоком колющем или резаном поражении, сопровождающимся кровотечением</p>	<p>Обязательна в течение 4-х недель: Прием 3-х препаратов: - 2-х ингибиторов обратной транскриптазы: Комбивир по 1 таб. (0,3г AZT и 0,15г ламивудина) 2 раза в сутки, или Азидотимидин 0,3г 2 раза в сутки, Ламивудин 0,15г 2 раза в сутки и одного из ингибиторов протеазы: стокрин по 0,6г 1 раз в сутки за 0,5 часа до сна</p>
<p>Умеренная степень риска: При неглубоких поражениях с капельным отделением крови, поверхностные повреждения шовными иглами, большая площадь контакта крови с неповрежденной кожей при большой продолжительности контакта.</p>	<p>Предлагается: Комбинированная терапия с использованием только ингибиторов обратной транскриптазы в течение 4-х недель.</p>
<p>Минимальная степень риска: При поверхностной травматизации кожи и слизистых, при попадании зараженного материала на слизистые, малый объем зараженного материала, непродолжительный контакт.</p>	<p>Желательна: Терапия в течении 4-х недель Азидотимидином или Фосфазидом.</p>

Если у медработника произошла аварийная ситуация, а ВИЧ-статус пациента неизвестен, то в отношении последнего необходимо:

- Уточнить, не состоит ли он на учете (банк данных филиала ОЦ СПИД и ИЗ);
- Провести дотестовое консультирование;
- Исследовать кровь на антитела к ВИЧ с помощью экспресс-теста с согласия пациента;
- При отрицательном результате в экспресс-тесте оценить степень опасности пациента, как источника инфекции по данным анамнеза (инъекционное употребление наркотиков, частая смена половых партнеров, наличие ВГВ, ВГС и др.);
- Продолжить исследование крови классическим методом для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции (ИФА, ИБ), независимо от результатов экспресс-теста;
- Провести послетестовое консультирование;
- Соблюдать конфиденциальность информации.

СОСТАВ АПТЕЧКИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ МЕДРАБОТНИКАМ ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ

1. 70% спирт (50 мл)
 2. 5% спиртовой раствор йода
 3. навески марганцовокислого калия по 0,05г. для приготовления раствора 1:10000 (0,05 на 0,5л. воды)
 4. емкость для разведения марганцовокислого калия (на 0,5 литра)
 5. дистиллированная вода (0,5л.)
 6. лейкопластырь
 7. глазные пипетки в футляре (2 штуки)
 8. бинт, вата
 9. ножницы
 10. салфетки (5 штук)
-

ФОРМА УЧЕТА ЖУРНАЛА АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ:

№ п/п	ФИО пострадавшего мед.работника	Место работы должность	Возраст	Дата аварии	Обстоятельства аварии	ФИО больного, адрес, № истор. болезни, ВИЧ-статус, HBsAg	Объем оказанной помощи пострадавшему	ФИО руководителя, которого проинформировали об аварии

ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ФИЛИАЛЫ ОЦ СПИД

Оперативное донесение на медработника, пострадавшего в аварийной ситуации при оказании помощи ВИЧ-инфицированному пациенту

1. Год, дата, час отправления донесения.....
2. Территория, с которой поступило экстренное извещение, ЛПУ №.....
3. Кто сообщил об аварии (ФИО, должность), контактный телефон.....
4. Дата, час сообщения об аварии.....
5. ФИО пострадавшего медработника
6. Пол
7. Возраст
8. Место жительства (населенный пункт, улица, дом, квартира).....
9. Место работы: больница №.....отделение.....
должность.....стаж работы
10. Дата и час аварии.....
11. Характер аварии:
 - колото-резаная рана.....
 - укол полой иглой: при постановке внутривенной, внутримышечной, подкожной инъекции, при введении иглы в катетер.....
 - укол шовной иглой.....
 - попадание крови на слизистую глаз.....
 - попадание крови на кожу (поврежденную, неповрежденную).....
 - прочие аварии.....
 - обстоятельства, условия, при которых произошла авария.....
12. При аварии из раны выделялась кровь (капельно, струйно).....
13. Первичная обработка места аварии (час, характер обработки).....
14. Наличие у медработника во время аварии барьерных средств защиты (перчатки, защитные очки, экраны, маска и др.), был ли разрыв перчаток.....
15. Степень риска аварийной ситуации (высокая, умеренная, минимальная)
.....
16. Знал ли пострадавший медработник о ВИЧ+ статусе пациента до аварии
.....

17. Дата обращения медработника к инфекционисту (дата, час).....
18. Антиретровирусная терапия:
- назначена: дата препарат.....
 - отказ от приема, причина отказа.....
 - непереносимость препарата.....
 - не назначена (нет риска заражения, позднее обращение к инфекционисту)
-
19. Если пациент состоит на учете как ВИЧ-инфицированный, указать:
- год, дата положительного результата на ВИЧ в ИБ, регистрационный №
 - стадия ВИЧ-инфекции.....
 - получает ли пациент АРВТ.....

**Дата и метод лабораторного обследования пациента на ВИЧ
(если ВИЧ-статус неизвестен)**

	ДАТА	РЕЗУЛЬТАТ
Экспресс-метод		
ИФА		
ИБ		

20. Дата обследования пациента на ВГВ (на наличие HBsAg), ВГС (антитела к ВГС).....
21. Дата, метод, результат лабораторного обследования медработника на момент аварии на ВИЧ, ВГВ, ВГС.....
22. Наличие прививки против ВГВ у медработника (год, дата).....
23. Дата составления акта об аварии, связанной с риском профессионального заражения ВИЧ-инфекцией при оказании помощи ВИЧ-инфицированным
-
24. Место диспансерного наблюдения пострадавшего медработника:
-
-

Утверждаю:
Начальник учреждения _____
« ____ » _____ 200 ____ г.

АКТ

**Об аварии, связанной с риском профессионального заражения ВИЧ-инфекцией при оказании помощи ВИЧ-инфицированным
(составляется в 3-х экземплярах)**

1. Наименование учреждения и его адрес.....
2. Отделение, место, где произошла авария.....
-
3. ФИО пострадавшего.....
4. Пол.....
5. Профессия, должность.....

6. Категория, стаж работы.....
7. Инструктаж по мерам безопасности:
Дата проведения.....
проверка знаний.....
Кем проводился.....
8. Дата и время «аварии» (число, месяц, год).....
9. Наличие барьерных средств защиты во время аварии (спецодежда, перчатки, очки, маска, фартук и т.д.).....
-
10. Характер аварии (колотая рана, поверхностная или глубокая ссадина, прокол загрязненной иглой, загрязнение инфицированной кровью или другими биологическими жидкостями поврежденной кожи и слизистой оболочки и т.д.).....
-
11. Обстоятельства и причина аварии.....
-
12. Мероприятия по обеззараживанию места аварии.....
-
13. Очевидцы аварии.....
-
14. Сведения о пациенте.....
-
-

« ____ » _____ 200 ____ г.

Подписи:

Руководитель подразделения ЛПУ.....

Лицо, ответственное за охрану труда и технику безопасности персонала ЛПУ.....

.....

В основу инструкции положены методические рекомендации Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Факторы риска и профилактика заражений ВИЧ-инфекцией медицинских работников при исполнении служебных обязанностей», 2008г.

Приложение № 2
к приказу ГУФСИН России по Свердловской области
от 21 ноября 2008г. № 1159

ИНСТРУКЦИЯ

«ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ СЛУЖЕБНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ СОТРУДНИКОВ ГУФСИН РОССИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

Профилактика заражения ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) через кровь заключается в недопущении пользования общими инструментами (как медицинского, так и немедицинского предназначения), которые не были продезинфицированы и использование которых сопровождается нарушением целостности кожи или слизистых оболочек.

Чтобы предупредить заражение при выполнении служебных обязанностей необходимо знать:

Заражение ВИЧ-инфекцией сотрудников уголовно-исполнительной системы в обычных условиях от ВИЧ-инфицированных исключается!

Не зарегистрировано случаев заражения - при кашле, чихании, через пот, слезы, посуду, пищу, общий туалет, рукопожатие, объятия, укусы насекомых.

Незначительный риск инфицирования возникает при обысках, экстремальных ситуациях, когда происходит:

- ранение кожи или слизистых оболочек острыми предметами, загрязненными инфицированной кровью;
- попадание инфицированной крови на слизистые оболочки или поврежденную кожу.

Во время проведения обыска необходимо помнить: предметы, которые можно найти у заключенных (бритвенные лезвия, иглы, иные колющие предметы, которые зашиты в одежду или приклеены под столами, спрятанные в кусках мыла, в книгах; шпильки и иголки, спрятанные в воротниках, складках одежды; инструментарий для инъекций, спрятанный в авторучках и т.д.) могут стать причиной ранения кожи или слизистых оболочек.

Правила проведения обысковых мероприятий

- в первую очередь закрыть пластырем все порезы и ссадины на открытой части рук;
- во время обыска надеть латексные перчатки, особенно при обыске таких мест, где имеется риск пореза или укола кожи;

- надевать латексные перчатки, когда имеется возможность контакта с кровью или другими биологическими жидкостями другого человека;
- если возможно – использовать глаза вместо рук, смотреть, а не касаться (например, если под столом приклеен какой-либо предмет, то сначала его необходимо внимательно рассмотреть, а лишь потом уже трогать руками);
- все извлеченные предметы, в первую очередь острые с признаками загрязнения кровью, необходимо осторожно поместить в контейнер для дальнейшей утилизации (желательно, чтобы указанные предметы в контейнер помещал сам осужденный, запрещается использовать целлофановый пакет в качестве контейнера);
- необходимо особенно внимательно осматривать одежду (там, где возможно, предложить заключенному самому вывернуть карманы и показать их содержимое, своими руками ощупать свою одежду, вынуть стельки и вывернуть обувь)

Важно, чтобы сотрудники, которые имеют отношение к обыскам и актам насилия, защитили себя с помощью следующих способов предосторожности:

- предварительно оценить возможный риск;
- избегать контакта с кровью и биологическими жидкостями лиц из числа спецконтингента;
- выбирать специальные способы и средства для контроля и сдерживания насилия;
- при разливе (разбрызгивании) крови потерпевшего в случаях насильственных действий, попыток самоубийства и пр. изолировать место разлива с дальнейшей его дезинфекцией и уборкой.

Тактика сотрудников при аварийной ситуации, связанной с проведением обысков и досмотров в учреждении

При аварийных ситуациях, связанных с проведением обысков и досмотров, каждый сотрудник должен знать порядок (алгоритм) и объем необходимых мероприятий (схема 1).

1. Немедленно проводить обработку участка кожи, раны или места укола, используя аварийную аптечку.

- При загрязнении рук кровью, выделениями тщательно протереть их тампоном, смоченным кожным антисептиком, после чего промыть проточной водой с мылом. Перчатки обрабатывать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем мыть проточной водой, снять их, вымыть руки и обработать кожным антисептиком;

- При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки, немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцево-кислого калия; при попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцево-кислого калия в воде в соотношении 1:10 000;
 - При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода;
 - При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин, заклеивать поврежденные места лейкопластырем, медицинским клеем.
2. Об аварийной ситуации необходимо тот час же сообщить ответственному лицу по медицинской части учреждения, больницы или здравпункта.
3. Зарегистрировать аварийную ситуацию в журнале учета аварийных ситуаций.

Далее тактика определяется в соответствии с приложением №1

Аптечка для оказания первой помощи сотрудникам при аварийной ситуации должна находиться у оперативного дежурного учреждения.

СОСТАВ АПТЕЧКИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ

1. 70% спирт (50 мл)
 2. 5% спиртовой раствор йода
 3. навески марганцовокислого калия по 0,05г. для приготовления раствора 1:10000 (0,05 на 0,5л. воды)
 4. емкость для разведения марганцовокислого калия (на 0,5 литра)
 5. дистиллированная вода (0,5л.)
 6. лейкопластырь
 7. глазные пипетки в футляре (2 штуки)
 8. бинт, вата
 9. ножницы
 10. салфетки (5 штук)
-

В основу инструкции положены методические рекомендации Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Факторы риска и профилактика заражений ВИЧ-инфекцией медицинских работников при исполнении служебных обязанностей», 2008г. и памятка сотрудникам учреждений УИС МЮ России по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией, 2002 г.
