

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от 11 июня 2020 года
Протокол №97

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код (ы) МКБ-10:

Код	Болезни, вызванные ВИЧ
B20	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней
B21	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований
B22	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней
B23	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других состояний
B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), неуточненная

1.2 Дата пересмотра протокола: 2017 год (пересмотр 2019 г.).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ЗТС	Ламивудин
ABC	Абакавир
AZT, ZDV	Зидовудин
ATV	Атазанавир
BIC	Биктегравир
COBI	Кобицистат
DRV	Дарунавир

DRV/c	Дарунавир, бустированный кобицистатом
DRV/r	Дарунавир, бустированный ритонавиром
DTG	Долутегравир
EFV	Эфавиренз
ETV	Этравирин
ELV	Элвитегравир
FTC	Эмтрицитабин
HBcAg	Ядерный антиген вируса гепатита В
HBsAg	Поверхностный антиген вируса гепатита В
HLAB*5701	Аллель 5701 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека
IgG	Иммуноглобулин G
IgM	Иммуноглобулин M
LPV/r	Лопинавир, бустированный ритонавиром
MTB/RIF	Быстрый молекулярный тест для выявления микобактерии туберкулеза, а также мутации, указывающие на устойчивость к рифампицину.
NVP	Невирапин
RAL	Ралтегравир
RPV	Рилпивирин
RTV	Ритонавир
TAF	Тенофовир алафенамид
TDF	Тенофовир дезопроксил
АлАТ	Аланинаминотрансфераза
Анти HBcorAg	Антитела к ядерному антигену вируса гепатита В
Анти HBsAg	Антитела к поверхностному антигену вируса гепатита В
АРВП	Антиретровирусный препарат
АРТ	Антиретровирусная терапия
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
БК	Бактериоскопическое исследование мокроты
БАК	Биохимический анализ крови
ВГD	Вирус гепатита D
ВГВ	Вирус гепатита В
ВГН	Верхняя граница нормы
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВН	Вирусная нагрузка
ВСВИ	Воспалительный синдром восстановления иммунитета

ДКП	Доконтактная профилактика
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ИБ	Иммунный блоттинг
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИИ	Ингибиторы интегразы
ИП	Ингибиторы протеазы
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	Иммуноферментный анализ
ИХЛА	Иммунохемилюминисцентный анализ
ИХА	Иммунохроматографический анализ
КТ	Компьютерная томография
КФК	Креатининфосфокиназа
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ (ВИЧ-инфицированные)
ЛПВП	Липопротеины высокой плотности
ЛПНП	Липопротеины низкой плотности
МАК	Микобактериумавиум комплекс
МЛУ	Множественная лекарственная устойчивость
МНН	Международное непатентованное наименование
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НИОТ	Нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы
ННИОТ	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ОИ	Оппортунистические инфекции
ОПН	Острая почечная недостаточность
ПАВ	Психоактивные вещества
ПМЛ	Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПППД	Противовирусные препараты прямого действия
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РКИ	Рандомизированное клиническое исследование
РНК	Рибонуклеиновая кислота
РНГА	Реакция непрямой гемагглютинации
РПГА	Реакция прямой гемагглютинации
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания

УД	Уровень доказательности
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФГДС	Фиброгастродуоденоскопия
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЦНС	Центральная нервная система
ЭКГ	Электрокардиограмма, электрокардиография
ЭТ	Экспресс-тест

1.4 Пользователи протокола: врачи общей практики, терапевты, инфекционисты, лаборанты, фтизиатры, акушер-гинекологи, кардиологи, офтальмологи, невропатологи, психиатры, наркологи, дерматовенерологи, психотерапевты.

1.5 Категория пациентов: взрослые, беременные.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7. Определение: ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома

приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований [1].

1.8 Клиническая классификация [2]:

Клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ у взрослых.

Клиническая стадия 1:

- бессимптомное течение ВИЧ-инфекции;
- персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Клиническая стадия 2:

- необъяснимая умеренная потеря веса (<10% от предполагаемой или измеренной массы тела);
- рецидивирующие инфекции дыхательных путей (синусит, ангина, средний отит, фарингит);
- опоясывающий лишай;
- ангулярный хейлит;
- рецидивирующие язвы полости рта;
- зудящая папулезная (или иная) сыпь;
- онихомикозы;
- себорейный дерматит.

Клиническая стадия 3:

- необъяснимая сильная потеря веса (>10% от предполагаемой или измеренной массы тела);
- необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- необъяснимая персистирующая лихорадка (перемежающаяся или постоянная, длительностью более месяца);
- персистирующий кандидозный стоматит;
- волосатая лейкоплакия полости рта;
- туберкулез легких;
- тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, эмпиема, гнойный миозит, инфекции костей и суставов, менингит, бактериемия);
- острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит;
- необъяснимые анемия (<8 г/л); нейтропения (<0.5 x 10⁹/л) и/или хроническая тромбоцитопения (<50 x 10⁹/л).

Клиническая стадия 4:

- синдром кахексии, обусловленный ВИЧ;
- пневмоцистная пневмония;

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

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ [3 - 10]:

2.1 Диагностические критерии [3 - 5]:

Жалобы: характерных жалоб нет, возможны длительная лихорадка, потеря веса, увеличение лимфатических узлов.

При первичном обращении, с пациентом проводится психосоциальное консультирование о положительном ВИЧ статусе. Пациент подписывает лист конфиденциального собеседования, форма №275/у (приказ МЗ РК №907 от 23.11.2010 года).

Проводится активный скрининг на туберкулез по четырем клиническим симптомам: кашель, лихорадка, ночная потливость и потеря массы тела. Далее скрининг на туберкулез проводится при каждом обращении пациента.

Анамнез: Заболевание начинается постепенно.

Эпидемиологический анамнез: Источник ВИЧ-инфекции – зараженный человек, находящийся в любой стадии болезни, в том числе и в периоде инкубации.

Анализ степени контакта с лицами с подобными заболеваниями с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции.

Таблица 1. Уровень доказательности путей передачи ВИЧ

Пути передачи	Характеристика	УД*
Половой	половой контакт с инфицированным партнером с определяемой вирусной нагрузкой	В
Парентеральный	немедицинские и медицинские инвазивные процедуры, гемотрансфузии, трансплантация органов, тканей и клеток	В
Вертикальный	от ВИЧ-инфицированной матери ребенку во время беременности, в родах, после родов	В

Примечание - *уровень доказательности

Предрасполагающие факторы:

- признаки выраженного иммунодефицита у ВИЧ-инфицированного партнера.

Таблица 2. Классификация ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита

Классификация ВИЧ-ассоциированного иммунодефицита	Уровни лимфоцитов CD4 у пациентов разного возраста			
	≤ 11 месяцев (%)	12—35 месяцев (%)	36—59 месяцев (%)	≥ 5 лет (в кл/мкл)*
Незначительный	>35	>30	>25	>500
Умеренный	30—35	25—30	20—25	350—499
Выраженный	25—29	20—24	15—19	200—349
Тяжелый	<25	<20	<15	<200 или <15%

* Включая подростков и взрослых

- высокая вирусная нагрузка у ВИЧ-инфицированного партнера;
- развернутая клиническая стадия у ВИЧ-инфицированного партнера.

Факторы риска:

- наличие заболеваний, передаваемых половым путем;

- контакт с биоматериалом ВИЧ-инфицированного при наличии повреждений кожных покровов и слизистых;
- незащищённые половые контакты;
- использование нестерильного медицинского и немедицинского инструментария при инвазивных вмешательствах;
- гемотрансфузии, трансплантация органов, тканей, клеток;
- перинатальный контакт ребёнка с ВИЧ-инфицированной матерью на протяжении периода гестации, родов и грудного вскармливания.

Физикальные обследования:

- потеря веса - потеря веса (<10%), сильная потеря веса (>10%), кахексия;
- температура тела (лихорадка более месяца);
- частота дыхания (одышка в покое);
- увеличение лимфатических узлов;
- дерматиты, везикулезные, папулезные высыпания;
- ретинит;
- стоматит, язвенно-некротические поражения, разрастание слизистой полости рта, преимущественно боковой поверхности языка;
- кашель, одышка, хрипы;
- кардиомиопатия;
- нефропатия;
- диарея, увеличение печени и селезенки, дисфагия;
- признаки следующих заболеваний: инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (остроконечные кондиломы половых органов и заднего прохода, рак шейки матки);
- нарушение когнитивных функций (Приложение 1), парезы, симптомы нейропатии, нарушение сознания, менингеальные синдром.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: лейкопения, лимфоцитоз, повышенное СОЭ, анемия, тромбоцитопения;

Общий анализ мочи: протеинурия, цилиндрурия;

Биохимический анализ крови:

- повышение уровня креатинина и мочевины в крови, гипонатриемия, гипокалиемия (при развитии ОПН);
- повышение уровня глюкозы натощак;
- повышение холестерина (ЛПВП, ЛПНП);

- повышение триглицеридов;
- повышение липазы;
- повышение активности трансаминаз;
- повышение щелочной фосфатазы;
- повышение лактатдегидрогеназы;
- повышение АЛТ, АСТ.

Серологический анализ крови:

- иммуноферментный/иммунохемилюминисцентный/иммунохроматографический анализ на ВИЧ (ИФА/ИХЛА/ИХА);
- иммуноблоттинг или хроматографический тест с профилем белков для подтверждения диагноза ВИЧ;
- определение числа лимфоцитов CD4 (абсолютное и процентное содержание);
- тестирование на носительство аллеля HLA-B*5701 перед назначением схем АРТ, содержащих Абакавир;
- иммуноферментный/иммунохемилюминисцентный/иммунохроматографический анализ на гепатит С (antiHCV) и гепатит В (HBsAg, анти HBsAg, анти HBcorAg.);
- тест на сифилис.

Полимеразная цепная реакция:

- количественное определение РНК ВИЧ в плазме крови (определение вирусной нагрузки);
- определение лекарственной устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам методом генотипирования при неэффективности АРТ;
- качественное определение РНК ВГС методом ПЦР при положительном ИФА/ИХЛА/ИХА на anti-HCV;
- качественное определение ДНК ВГВ методом ПЦР при положительном ИФА/ИХЛА/ИХА на HBsAg.

Тестирование на ВИЧ быстрыми методами диагностики (экспресс-тестирование):

- экспресс-тестирование на ВИЧ, с последующим обследованием в ИФА/ИХЛА беременных, поступивших на роды без результатов двукратного обследования на ВИЧ-инфекцию, или обследованные однократно более 3-х недель до поступления в перинатальные центры (родильные отделения). Поступившие на роды, относящиеся к ключевым группам, или половой партнёр которых является ВИЧ-инфицированным, либо потребителем инъекционных наркотиков,

обследованные более 3-х недель до поступления в перинатальный центр (родильные отделения);

- пострадавшие в аварийных ситуациях при контакте с инфицированными биологическими жидкостями;
- ключевые группы населения (люди, употребляющие инъекционные наркотики, работники секса, мужчины, практикующие секс с мужчинами) обследуются анонимно в организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики и лечения ВИЧ и в неправительственных организациях.

Медицинские организации, оказывающие родовспомогательную помощь беременным и медицинские организации, в которых существует профессиональный риск заражения ВИЧ, своевременно планируют и закупают антиретровирусные препараты и экспресс-тесты (ЭТ) для проведения химиопрофилактики ВИЧ беременным в родах и постконтактной профилактики медицинским работникам с круглосуточной доступностью.

Медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, своевременно планируют и закупают антиретровирусные препараты и экспресс-тесты (ЭТ) для проведения до и постконтактной профилактики с круглосуточной доступностью для населения и ключевых групп.

Таблица 3: Уровень доказательности лабораторных методов исследования

Метод	Показания	УД*
Гематологический	Пациенты с клиническими критериями ВИЧ-инфекции для определения степени тяжести.	С
Биохимический	Пациенты с клиническими критериями ВИЧ-инфекции для определения степени тяжести.	С
Серологический (ИФА/ИХЛА/ИХА ИБ)	Пациенты с клиническими критериями ВИЧ-инфекции для определения нозологии.	В
Молекулярно-генетический (ПЦР)	Пациенты с клиническими критериями ВИЧ-инфекции для определения нозологии и мониторинга АРТ.	В

Примечание - *уровень доказательности

Таблица 4. Уровень доказательности инструментальных методов исследования:

Метод	Показания	УД*
-------	-----------	-----

Флюорография органов грудной клетки	Все пациенты при постановке на диспансерный учёт и далее не реже одного раза в год.	С
УЗИ органов брюшной полости	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции для уточнения размеров увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов и оценки их структуры.	С
Эластография (эластометрия) печени	Пациенты с хроническим вирусным гепатитом (В или С) планирующие пройти противовирусную терапию (для оценки фиброза до лечения, во время и после); пациенты с циррозом печени	С
Рентгенография органов грудной клетки	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции с аускультативными изменениями в легких, при подозрении на пневмонию, туберкулез.	С
ФГДС	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции с изменениями слизистой в гортани, пищеводе, органах брюшной полости.	В
МРТ/КТ головного мозга	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции, изменения в ЦНС.	В
Колоноскопия	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции с изменениями в слизистой толстого кишечника.	В
ЭКГ	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции, с аускультативными изменениями в сердце для уточнения нарушения функции проведения и трофики ткани сердца.	С
Первоначальное исследование на Xpert MTB/RIF	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции, туберкулеза для диагностики туберкулеза.	В
Скрининг на рак шейки матки.	Пациенты с клиническими симптомами ВИЧ-инфекции, для диагностики онкологических заболеваний.	С

Примечание - *уровень доказательности

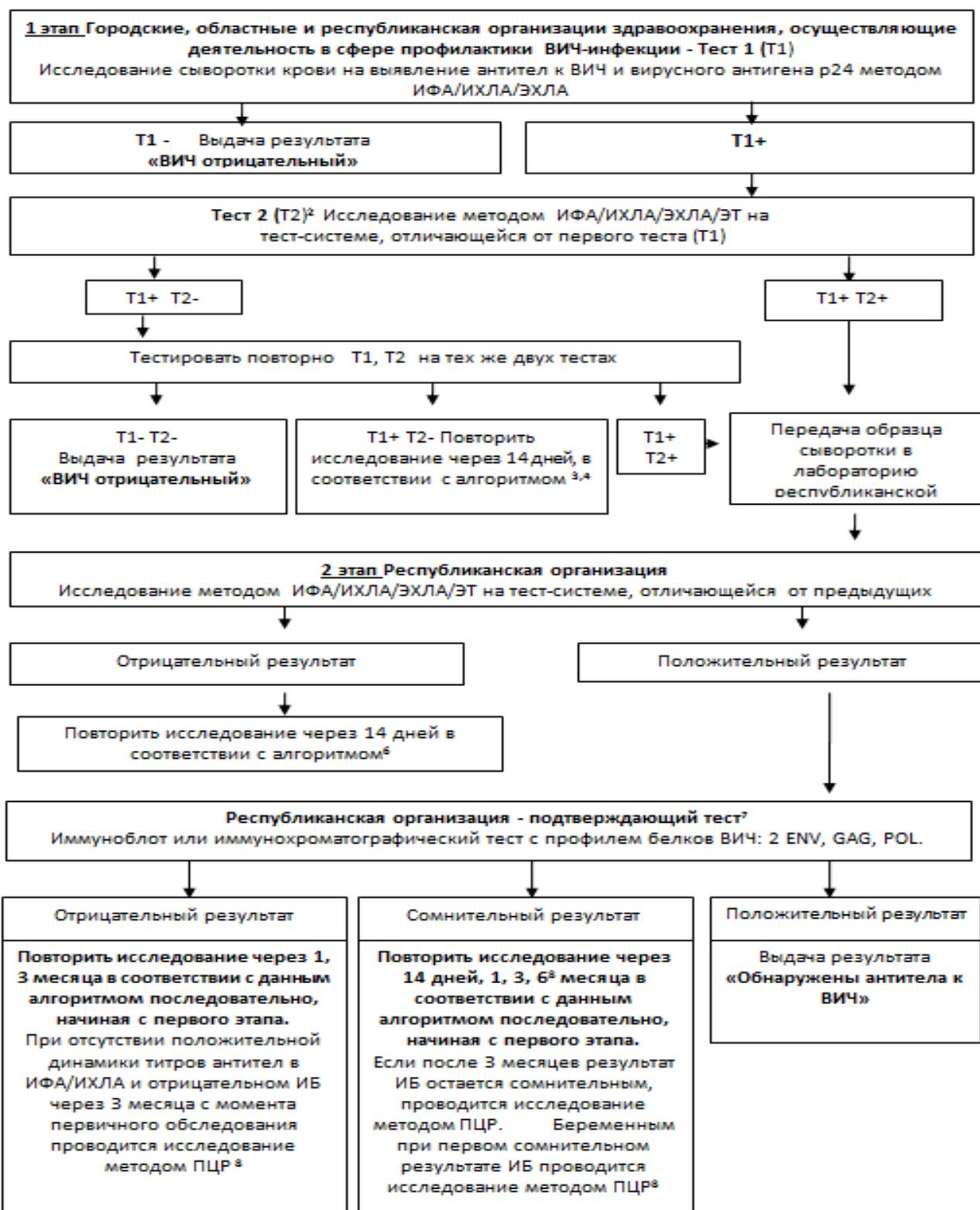
Показания для консультации специалистов:

- консультация фтизиатра – при постановке на учет, при признаках/подозрении на туберкулез, МАК-комплекс;

- консультация невропатолога – при признаках/подозрении на криптококковый менингит, ВИЧ-энцефалопатию, токсоплазмоз ЦНС, ПМЛ, лимфомы головного мозга, периферическую полинейропатию, побочных эффектах АРВП;
- консультация психиатра/нарколога – при признаках/подозрении психического расстройства, ВИЧ-энцефалопатии/деменции, депрессии, наркотической и алкогольной зависимости (ПАВ);
- консультация психотерапевта (психолога) – при психологических проблемах;
- консультация офтальмолога – при признаках/подозрении на ретинит;
- консультация кардиолога – при признаках/подозрении кардиомиопатии, сердечно-сосудистых заболеваний, побочных эффектах АРВП;
- консультация онколога – при признаках/подозрении на злокачественное новообразование;
- консультация гинеколога – женщинам при постановке на учёт, далее не реже одного раза в год, при признаках/подозрении на гинекологические заболевания, рак шейки матки;
- консультация терапевта – при наличии другой соматической патологии;
- консультация дерматовенеролога – при постановке на учет, далее не реже одного раза в год, при признаках/подозрении на кожновенерологические заболевания;
- консультация эндокринолога – при признаках/подозрении на эндокринологические заболевания.

Рекомендуемые обследования и кратность динамического наблюдения отражены в приложении 2 к Протоколу.

Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых.



¹ образец сыворотки на исследование ВИЧ транспортируется в лаборатории организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере

профилактики ВИЧ-инфекции при температуре +2° - +8°С и может быть использован для серологических исследований в течение 5 дней с момента взятия крови;

² допускается использование тест-систем третьего и четвертого поколений;

³ при получении повторного сомнительного результата на ВИЧ допускается проведение дополнительных исследований с применением молекулярно-биологических тестов;

⁴ республиканская организация информацию о сомнительном результате на ВИЧ образца сыворотки передает в территориальную организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции;

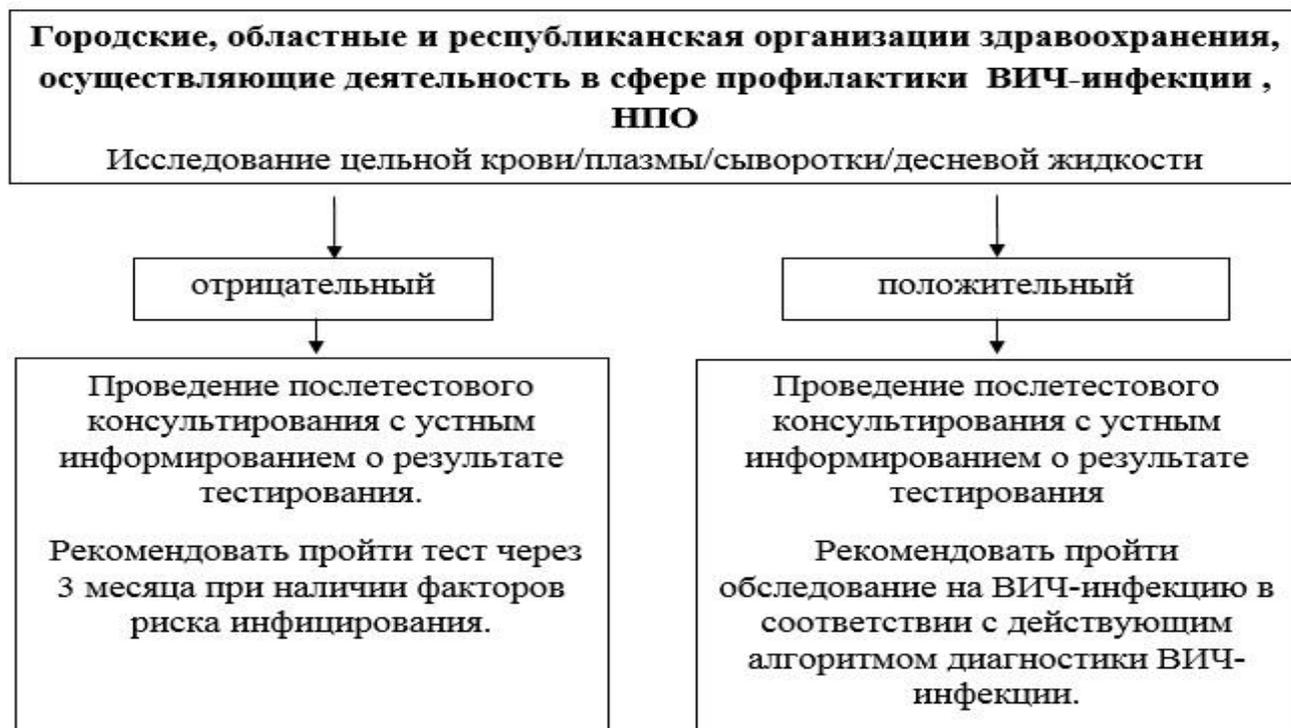
⁵ объем образца сыворотки, направляемой в республиканскую организацию, должен быть не менее 1 мл. Второй образец сыворотки запрашивается только при недостаточном объеме первой сыворотки. Образец должен быть отправлен в лабораторию республиканской организации не позднее трех рабочих дней с момента последней постановки с соблюдением правил транспортировки биообразцов;

⁶ при обследовании биоматериала из центров крови с положительным результатом ПЦР и отрицательным/сомнительным результатом ИФА/ИХЛА/ЭХЛА проводится дополнительное исследование с применением молекулярно-биологических тестов с целью идентификации острой ВИЧ-инфекции. Обследуемый донор находится на сероконтроле в территориальной организации здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, до подтверждения или исключения диагноза;

⁷ исключить проведение повторных исследований подтверждающего теста на бесплатной основе у лиц с установленным ранее диагнозом ВИЧ-инфекция;

⁸ совместно с врачами лечебно-профилактического и эпидемиологического отделов решать вопрос о неспецифической реакции на антитела к ВИЧ или постановки на сероконтроль.

**Алгоритм
тестирования на ВИЧ анонимно обратившихся лиц с использованием
экспресс тестов**



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Заболевание	Сходные симптомы	Отличительные симптомы	Лабораторные тесты
Инфекционный мононуклеоз	Лимфаденопатия, ангина, гепатолиенальный синдром, лихорадка	Длительность не более 1 мес., преобладает системное увеличение лимфоузлов.	Положительный тест Пауля-Буннеля. В крови атипичные мононуклеары более 10%.
Краснуха	Увеличение затылочных лимфоузлов, экзантема	Эпиданамнез, кратковременность симптомов, поражаются только затылочные лимфоузлы.	Антитела к вирусу краснухи в нарастающем титре.
Токсоплазмоз	Энцефалит, лимфаденопатия, гепатомегалия, желтуха, экзантема.	Эпиданамнез, хориоретинит, кальцификаты в головном мозге, висцеральные	Серология (ИФА IgM, IgG, авидность антител IgG), ПЦР, КТ/МРТ головного мозга

		поражения.	
Острый менингоэнцефалит (вирусной, бактериальной этиологии).	Менингеальный, энцефалический синдром, полиомиелитоподобный синдром	Эпиданамнез, более четко очерчена клиническая картина, при бактериальных неменингококковых менингитах — наличие очагов инфекции.	Микробиология, серология, вирусология, иммунофлюоресцентный метод диагностики
Аденовирусная инфекция	Лихорадка, назофарингит, лимфаденит	Эпиданамнез, острое течение, лимфаденит преимущественно регионарных лимфоузлов	Вирусология, серология с нарастанием титра АТ, иммунофлюоресцентное исследование, гемограмма.
Энтеровирусная инфекция	Лихорадка, экзантема, полиадения, гепатолиенальный синдром, энцефалит.	Герпангина, диарея, лимфаденит менее выражен.	Серология в нарастающем титре.
Сепсис	Лихорадка, интоксикация, полиорганность проявлений, экзантема, менингит, отит, синусит, пневмония.	Наличие первичного очага (кожа, легкие, кишечник и др.)	Выделение возбудителя из крови и др. материала, отрицательный ИФА на ВИЧ, гипогаммаглобулинемия, нормальное количество CD4.
Хронический вирусный гепатит	Снижение аппетита, увеличение печени, селезенки, полиадения, желтуха.	Связь с перенесенным вирусным гепатитом, симптоматика выражена умеренно, полиорганность не характерна.	Маркеры ВГ (А, В, С, Д) в сыворотке крови, ПЦР, снижение CD8, уровень CD4 нормальный.
Кишечная инфекция, сальмонеллез (генерализованная форма).	Диарея, потеря массы, лихорадка, интоксикация, наличие очагов в других органах (менингит, пневмония)	Генерализованные формы развиваются только у детей первых месяцев жизни Преморбидный фон отягощен, чаще внутрибольничная инфекция	Посевы кала, крови, серология (РПГА)
Глистная инвазия.	Снижение аппетита, вялость, снижение массы тела, диарея, полиадения	Эпидемиология, синдром мальабсорбции не характерен.	Обнаружение личинок гельминтов в кале, дуоденальном содержимом, мокроте, моче.
Туберкулез	Полиадения, интоксикация, поражение легких, ЦНС, лихорадка, потеря массы тела, слабость,	Эпиданамнез, наличие первичного комплекса в легких	Бактериология — выделение МБТ из мокроты, других биологических жидкостей, органов и тканей, Xpert MTB/RIF, рентгенологическое исследование легких (очаги,

	гепатолиенальный синдром.		каверны).
Эпидемический паротит и паротиты другой этиологии.	Увеличение околоушных слюнных желез	При эпидпаротите: возникает остро, проходит в течение 10 дней, могут вовлекаться другие слюнные железы, орхиты, панкреатиты. При опухоли, слюнокаменной болезни — процесс односторонний.	Серологические исследования с нарастанием титра антител (РНГА). Рентгенологическое методы исследования.

III. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [3 - 10]:

Курс лечения АРТ – пожизненный, на амбулаторном уровне, применяется схема с двумя и более препаратами, кратность приема АРВ препаратов зависит от формы выпуска. Предпочтение отдается комбинированным препаратам в фиксированных дозировках с однократным ежедневным приемом.

Перед началом АРТ проводится оценка готовности ВИЧ-инфицированных пациентов к началу и продолжению АРТ, согласно приложения 3 к Протоколу.

3.1 Немедикаментозное лечение:

Режим, диета: зависит от поражения отдельных систем и органов.

3.2 Медикаментозное лечение:

АРТ следует начинать у пациентов с ВИЧ-инфекцией независимо от клинической стадии заболевания, при любом количестве клеток CD4, не позднее 14 дней от момента постановки диагноза.

Этиотропная терапия:

НИОТ:

- абакавир (ABC) 300 мг таблетка; 300 мг 2 раза в сутки;
- зидовудин (ZDV или AZT) 100 мг капсула, 300 мг таблетка; 300 мг 2 раза в сутки;
- ламивудин (3ТС) 100 мг таблетка, 150 мг таблетка; 150 мг 2 раза в сутки;
- тенофовир (TDF) 300 мг таблетка; 300 мг 1 раз в сутки;
- *тенофовира алафенамид (TAF) 25 мг таблетка; 25 мг 1 раз в сутки.

ННИОТ:

- невирапин (NVP) 200 мг таблетка; 200 мг 2 раза в сутки;

- эфавиренз (EFV) 200 мг таблетка, 600 мг таблетка, 400 мг таблетка; 400-600 мг 1 раз в сутки;
- этравирин (ETV) 100 мг таблетка, 200 мг таблетка; 200 мг 2 раза в сутки;
- рилпивирин (RPV) 25 мг таблетка, 25 мг 1 раз в сутки.

III:

- лопинавир/ритонавир (LPV/r) 200/50 мг таблетка; 2 таблетки 2 раза в сутки;
- дарунавир (DRV) 400 мг таблетка, 600 мг таблетка, 800 мг таблетка; 600 мг 2 раза в сутки в комбинации с ритонавиром или кобицистатом в дозе 100 мг 2 раза в сутки, в дозе 800 мг 1 раз в сутки.
- *атазанавир (ATV) 300 мг с ритонавиром или кобицистатом в дозе 100, 150 мг 1 раз в сутки.

III:

- ралтегравир (RAL) 100 мг таблетка, 400 мг таблетка; 400 мг 2 раза в сутки;
- долутегравир (DTG) 50 мг таблетка; 50 мг 1 раз в сутки;
- *биктегравир (BIC) 50 мг таблетка, 50 мг 1 раз в сутки;
- *элвитегравир (EVG) 150 мг в комбинации с кобицистатом 150 мг, таблетка, 1 раз в сутки.

Комбинированные препараты в фиксированных дозировках:

- абакавир/ламивудин (ABC/3TC) таблетка 600/300 мг; 1 таблетка 1 раз в сутки;
- зидовудин /ламивудин /абакавир (AZT/3TC/ABC) таблетка 300/150/300 мг; 1 таблетка 2 раза в сутки;
- тенофовир/эмтрицитабин (TDF/FTC) таблетка 300/200 мг; 1 таблетка 1 раз в сутки;
- тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренз (TDF/FTC/EFV); таблетка 300/200/600 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки;
- зидовудин/ламивудин (AZT/3TC); таблетка 300/150 мг, 1 таблетка 2 раза в сутки;
- абакавир/ламивудин/долутегравир (ABC/ 3TC/ DTG) таблетка 600/300/50 мг; 1 таблетка 1 раз в сутки;
- дарунавир/кобицистат/тенофовира алафенамид/эмтрицитабин (DRV/c/TAF/FTC), таблетка 800/150/200/10 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки;
- тенофовир/эмтрицитабин/рилпивирин (TDF/FTC/RPV); таблетка 300/200/25 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки;
- тенофовира алафенамид/эмтрицитабин/рилпивирин (TAF/FTC/RPV); таблетка 25/200/25 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки;
- *тенофовир/ламивудин/долутегравир (TDF/3TC/DTG); таблетка 300/150/50 мг, 1 раз в сутки;

- *тенофовира алафенамид/эмтрицитабин/биктегравир (TAF/FTC/BIC) 25/200/50 мг, 1 раз в сутки;
- *тенофовира алафенамид/эмтрицитабин/элвитегравира/кобицистат (TAF/FTC/EVG/c) 10/200/150/150 мг, 1 раз в сутки;
- *тенофовир/эмтрицитабин/элвитегравира/кобицистат (TDF/FTC/EVG/c) 300/200/150/150 мг, 1 раз в сутки;
- *долутегравир/рилпивирин, 50/25 мг, таблетка, 1 раз в сутки;
- *долутегравир/ламивудин, 300/50 мг, таблетка, 1 раз в сутки.

**после регистрации на территории РК.*

Таблица 5. Основные схемы антиретровирусной терапии первого ряда.

	Комбинация НИОТ		Третий препарат
	Первый препарат	Второй препарат	
Предпочтительная схема	3ТС (или FTC)	TDF (или TAF)	DTG ^a
	3ТС (или FTC)	TDF (или TAF)	BIC ^b
	3ТС	DTG ^a	
Альтернативные схемы	3ТС (или FTC)	TDF	EFV ^c (400, 600 мг)
	3ТС	ABC ^e	EFV ^c (400, 600 мг)
	3ТС	ABC ^e	DTG ^a
	3ТС (или FTC)	ABC ^e (или TDF)	^d RAL
	3ТС (или FTC)	TDF (или TAF)	ⁱ EVG/c
	3ТС (или FTC)	TDF (или TAF или ABC ^e)	DRV/c или DRV/r
Особые обстоятельства	^d RAL	DRV/r или DRV/c	

^aDTG могут использовать женщины и девочки-подростки с детородным потенциалом при условии информированности о преимуществах и рисках приёма этого препарата.

ЗТС+DTG применяется при отрицательном результате на HBsAg, ВН ВИЧ <500 000 копий/мл, CD4> 200 кл/мкл.

ABC+ЗТС применяется при отрицательном результате на HLA-B*5701 и отрицательном результате на HbsAg.^e ABC назначают лицам только после предварительного теста на наличие HLAB*5701.

^bВІС не следует использовать вместе с рифампицином и зверобоем.

^cEFV не назначают лицам с тяжелым психическим заболеванием в анамнезе, принимается перед сном или за 2 часа до ужина. Возможно применение RPV вместо EFV. Комбинация TDF/FTC/RPV (TDF+FTC+RPV) применяется у пациентов с уровнем РНК ВИЧ $\leq 100\ 000$ копий/мл, CD4> 200 кл/мкл, не на ингибиторах протонной помпы, с едой.

^d RAL+DRV/c применяется при отрицательном результате на HBsAg, ВН ВИЧ <100 000 копий/мл CD4> 200 кл/мкл, с едой. RAL можно принимать как 400 мг 2 р/сут или 1200 мг (две таблетки по 600 мг) 1 р/сут. RAL 1 р/сут не следует применять в присутствии индуктора (например, противотуберкулезных препаратов, противосудорожных средств) или двухвалентных катионов (например, кальция, магния, железа); в таких случаях следует применять RAL 2 р/сут.

Применение ⁱ TDF/FTC/EVG/c только если рСКФ ≥ 70 мл/мин. Не рекомендуется назначать TDF/FTC/EVG/c пациентам с рСКФ <90 мл/мин, если это не является предпочтительной схемой.

Меры предосторожности и требования к питанию для пациентов, впервые начинающих АРТ отражены в приложении 4 к Протоколу.

Отдельные группы пациентов:

- беременные женщины;
- пациенты с низким (≤ 50 клеток/мкл) уровнем CD4-лимфоцитов;
- пациенты с нейрокогнитивными расстройствами, поражением ЦНС;
- пациенты, страдающие хроническими заболеваниями почек;
- пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями или с высоким риском их развития;
- пациенты, страдающие хроническими гепатитами и/или имеющие повышенный уровень aminotransferases;

- пациенты, получающие противотуберкулезные препараты;
- пациенты, получающие метадон;
- при аварийных ситуациях.

1. Беременные женщины:

Предпочтительные схемы АРТ:

- TDF+3TC (или FTC) + DTG (*начать после 8 недель беременности*)
- ABC+3TC+DTG (*начать после 8 недель беременности, отрицательный HLA-B*5701, отрицательный HBsAg*)
- TDF+3TC (или FTC) + RAL 400 мг 2 раза в сутки
- TDF+3TC (или FTC) + DRV/r 600/100 мг 2 раза в сутки, с едой.

Альтернативные схемы АРТ:

- TDF+3TC (или FTC) + EFV
- ABC+3TC+ RAL 400 мг 2 раза в сутки
- ABC+3TC+ EFV
- TDF+3TC (или FTC) + RPV (*CD4 > 200 кл/мкл, ВН ВИЧ <100 000 копий/мл, не на ингибиторах протонной помпы, с едой*)

Особые обстоятельства:

- ABC+3TC+ LPV/r (или DRV/r, или DRV/c)
- TDF+3TC (или FTC) + LPV/r (или DRV/r, или DRV/c)
- AZT(ZDV)+3TC+LPV/r (или DRV/r, или DRV/c)

Если женщина встала на учет по беременности в конце второго или третьего триместра, необходимо начать АРТ незамедлительно, и, в случае высокой ВН, рассмотреть возможность добавления в схему лечения ИИ (DTG, RAL) в качестве препарата предпочтительного выбора для быстрого снижения ВН и достижения неопределяемой ВН к моменту родов.

Женщинам, у которых можно определить ВН ВИЧ в третьем триместре беременности необходимо провести тест на резистентность и рассмотреть вопрос о смене схемы или о добавлении ИИ для быстрого снижения ВН.

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

В родах: DTG 50 мг или RAL 400 мг однократно и AZT(ZDV) 300 мг + 3TC 150 мг повторяя каждые 12 часов, продолжив приём препаратов в течение 7 дней после родов.

Из ИП/р предпочтительным препаратом является ATV/r.

Кесарево сечение только если ВН ВИЧ > 50 копий/мл на 34-36 неделе.

Грудное вскармливание не рекомендовано. В случае, если женщина настаивает на грудном вскармливании, рекомендовано усиленное наблюдение за клиническими и вирусологическими показателями как матери, так и младенца. Наблюдение беременных женщин следует проводить ежемесячно или раз в два месяца (в зависимости от предшествующей приверженности и продолжительности, предшествующей вирусологической супрессии) и как можно чаще к предполагаемой дате родов. ВН ВИЧ следует проверять каждые два месяца, включая 36-ю неделю беременности.

2. Больные с исходно низким (≤ 50 клеток/мкл) количеством CD4-лимфоцитов:

Рекомендуемые схемы АРТ:

- DTG или
- DRV/r, или
- DRV/c, или
- LPV/r в сочетании с ABC или
- TDF + 3TC или
- FTC.

Для лечения пациентов с низким уровнем CD4-лимфоцитов рекомендуется применять схемы, включающие бустированные ИП.

В качестве нуклеозидной основы рекомендуется применять комбинацию ABC + 3TC или TDF + 3TC в стандартных дозах (или комбинированный препарат TDF/FTC).

3. Пациенты с нейрокогнитивными расстройствами, поражением ЦНС:

Рекомендуемая схема АРТ:

- DTG или
 LPV/r, или
 DRV/r, или
 DRV/c в сочетании с AZT/3TC.

Таблица 6. Способность проникать в ЦНС различных антиретровирусных препаратов в соответствии со шкалой СРЕ*

Классы препаратов	4	3	2	1
НИОТ	AZT(ZDV)	ABC FTC	3TC	TDF
ННИОТ		EFV	ETV	
ИП		DRV/г или DRV/c LPV/r		
ИИ		RAL DTG		

*цифры указывают на оценку лучшего проникновения в ЦНС (4 – лучшая степень проникновения).

4. Пациенты, страдающие хроническими заболеваниями почек:

Рекомендуемая схема АРТ:

ABC + 3ТС + EFV.

В качестве альтернативы третьим препаратом можно назначить LPV/r из-за минимального влияния на функцию почек.

TDF не рекомендуется больным с почечной недостаточностью.

Пациентам, страдающим заболеваниями почек, находящимся на схемах с TDF, рекомендуется проводить ежемесячный расчёт скорости клубочковой фильтрации и клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта.

Для мужчин (норма 90 – 150 мл/мин) $СКФ = 1,23 \times \frac{140 - \text{возраст (годы)} \times \text{масса тела (кг)}}{72}$ креатинин крови (мкмоль/л)

Для женщин (норма 90 – 130 мл/мин) $СКФ = 1,05 \times \frac{140 - \text{возраст (годы)} \times \text{масса тела (кг)}}{72}$ креатинин крови (мкмоль/л)

5. Пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями или с высоким риском их развития:

Рекомендуемая схема АРТ:

TDF+3ТС (или FTC) + RPV (или DTG, или ETV).

Необходимо ежегодно проводить расчёт риска развития сердечно-сосудистых заболеваний по Фрамингемской шкале у мужчин старше 40 лет и женщин – старше 50 лет. Формула, специально разработанная для оценки рисков развития ССЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов: см. <http://www.chip.dk/Tools>

6. Пациенты, страдающие хроническими гепатитами и/или имеющие повышенный уровень аминотрансфераз:

Больным с сочетанной инфекцией ВИЧ-инфекция и хроническим гепатитом В, В+D рекомендуется:

- при нормальном уровне активности АЛТ/АСТ или при повышении его не более чем в 2,5 раза выше верхней границы нормы (ВГН) – EFV или RPV (при наличии противопоказаний к приему EFV и при уровне РНК ВИЧ <100000 копий/мл) в сочетании с TDF+3ТС или TDF/FTC;
- при уровне активности АЛТ или АСТ более чем в 2,5 раза выше ВГН –DTG, бустированные ИП (DRV/r или DRV/c или LPV/r) в сочетании с TDF+3ТС или TDF/FTC.

ВИЧ-инфекция и ХГС:

- при количестве CD4-лимфоцитов более 500 клеток/мкл рекомендуют начинать терапию ХГС, а затем присоединяют терапию ВИЧ-инфекции;
- при снижении числа CD4-лимфоцитов менее 500 клеток/мкл рекомендуют начать АРТ одновременно с терапией ХГС;
- при количестве CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл начинают лечение ВИЧ-инфекции, а затем присоединяют терапию ХГС;

Оптимальным сочетанием НИОТ является TDF + 3ТС или FTC в стандартных дозировках. При невозможности применять TDF назначают ABC.

Стандартная схема АРТ для больных ВИЧ+ХГС, получающих лечение ХГС противовирусными препаратами прямого действия (ПППД) софосбувиром и даклатасвиром:

- при нормальном уровне активности АЛТ/АСТ или повышении его не более чем в 2,5 раза выше высшей границы нормы –RPV (при наличии в схеме АРТ EFV требуется коррекция дозы даклатасвира до 90 мг/сутки) или DTG (при уровне РНК ВИЧ >100000 копий/мл) в сочетании с ABC или TDF + 3ТС или TDF/FTC;
- при уровне активности АЛТ/АСТ более, чем в 2,5 раза выше ВГН – DTG или бустированный ИП (DRV/c) в сочетании с ABC или TDF + 3ТС или TDF/FTC.

Если в составе схемы лечения присутствует рибавирин, нежелательно сочетание с AZT(ZDV).

У больных при сочетании ВИЧ-инфекции и ХГС, не получающих лечения ХГС, в состав схемы АРТ может быть включено сочетание AZT(ZDV)+3ТС.

Длительность лечения ПППД зависит от генотипа ВГС и степени фиброза.

7. Пациенты, получающие противотуберкулезные препараты:

АРТ подлежат все ЛЖВ с диагностированным туберкулезом нуждаются в лечении ТБ и ВИЧ-инфекции, независимо от числа лимфоцитов CD4.

Первым начинают противотуберкулезное лечение, а затем как можно быстрее (в первые 8 недель лечения) назначают АРТ.

Больным ВИЧ/ТБ, имеющим выраженный иммунодефицит (число лимфоцитов CD4 менее 50 клеток/мкл), необходимо начать АРТ немедленно – в течение первых 2 недель после начала лечения ТБ.

При наличии туберкулезного менингита начало АРТ следует отложить до завершения фазы интенсивной терапии ТБ.

В начале АРТ у больных, получающих противотуберкулезное лечение, предпочтительным ННИОТ является EFV, который назначают вместе с двумя НИОТ.

В схемы АРТ первого ряда у больных ТБ включают ЗТС или FTC и TDF в сочетании с EFV. При отсутствии EFV рекомендована схема лечения - ЗТС (или FTC) + AZT(ZDV) + ABC (или TDF).

Таблица 7. Рекомендованные схемы АРТ первого ряда у больных ТБ

Схема лечения	Комментарии
Рекомендованные схемы АРТ у ЛЖВ с туберкулезом, получающих рифампицин	
ЗТС (FTC) + TDF + EFV	Два НИОТ + EFV являются предпочтительной схемой стандартной АРТ первой линии у людей, получающих противотуберкулезное лечение с использованием рифампицина
ЗТС + AZT(ZDV) + ABC ЗТС (FTC) + AZT(ZDV) + TDF	Три НИОТ являются альтернативной схемой стандартной АРТ первой линии у людей, получающих противотуберкулезное лечение с использованием рифампицина, которые не могут принимать EFV. Эта схема менее эффективна по сравнению с предпочтительной схемой АРТ первой линии
ЗТС (FTC) + TDF + DTG ЗТС (FTC) + ABC + DTG	С рифампицином рекомендуется назначать DTG в дозе 50 мг 2 раза в сутки.

При лечении МЛУ ТБ бекдаквилином следует избегать назначения эфавиренза, этравирена и ингибиторов интегразы в схемах АРТ. Деламаид более предпочтителен при применении с АРТ. Взаимодействие препаратов при лечении ВИЧ и ЛУ-ТБ- согласно Клиническому Протоколу диагностики и лечения сочетанной ВИЧ\ТБ инфекции.

8. Пациенты, получающие опиоидную заместительную терапию:

если метадон применяется вместе с ННИОТ или ИП, то его концентрация в плазме крови снижается, что требует коррекции метадона:

- EFV – может потребоваться увеличение дозы метадона до 50%
- LPV/r – может потребоваться увеличение дозы метадона до 50%
- DRV/r – может потребоваться увеличение дозы метадона до 15-25%
- ATV - может потребоваться увеличение дозы метадона до 10%

Концентрация бупренорфина (B) и активного метаболита норбупренорфина (N) в плазме крови снижается, если он применяется вместе с ННИОТ и возрастает при его совместном применении с некоторыми ИП или ИИ.

- EFV может потребоваться увеличение дозы В до 50%, N до 70%
- ETV может потребоваться увеличение дозы В до 25%
- ATV может потребоваться снижение дозы В до 50%, N до 100%
- DRV может потребоваться снижение дозы N до 50%
- EVG может потребоваться снижение дозы В и N от 35 до 42%
- DTG, RAL, RPV, LPV/r не влияют на метаболизм В и N.

9. Постконтактная профилактика:

Рекомендуется в следующих случаях:

Подкожное или внутримышечное проникновение иглой для внутривенных или внутримышечных инъекций, либо с помощью внутрисосудистого устройства. При этом статус пациента – источника – ВИЧ-инфицированный, или же человек, текущий серостатус которого неизвестен, но есть факторы риска инфицирования ВИЧ.

Повреждение кожного покрова острым инструментом (ланцетом и т.п.), иглой для внутримышечных или для подкожных инъекций, либо хирургической иглой. Контакт > 15 мин с участием слизистых оболочек или поврежденной кожи. Статус пациента – источника – ВИЧ-инфицированный.

Анальный или вагинальный секс. Статус пациента, источника – ВИЧ-инфицированный с положительным результатом на вирусологию или же серостатус неизвестен, но есть факторы риска инфицирования ВИЧ. Если ВИЧ-инфицированный пациент-источник принимает АРТ, необходимо начать ПКП, повторить анализ на ВН ВИЧ и, если она неопределяемая, прием ПКП можно прекратить.

Рецептивный оральный секс с эякуляцией и не на ДКП или низкая приверженность к ДКП. Статус источника партнера, ВИЧ-инфицированный с положительным результатом на вирусологию.

Совместное использование расходных материалов при употреблении инъекционных наркотиков. Статус источника партнера - ВИЧ-инфицированный.

В медицинских организациях назначается ответственное лицо, осуществляющее координацию мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования ВИЧ, в т.ч. назначение антиретровирусных препаратов для постконтактной профилактики медицинским работникам совместно со специалистами организации здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

Организации здравоохранения, осуществляющие деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, оказывают консультативную помощь медицинским организациям, населению, ключевым группам по вопросам ПКП.

При возникновении аварийной ситуации медицинские работники незамедлительно сообщают о данном случае руководителю с регистрацией в журнале (форма №135/у) и передачей отчета по установленной форме в организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

Прием АРВП при аварийной ситуации необходимо начать в течение менее чем 4-х часов после контакта, но не позднее, чем через 48/72-х часов после контакта с биологическим материалом. Решение о начале ПКП принимается с учетом риска заражения и ВИЧ-статуса участников аварийной ситуации. Для оперативного установления ВИЧ-статуса пострадавшего в аварийной ситуации и лица, от которого могло произойти заражение, а также своевременного начала ПКП, в МО должен быть запас экспресс-тестов и АРВП с круглосуточной доступностью. Продолжительность приема антиретровирусных препаратов – 4 недели, если нет показаний к его прекращению. Лицам, подвергшихся риску заражения ВИЧ, на период наблюдения (3 месяца) рекомендуется избегать незащищенных половых контактов, не становиться донором крови, ее компонентов и препаратов органов и тканей; прекратить кормление грудью ребенка.

Предпочтительные схемы АРТ:

TDF (или TAF) + 3ТС (или FTC) + DTG

Альтернативные схемы АРТ:

TDF (или TAF) + 3ТС (или FTC) + DRV/c или BIC или RAL

Медицинские учреждения своевременно планируют и закупают антиретровирусные препараты для проведения профилактического лечения пострадавших лиц в аварийной ситуации, исходя из вероятных потребностей.

В случае полового контакта необходимо провести полный скрининг заболеваний, передающихся половым путем. Провести консультацию по экстренной контрацепции.

Наблюдение:

- серологическое обследование на ВИЧ, ВГС, ВГВ, тест на беременность (женщины) в течение 48 часов после контакта, в дальнейшем через 1 и 3 месяца.
- оценка переносимости схемы ПКП.
- анализ на трансаминазы, ПЦР ВГС, серологический анализ на ВГС через месяц, если источник был ВГС позитивным.
- провести тест на ВИЧ по завершению ПКП и через 1 месяц.

10. Доконтактная профилактика:

ДКП должна применяться у взрослых с высоким риском инфицирования ВИЧ, если презерватив используется не при каждом половом акте. Перед тем, как

начинать ДКП, необходимо подтвердить серологический статус на ВГВ. Если результат анализа на HBs Ag положительный, то пациента необходимо перенаправить в ПМСП для дальнейшей диагностики ВГВ. Проводить анализы на ИППП (включая ВГС) в начале ДКП и регулярно во время использования ДКП. При положительном результате ИППП, пациент направляется в ПМСП для дальнейшей диагностики и лечения.

Рекомендовано для мужчин без ВИЧ-инфекции, практикующих секс с мужчинами (МСМ), а также для трансгендеров, использующих презерватив не при каждом половом акте со случайными партнерами или с ВИЧ-инфицированными партнерами, которые не принимают терапию. Недавняя ИППП, использование пост-контактной профилактики или "химсекс" могут являться маркерами повышенного риска инфицирования ВИЧ.

Может быть предложена ВИЧ-отрицательным гетеросексуальным мужчинам и женщинам, которые непоследовательны в использовании презервативов и имеют нескольких половых партнеров, среди которых с высокой вероятностью есть люди с ВИЧ-инфекцией, не принимающие терапию.

Кратность тестирования на ВИЧ – каждые 3 месяца на фоне ДКП. ДКП может быть прекращена, если пациент перестает относиться к группе повышенного риска заражения, в случае ранних клинических признаков сероконверсии или положительного результата диагностического теста на ВИЧ.

Перед началом ДКП необходимо проверить почечную функцию и плотность костного минерала во время приема ДКП 1 раз в 6 месяцев.

Предпочтительные схемы ДКП:

TDF+3ТС (или FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки (*следует принимать за 7 дней до первого контакта и прекращать через 7 дней после последнего контакта*)

или

TDF+3ТС (или FTC) 2 таблетки за 2-24 часа до каждого полового контакта, затем две единичные дозировки препарата, через 24 и 48 часов после первого приема препарата. Суммарное количество препарата за неделю не должно превышать 7 таблеток.

Изменение схемы АРТ при развитии непереносимости АРВ-препаратов

В таблице 8 представлены варианты замены антиретровирусных препаратов при развитии нежелательных эффектов.

Стратегия смены схем для пациентов с вирусологической супрессией представлены в приложении 5 к Протоколу.

Побочные эффекты АРВП представлены в приложении 6 к Протоколу.

Назначение АРВ препаратов пациентам с затрудненным глотанием представлены в приложении 7 к Протоколу.

Модификация дозировок АРВП при нарушении функции печени представлены в приложении 8 к Протоколу.

Таблица 8. Смена АРВ-препаратов при развитии лекарственной непереносимости

Исходный препарат	Токсическая реакция	Альтернативный препарат (в порядке приоритетности)
AZT(ZDV)	Анемия, нейтропения, астения, бессонница, головная боль, тошнота	ABC, TDF
TDF	Нефропатия, нарушение минерализации костей	ABC, AZT(ZDV), DTG
ABC	Реакция гиперчувствительности	TDF, AZT(ZDV)
LPV/r	Диарея	DRV/r, DRV/c, ННИОТ или DTG, RAL
	Нарушения липидного и углеводного обмена	
NVP	Сыпь, многоформная эритема, лихорадка	LPV/r, ETV, DRV/r, DRV/c или DTG, RAL
	Гепатотоксичность	DRV/r, DRV/c, ETV, LPV/r, или DTG, RAL
EFV	Гепатотоксичность	DRV/r, DRV/c, LPV/r, ETV или DTG, RAL
	Сыпь, многоформная эритема, лихорадка	LPV/r, ETV, DRV/r, DRV/c или DTG, RAL
	Психические расстройства	ETV, LPV/r, DRV/r, DRV/c или DTG, RAL

Изменение схемы АРТ при развитии лекарственной резистентности к АРВП:

Неудача лечения определяется как постоянно выявляемая вирусная нагрузка более 50 копий/мл по результатам двух последовательных измерений вирусной нагрузки, проведенных с интервалом в 2-4 недели, но не ранее, чем через шесть месяцев после начала использования антиретровирусных препаратов. В случае неудачи лечения необходимо провести исследование на лекарственную устойчивость ВИЧ к АРВП при уровне приверженности $\geq 95\%$ и уровне вирусной нагрузки более 500 копий/мл. Замена схемы терапии проводится с

учётом полученных результатов исследования по определению лекарственной устойчивости ВИЧ.

Таблица 9. Схемы антиретровирусной терапии второго ряда.

Неудача первой линии терапии	Предпочтительные схемы второго ряда	Альтернативные схемы второго ряда
ЗТС (или FTC) + TDF + DTG	ЗТС + AZT+DRV/c	ЗТС + AZT + ATV/r (или LPV/r)
ЗТС (или FTC) + TDF + EFV	ЗТС + AZT + DTG	ЗТС + AZT + ATV/r (или LPV/r или DRV/c)
ЗТС + AZT(ZDV) + EFV	ЗТС (или FTC) + TDF + DTG	ЗТС (или FTC) + TDF+ ATV/r (или LPV/r или DRV/c)

Схемы антиретровирусной терапии третьего ряда.

- DRV/r или DRV/c + DTG (или RAL) ± 1-2 НИОТ
- DRV/r или DRV/c + 2НИОТ ± ННИОТ
- DTG+RPV

Оптимизация схемы с использованием генотипического профиля.

Стратегия смены схем для пациентов с вирусологической неудачей представлены в приложении 9 к Протоколу.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- сульфаметоксазол и триметоприм 480 мг, таблетка;
- изониазид 300 мг, таблетка;
- азитромицин 500 мг, таблетка;
- флуконазол 150 мг, капсула.

Таблица 10: Сравнение антиретровирусных препаратов:

Класс	МНН	Преимущества	Недостатки	УД*
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	Абакавир	Нуклеозидный аналог, ингибирующий обратную транскриптазу ВИЧ и селективно подавляющий репликацию ВИЧ-1 и ВИЧ-2, включая штаммы ВИЧ-1, устойчивые к зидовудину, ламивудину, невирапину. Устойчивость ВИЧ к абакавиру <i>invitro</i> и <i>invivo</i>	Реакция гиперчувствительности к абакавиру; печеночная недостаточность легкой, средней и тяжелой степени (классы А, В и С по шкале Чайлд-Пью), в связи с отсутствием клинических данных и рекомендованного	А

		формируется медленно. Перекрестная устойчивость к абакавиру и ИП ВИЧ или ННИОТ маловероятна.	режима дозирования; безопасность применения абакавира у женщин во время беременности до настоящего времени не установлена.	
	Зидовудин	Активен в отношении вируса гепатита В и вируса Эпштейна-Барр <i>in vitro</i> . Обнаружено, что низкие концентрации зидовудина <i>in vitro</i> ингибируют также многие штаммы <i>Enterobacteriaceae</i> , включая штаммы разных видов <i>Shigella</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterobacter</i> и <i>Citrobacter</i> , а также <i>Escherichiacoli</i> (при этом у бактерий быстро развивается устойчивость к зидовудину). Активность <i>in vitro</i> в отношении <i>Pseudomonas aeruginosa</i> не установлена. В очень высоких концентрациях (1.9 мкг/мл) подавляет <i>Giardia lamblia</i> , хотя в отношении др. простейших активность отсутствует.	Постоянный лабораторный контроль формулы крови и гемоглобина в связи возможностью развития тяжелых форм анемии.	А
	Ламивудин	Активен в отношении штаммов ВИЧ, устойчивых к зидовудину. Ламивудин оказывает аддитивное или синергическое действие по отношению к другим антиретровирусным препаратам, прежде всего к зидовудину, угнетая репликацию ВИЧ в культуре клеток. Комбинированная терапия ламивудином и зидовудином у пациентов, ранее не получавших антиретровирусную терапию, задерживает появление резистентных к зидовудину штаммов ВИЧ. Лечение вирусного гепатита В.	Высокая частота случаев отсутствия вирусологического ответа и возникновения резистентности на ранней стадии при совместном назначении ламивудина с тенофовира дизопроксила фумаратом и абакавиром, также как и с тенофовира дизопроксила фумаратом в режиме дозирования 1 раз в сутки.	А
	Тенофовир	Эффективен при нескольких разновидностях ВИЧ, которые имеют резистентность к AZT(ZDV). Лечение вирусного гепатита В. Профилактическое средство в отношении ВИЧ-инфекции. Применяется при	Почечная недостаточность; тщательный контроль функции почек; остеопороз при длительном применении.	А

		беременности. Однократный прием в день.		
	Тенофовира алафенамид	Эффективен при нескольких разновидностях ВИЧ в составе комбинированной терапии. Лечение вирусного гепатита В.	Увеличение в крови уровня молочной кислоты	А
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	Невирапин	Быстро проникает через плацентарный барьер. Благоприятное действие на липидный профиль. Высокоэффективен как у пациентов с развившейся резистентностью к ингибиторам протеазы, так и у пациентов с непереносимостью данной группы препаратов.	При монотерапии невирапином быстро возникают устойчивые штаммы вируса. Возможны тяжелые и угрожающие жизни кожные реакции (в т.ч. синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз). Повышенный риск нежелательных явлений.	А
	Эфавиренз	Нежелательные явления вдвое ниже, чем при применении невирапина. Предпочтительный НИОТ для ВИЧ и ТБ. Пригоден для использования у беременных женщин. Однократный прием в день.	Стойкое токсическое влияние на ЦНС, психические расстройства (депрессия, риск самоубийства, нарушения сна).	А
	Этравирин	Высокий генетический барьер к развитию устойчивости. Применение у больных с резистентностью к ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, с опытом применения АРТ. Быстрое и значительное снижение вирусной нагрузки как у ВИЧ-1-инфицированных, впервые начинавших лечение, так и ранее леченых пациентов с устойчивостью к НИОТ. Улучшенный профиль безопасности (влияние на психические функции, сыпь, влияние на печень и липидный профиль).	Тяжелые кожные реакции, реакция гиперчувствительности.	А
	Рилпивирин	Механизм действия препарата заключается в неконкурентном угнетении фермента вируса ВИЧ-1 — обратной транскриптазы. Рилпивирин активен исключительно к вирусу иммунодефицита человека I типа. Во время клинических	Возможны высыпания на коже, тошнота, рвота, снижение аппетита, боль в животе, головная боль, нарушение сна, сонливость, необычные сновидения, головокружение, снижение настроения,	А

		<p>исследований рилпивиринана установлена меньшая частота побочных эффектов и одинаковая эффективность против вируса ВИЧ-1 в сравнении с другим нуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы — эфавирензом.</p>	<p>липидистрофия. Имеет недостаточный профиль вирусологической активности, что затрудняет его использование при высокой вирусной нагрузке. Противопоказан при повышенной чувствительности к препарату, при непереносимости лактозы, при тяжелой печеночной недостаточности. Препарат не применяется лицам в возрасте до 18 лет. Не применяется при беременности и кормлении грудью. Препарат не применяется совместно с рифампицином, противосудорожными препаратами, глюкокортикоидными гормонами системного действия, ингибиторами протонного насоса,</p>	
Ингибиторы протеазы	Лопинавир/ритонавир	<p>Эффективно подавляет размножение вируса, к нему реже, чем к другим ингибиторам протеазы, развивается устойчивость, хорошая переносимость. Женщины, получавшие терапию на базе усиленного лопинавира, имели более высокие темпы восстановления иммунного статуса к моменту родоразрешения.</p>	<p>Диарея, метеоризм, дислипидемия. Большое количество таблеток для приема суточной дозы (4).</p>	А
	Дарунавир	<p>Улучшенный профиль безопасности и переносимости, высокий генетический барьер, в том числе к перекрестной резистентности. Может применяться длительное время, сохраняя высокую эффективность даже при плохой приверженности к терапии. Одобрено для применения у беременных женщин. Является оптимальным препаратом выбора при лечении пациентов с ко-инфекцией</p>	<p>Сыпь, нефролитиаз, дислипидемия.</p>	А

	Атазанавир	Для препарата характерна низкая частота развития резистентности (около 2%), особый профиль резистентности (мутация I50L) и отсутствие в большинстве случаев перекрестной резистентности с другими ИП. Отличительными фармакокинетическими особенностями являются высокая биодоступность и возможность однократного приема в сутки	Вызывает очень высокий уровень билирубина у более 30% пациентов, изменение ритма сердца	А
Ингибиторы интегразы	Ралтегравир	Обладает мощной антиретровирусной активностью, более быстрое снижение вирусной нагрузки в сравнении с эфавирензом, на 24 и 48 неделях лечения, и демонстрирует более быстрое снижение РНК уровней ВИЧ-1 ниже порога обнаружения. После 24 и 48 недель лечения, ралтегравир не вызывал увеличения сывороточных уровней общего холестерина, липопротеинов низкой плотности или триглицеридов.	Тошнота, повышение КФК.	А
	Долутеграви р	Единственный ингибитор интегразы ВИЧ 2-го поколения, обладающий уникальным профилем резистентности. Удобство применения: 1 раз в сутки в дозировке 50 мг без связи с приемом жидкости, пищи и ее составом, что позволяет сохранять высокую приверженность лечению длительное время. Высокая эффективность у пациентов как с опытом, так и без опыта АРТ. Более быстрый вирусологический ответ к 8 неделе, в сравнении с остальными препаратами. Режимы с DTG статистически превосходят по эффективности режимы с RAL у пациентов с резистентностью, как минимум, к 2 классам АРВП. Хорошая	Нарушения со стороны нервной системы. Очень часто: головная боль, головокружение, необычные сновидения, бессонница. Нарушения со стороны ЖКТ: тошнота, диарея, рвота, метеоризм, боль в верхних отделах живота.	А

		переносимость с низкой частотой прерывания терапии. Низкий уровень межлекарственных взаимодействий.		
	Биктегривир	Исследования профиля резистентности препарата показали высокую активность как в отношении дикого типа ВИЧ, так и в отношении типов, устойчивых к препаратам из классов НИОТ, ННИОТ и ингибиторам протеазы ВИЧ. Новый препарат оказался устойчивее к мощным мутациям устойчивости к ИИ, превосходил долутегривир, и тем более ралтегривир и элвитегривир.	Повышенный риск ожирения	В

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение:

- диспансерное наблюдение пациентов осуществляется при письменном согласии пациента, прошедшего консультацию, осмотр, обследование. Если выявленный или прибывший ВИЧ-положительный пациент является иностранным гражданином, временно проживающим на территории РК, проводится консультация, осмотр, ставится предварительный диагноз, предлагается выезд по месту гражданства для получения полного спектра медицинских услуг;
- снятие с диспансерного учёта пациента осуществляется при: смерти пациента, выбытии в другую область или страну, письменного или коллегиально заверенного отказа от диспансерного наблюдения, неявке на диспансеризацию более 12 месяцев с момента последнего осмотра (при условии проведения мероприятий по привлечению пациента к диспансерному наблюдению, подтверждённых документально), иностранный гражданин, временно проживающий на территории РК (при условии выполнения всех мероприятий, перечисленных выше);
- снятие с диспансерного учета пациента, получающего АРТ, выбывшего в другую область РК, проводится при подтверждении прибытия данного пациента в территориальный центр СПИД по месту выбытия и взятии на Д учет;
- диспансерное наблюдение пациентов, получающих АРТ, осуществляется совместно ПМСП и территориальными организациями здравоохранения, осуществляющими деятельность в сфере профилактике ВИЧ-инфекции с

кратностью посещений не менее 1 раза в 3-6 месяцев. Стабильный пациент – это пациент, получающий АРТ 1 год и более, не имеющий побочных и токсических эффектов, требующих постоянного мониторинга состояния, не имеющий сопутствующих и оппортунистических заболеваний, беременности, не кормит грудью, хорошо осознает необходимость приверженности лечению на протяжении всей жизни, имеет доказательства успешности лечения (анализ на ВН при двух последовательных измерениях <50 копий/мл). Диспансерный осмотр стабильных пациентов проводится не реже 1 раза в 12 месяцев независимо от стадии ВИЧ-инфекции. Нестабильные пациенты осматриваются не реже 1 раза в 3 месяца;

- лабораторный мониторинг за пациентом на АРТ;
- для оценки результатов АРТ используются показатели ВН и число лимфоцитов CD4;
- вирусная нагрузка определяется при постановке пациента на диспансерный учёт, перед началом АРТ. В дальнейшем следует измерять ВН первый раз не позднее 3 месяцев от начала АРТ, затем каждые 3 месяца до достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки, при достижении неопределяемого уровня ВН - 1 раз в 6 месяцев;
- в случае отсутствия снижения ВН через 6 месяцев от начала лечения на $1 \log^{10}$ или последовательного двукратного повышения ВН после исходной супрессии, следует провести молекулярно-генетический тест на определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам;
- число лимфоцитов CD4 нужно измерять каждые 6 месяцев, при уровне $CD4 \leq 350$ кл\мкл, при необходимости чаще. Далее при достижении уровня $CD4 \geq 350$ кл\мкл, 1 раз в год;
- лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, БАК) необходимо проводить не менее одного раза в 6 месяцев;
- тестирование на носительство аллеля HLA-B*5701 перед назначением схем АРТ, содержащих Абакавир однократно.

Таблица 11. Сроки проведения лабораторных исследований при начале АРТ

	Сроки					
	Перед началом лечения	2 недели	4 недели	12 недель	24 недели	48 недель
Вирусная нагрузка	X			X	X	X
Число лимфоцитов CD4	X			X	X	X
Общий анализ	X		X	X	X	X

крови						
Биохимические показатели функции печени	X		X	X	X	X
Холестерин, триглицериды	X					X
Биохимические показатели функции почек	X	x (TDF)	x (TDF)	X	X	X

X – лабораторное исследование показано независимо от используемых АРВ-препаратов;

x - (АРВ-препарат) – исследование показано пациентам, которые получают указанный в скобках препарат.

Пациентам с хроническими гепатитами биохимические показатели определяют согласно клиническому протоколу диагностики и лечения хронического вирусного гепатита В и С у взрослых в РК.

Оценка приверженности:

мониторинг ВН;

учет отпуска лекарственных средств;

самоотчеты;

подсчет количества таблеток по формуле: $(A + B - C)/D \times 100^*$, где

A – количество выданных в предыдущий визит АРВП в таблетках

B – остаток АРВП на дату последнего визита в таблетках

C – остаток АРВП в таблетках на текущий визит

D – количество АРВП, которое пациент должен был выпить с момента предыдущего визита на текущий момент.

*Расчёт приверженности проводится отдельно по каждому препарату перед каждой выдачей АРВП.

Мероприятия по повышению приверженности:

- консультирование равными консультантами, патронаж медицинских сестер, консультирование психолога, школа пациента;
- усиленное консультирование по приверженности психологом\психотерапевтом;
- текстовые сообщения на мобильный телефон, использование мобильных приложений;
- применение таблетниц;
- когнитивно-поведенческая терапия;

- тренинг поведенческих навыков по повышению приверженности;
- оптимизация схем лечения препаратами с фиксированными дозировками с приемом препаратов один раз в день.
- мультидисциплинарное ведение.

Вторичная профилактика рецидивов и осложнений:

- профилактика Сульфаметоксазолом+Триметопримом назначается всем пациентам с уровнем $CD4 \leq 200$ кл/мкл для профилактики пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза, всем пациентам с активной формой ТБ, независимо от уровня $CD4$ клеток, 960 мг\сутки в ежедневном режиме. Профилактика может быть прекращена у клинически стабильных пациентов с признаками восстановления иммунитета ($CD4 > 200$ кл/мкл) или завершения лечения туберкулеза;
- туберкулеза (при исключении у пациента активного туберкулеза) –однократно профилактическое лечение изониазидом (5 мг/кг), но не более 0,3 г в сутки + пиридоксин в дозе 25 мг/сутки в течение 6 месяцев;
- при высоком риске латентной инфекции с МЛУ/ШЛУ ТБ:
 - рифампицин 600 мг/сутки или рифабутин в течение 4 месяцев;
 - рифампицин 600 мг/сутки или рифабутин + изониазид (5 мг/кг), но не более 0,3 г в сутки + пиридоксин в дозе 25 мг/сутки в течение 3 месяцев;
 - рифампицин 600 мг*2/неделю + изониазид 900 мг*2/неделю + пиридоксин 300 мг/неделю в течение 3 месяцев;
 - рифампетин 900 мг/неделю + изониазид 900 мг/неделю в течение 3 месяцев;
 - рифампетин 450 мг (<45 кг) или 600 мг (>45 кг)/сутки + изониазид 300 мг/сутки + пиридоксин в дозе 25 мг/сутки в течение 4 недель;
- инфекции, вызванной МАК - в случае $CD4 < 50$ клеток/мкл –азитромицин (1200 мг 1 раз в неделю). Отменить профилактику, если у пациента более 3 месяцев количество $CD4$ лимфоцитов стабильно превышает 50 кл/мкл, возобновить при падении количества $CD4$ лимфоцитов <50 кл/мкл.;
- грибковых инфекций в случае $CD4 < 50$ клеток/мкл – флуконазол (150 мг 1 раз в неделю). Отменить профилактику, если у пациента более 3 месяцев количество $CD4$ лимфоцитов стабильно превышает 50 кл/мкл, возобновить при падении количества $CD4$ лимфоцитов <50 кл/мкл.

Профилактика оппортунистических инфекций представлены в приложении 10 к Протоколу.

Профилактика, лечение и вторичная профилактика/поддерживающая терапия отдельных оппортунистических инфекции представлены в приложении 11 к Протоколу.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

Таблица 12. Критерии эффективности лечения

Показатель	Вирусологические		Иммунологические	Клинические	
	Вирусная нагрузка		Число CD4	Клиническая стадия	Переносимость
Сроки^а	24 недели	48 недель и далее	24 - 48 недель и далее	Через 12 недель после начала АРТ клинические проявления должны отсутствовать	Постоянная оценка
Цель^б	Менее 50 копий/мл	Менее 50 копий/мл	Повышение от исходного уровня как минимум на 50 клеток/мкл	Стадия 1 или 2 Отсутствие клинических и субклинических проявлений ВИЧ-инфекции	Через 3 месяца после начала приема АРВ препарата клинически проявляющиеся побочные эффекты должны отсутствовать (а также субклинические, которые со временем могут проявиться клинически)

^а Время оценки после начала АРТ указано приблизительно.

^б Вирусная нагрузка уменьшается постепенно: у большинства пациентов (за исключением имеющих изначально высокую вирусную нагрузку) через 24 недели АРТ она должна быть <50 копий/мл, либо демонстрировать выраженную тенденцию снижения до этого уровня.

Расхождение между вирусологическим и иммунологическим ответом:

При расхождении между вирусологическими и иммунологическими показателями, приоритет за вирусологическими.

Лабораторный мониторинг:

- число лимфоцитов CD4 необходимо определять каждые 6 месяцев, по стабилизации CD4 лимфоцитов на фоне АРТ – 1 раз в 12 месяцев;
- цель АРТ – снижение ВН до неопределяемого уровня (пороговый уровень <50 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы). ВН определяют перед началом АРТ, далее через

3 месяца после начала лечения, при устойчивом вирусологическом ответе кратность обследования не реже – 1 раз в 6 месяцев.

Ведение пациентов с дислипидемией представлены в приложении 12 к Протоколу.

Диагностика и выявление заболевания костей в приложении 13 к Протоколу.

Диагностика и лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний почек в приложении 14 к Протоколу.

Диагностика, профилактика и лечение гиперлактатемии и лактатацидоза в приложении 15 к Протоколу.

Сексуальное и репродуктивное здоровье женщин и мужчин с ВИЧ-инфекцией в приложении 16 к Протоколу.

Выявление, диагностика и лечение депрессии в приложении 17 к Протоколу.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в приложении 18 к Протоколу.

IV. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

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

V. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [4 - 28]:

Тактика лечения:

- тяжелые состояния на 3-4 стадии ВИЧ-инфекции;
- тяжелые состояния при сочетанных вторичных заболеваниях по профилю нозологии.

5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента: по профилю нозологии.

5.2 Немедикаментозное лечение:

Режим и диета при ВИЧ-инфекции зависит от поражения отдельных систем и органов.

5.3 Медикаментозное лечение: смотрите пункт 3.2

5.4 Хирургические вмешательства: в зависимости от нозологии, связанной с госпитализацией.

5.5 Дальнейшее ведение: смотреть пункт 3.4

VI. Индикаторы эффективности лечения: смотреть пункт 3.5

VII. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

7.1 СПИСОК РАЗРАБОТЧИКОВ ПРОТОКОЛА:

1) Байсеркин Бауыржан Сатжанович – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, директор.

2) КошEROва Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор НАО «Медицинский университет Караганды» проректор по клинической работе.

3) Абишев Асылхан Туреханович – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, заместитель директора по научно-клинической работе.

4) Касымбекова Сайранкуль Жузбаевна – РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, заведующая отделом клинического мониторинга.

5) Тажибаева Галия Хаджимуратовна – РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, руководитель диагностической лаборатории.

6) Ахметова Гулжахан Мажитовна – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, специалист отдела клинического мониторинга.

7) Сорокина Марина Евгеньевна – кандидат медицинских наук, КГКП «Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», заведующая отделом лечебной помощи.

8) Жанжигитова Капиза Жандарбековна – магистр медицинских наук, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» ассистент кафедры внутренних болезней с курсом клинической фармакологии, клинический фармаколог.

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

7.3 Рецензенты:

1) Доскожаева Сауле Темирбулатовна – доктор медицинских наук, профессор АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования», проректор по учебной работе, заведующая кафедрой инфекционных болезней.

2) Айтмаганбетова Индира Абдраковна – кандидат медицинских наук, исполнительный директор программы борьбы с туберкулезом и ВИЧ Регионального Офиса Центров США по контролю и профилактике заболеваний.

3) Петренко Ирина Ивановна – Председатель ОЮЛ «Ассоциация общественного здоровья».

7.4 Условия пересмотра протокола: через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов и уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно – эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно – противоэпидемических, санитарно – профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 апреля 2018 года № 16793).

2) Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. ВОЗ 2016.

3) Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 (WHO/CDS/HIV/19.15).

4) Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. DHHS, 2019.

5) Updated recommendations on first line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV.

Supplement to the 2016. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. December 2018.

6) Руководство по оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С. ВОЗ. Июль 2018 г.

7) European AIDS Clinical Society (EACS*) Guidelines. Version 10.0. 2019.

8) Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. ВОЗ 2016.

9) British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy, August 2016, British HIV Association, HIV Medicine (2016), 1– 104.

10) ВИЧ 2014/2015 под редакцией Кристиана Хоффмана (Christian Hoffmann) и Юргена К. Рокштро (Jürgen K. Rockstroh).

Приложение 1

Диагностика нарушений познавательной деятельности

(нейрокогнитивных расстройств)

Оценку нарушений познавательной деятельности (когнитивных функций) целесообразно проводить у всех ВИЧ-инфицированных пациентов без отягощающих факторов (тяжелые психиатрические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, в том числе алкоголем, текущие оппортунистические инфекции центральной нервной системы, другие неврологические заболевания) в течение 6 месяцев со времени постановки диагноза. Данный подход позволяет точно определить исходные показатели и, соответственно, более точно оценить дальнейшие изменения. Для раннего скрининга когнитивных функций необходимо задать пациенту 3 вопроса (S.Simionietal, AIDS 2009, EACS 2012): 1. Часто ли у Вас бывают случаи потери памяти (например, Вы забываете значительные события, даже самые недавние, назначенные встречи и т.д.)? 2. Чувствуете ли Вы, что стали медленнее думать, строить планы, решать проблемы? 3. Бывает ли Вам трудно сосредоточить внимание (например, на разговоре, на книге, на фильме)? На каждый вопрос пациент может дать один из следующих ответов: а) никогда, б) редко, с) определенно да. Считается, что у пациента имеется патология, если он ответил «определенно да» хотя бы на один вопрос. В случае выявления патологии по возможности необходимо провести нейропсихологическое обследование пациента. Нейропсихологическое обследование должно включать в себя тесты для изучения следующих характеристик познавательной деятельности: слухоречевая и зрительная память, счет, скорость восприятия информации, внимание, двигательные навыки. (Antinorietal, Neurology, 2007).

В случае выявления патологии требуется обследование пациента у невролога, проведение МРТ головного мозга и исследовании спинномозговой жидкости (СМЖ) на вирусную нагрузку и, если есть к тому показания, провести исследование генотипической резистентности к препаратам в двойной пробе СМЖ и плазмы крови. Если у пациента выявлена патология нейрокогнитивных функций на этапе скрининга или при дальнейшем нейропсихологическом обследовании, необходимо рассмотреть возможность включения в схему препаратов, потенциально воздействующих на центральную нервную систему. К ним относятся либо те препараты, проникновение которых в СМЖ было продемонстрировано в исследованиях, проведенных у здоровых ВИЧ-инфицированных пациентов (концентрация выше IC90 у более чем 90% обследуемых пациентов), либо те, для которых доказана краткосрочная (3–6 мес.) эффективность воздействия на когнитивные функции или на снижение ВН на СМЖ, при условии, что оценка проводится в отсутствие каких-либо других совместно принимаемых препаратов или в рамках контролируемых исследований, результаты которых рецензируются экспертами (EACS 2012).

Приложение 2

Обследование ВИЧ-инфицированных пациентов при первичном и последующих посещениях

	Оценка	В момент постановки и диагноза ВИЧ	Прежде чем начать АРТ	Частота наблюдений	Примечания
АНАМНЕЗ					
Медицинский	Полный медицинский анамнез, в том числе:	+	+	Первое посещение	При переводе пациента к другому врачу, повторить обследование

	Семейный анамнез (в т.ч. ранние ССЗ, диабет, гипертензия, хронические заболевания почек, печени)	+		Первое посещение	Ранние ССЗ: сердечно-сосудистые нарушения у родственников первой степени родства (мужчин моложе 55 лет и женщин моложе 65 лет)
	Сопутствующая лекарственная терапия ⁽ⁱ⁾	+	+	Каждое посещение	
	Прошлые и текущие сопутствующие заболевания	+	+	Каждое посещение	
	Прививочный анамнез	+		Ежегодно	Определить титр антител и провести вакцинацию, в случае показаний, Вакцинация
Психосоциальный	Образ жизни (употребление алкоголя, курение, питание, физические нагрузки, употребление наркотиков)	+	+	Каждые 6-12 месяцев	При неблагоприятном образе жизни и наличии вредных привычек требуется более частое наблюдение Проконсультировать и оказать поддержку, если необходимо
	Трудовая деятельность	+	+	Каждое посещение	Проконсультировать, если необходимо
	Социальное и бытовое обеспечение	+	+		
	Психологические заболевания	+	+		
	Партнер и дети	+			
Сексуальное и репродуктивное здоровье	Анамнез половой жизни	+		Каждые 6-12 месяцев	Принять меры для решения проблем, связанных с нарушением половой функции Если имеется риск передачи половым путем, то его следует устранить
	Безопасный секс	+			
	Статус партнера и раскрытие статуса	+			
	Проблемы зачатия	+	+		
	Гипогонадизм (включая климакс)	+	+	Согласно показаниям	Пациенты с жалобами на нарушение половой функции
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ					
Вирусология	Подтверждение	+		Каждые 3-6	Более частое наблюдение ВН

	положительного результата теста на антитела к ВИЧ			месяцев в случае вирусологической неудачи	ВИЧ в начале АРТ. Провести тест на генотипическую резистентность, если проводимое лечение неэффективно, либо если имеется риск суперинфекции.
	ВН ВИЧ в плазме крови	+	+		
	R5-тропизм (при наличии)		+/-		
Иммунология	CD4: абсолютное количество, соотношение CD4/CD8 и % (можно также: CD8 и %)	+	+	Каждые 6 - 12 месяцев	Ежегодно при стабильном состоянии на АРТ и если количество CD4 > 350 кл/мкл (ii) Соотношение CD4/CD8 является прогностическим фактором развития серьезных заболеваний
	HLA B*5701 (при наличии)		+		
КО-ИНФЕКЦИИ					
ИППП	Серологический тест на сифилис	+		Ежегодно/ Согласно показаниям	Более часто проводить скрининг при наличии риска
	Скрининг на ИППП	+			
Вирусный гепатит	Серологический тест на ВГА	+		Ежегодно/ Согласно показаниям	При наличии риска (напр., МСМ) провести скрининг, при отсутствии иммунитета провести вакцинацию
	Скрининг на ВГС	+			Ежегодный скрининг, если риск остается (напр., МСМ, ЛУИН). Определить уровень РНК ВГС, если тест на антитела к ВГС положителен или есть подозрение на острую инфекцию.
	Скрининг на ВГВ	+	+		Ежегодный скрининг для восприимчивых пациентов; при отсутствии иммунитета провести вакцинацию. Применять АРТ с TDF или TAF у пациентов-неответчиков на вакцинацию

Туберкулез	G-Хpert	+	+	Повторить скрининг в случае контакта	Рассмотреть вопрос о регулярной G-Хpert для пациентов из групп населения с высокой распространенностью туберкулеза. Использование IGRA в зависимости от доступности.
	IGRA для отдельных групп населения с высоким риском (при наличии)	+			
Другие	Серологический тест на вирус ветряной оспы	+			Провести вакцинацию, в случае показаний
	Серологический тест на корь/ краснуху	+			Провести вакцинацию, в случае показаний
	Серологический тест на токсоплазмоз	+			
	Серологический тест на ЦМВ	+			
	Серологический тест на лейшманию	+/-			Скрининг с учетом стран пребывания / страны происхождения
	Скрининг на антиген криптококка	+			Провести скрининг на антиген криптококка в сыворотке крови, если количество CD4 < 100 кл/мкл
	Обследование на тропических паразитов (в т.ч. серологический тест на шистосомоз)	+/-			Скрининг с учетом стран пребывания / страны происхождения
	Вирус гриппа	+		Ежегодно	Для всех ВИЧ-позитивных
	Вирус папилломы человека	+		Согласно показаниям	Провести вакцинацию всех ВИЧ-позитивных пациентов в возрасте до 26 лет (до 40 лет, если МСМ). Если установлено инфицирование ВПЧ, эффективность вакцины сомнительна
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
Гематология	ОАК	+	+	Каждые 3-6 месяцев	Проводить скрининг пациентов с высоким
	Гемоглобинопатии	+			

					риском
	G6PD (глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназа)	+			Проводить скрининг пациентов с высоким риском
Композиционный состав тела	Индекс массы тела	+	+	Ежегодно	
Сердечно - сосудистые заболевания	Оценка риска (по Фремингемской шкале(iii))	+	+	Каждые 2 года	Требуется проводить для всех мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет, не имеющих ССЗ
	ЭКГ	+	+/-	Согласно показаниям	Предусмотреть проведение исходной ЭКГ, прежде начать применять антиретровирусные препараты, в связи с которыми могут возникнуть проблемы проводимости
Гипертензия	Артериальное давление	+	+	Ежегодно	
Липиды	ТС, HDL-с, LDL-с, TG(iv)	+	+	Ежегодно	Повторить натошак (т.е. не потребляя калории в течение 8 часов или более), если нужно для медицинского вмешательства
Глюкоза	Глюкоза в сыворотке крови	+	+	Ежегодно	Рассмотреть вопрос об оральном тесте на толерантность к глюкозе/HbA1c, если уровни глюкозы натошак равны 5,7-6,9 ммоль/л (100-125 мг/дл)
Заболевания легких	Респираторные симптомы и факторы риска(xii)	+	+	Ежегодно	При жалобах на сильную одышку при сохраненном объеме легких может быть выполнена эхокардиография - для исключения сердечной недостаточности и/или легочной гипертензии

	Спирометрия			Согласно показаниям	Спирометрию необходимо проводить всем пациентам с симптомами(xii)
Заболевания печени	Оценка риска(v)	+	+	Ежегодно	
	АЛТ/АСТ, ЩФ, билирубин	+	+	Каждые 3-6 месяцев	Более частое наблюдение перед назначением гепатотоксичных препаратов и во время их применения.
	Определение стадии фиброза печени			Каждые 12 месяцев	У пациентов с коинфекцией ВГС и/или ВГВ (например, ФиброСкан, сывороточные маркеры фиброза)
	УЗИ печени			Каждые 12 месяцев	У пациентов с циррозом печени и у пациентов с коинфекцией ВГВ с высоким риском развития ГЦК(xiii)
Заболевания почек	Оценка риска(vi)	+	+	Ежегодно	Более частое наблюдение при факторах риска ХЗП(vi) и/или перед назначением и во время приема нефротоксичных препаратов(ix)
	oСКФ (СКД-ЕPI)(vii)	+	+	Каждые 3-6 месяцев	
	Полосковый анализ мочи(viii)	+	+	Ежегодно	Каждые 6 месяцев, если oСКФ <60 мл/мин или при резком снижении oСКФ(xiv). Если протеинурия ≥1+ и/или oСКФ <60 мл/мин, измерить БМ/К или АМ/К(viii)
Заболевания костей	Биохимия крови на выявление заболеваний костей: кальций, фосфаты (PO ₄), щелочная фосфатаза	+	+	Каждые 12 месяцев	
	Оценка риска(X) (FRAX®(XI) для пациентов старше 40 лет)	+	+	Раз в 2 года	Рассмотреть вопрос о проведении DXA для отдельных пациентов.
Витамин D	25(OH) витамин D	+		Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском
Нейрокогн	Опросник для	+	+	Раз в 2 года	Скрининг всех пациентов без

итивные расстройства	скрининга				отягощающих факторов. В случае выявления патологии или симптомов, направить к психотерапевту для дальнейшего обследования.
Депрессия	Опросник	+	+	Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском
Рак	Маммография			Раз в 1-3 года	Женщины в возрасте 50-70 лет
	ПАП-мазок			Раз в 1-3 года	ВИЧ-положительные женщины старше 21 года или в течение 1 года после начала половой жизни
	Ректальное исследование и аноскопия			Раз в 1-3 года	МСМ и пациенты с дисплазией, ассоциированной с ВПЧ.
	УЗИ и тест на альфа-фетопротеин			Каждые 12 месяцев	В спорных случаях / Для пациентов с циррозом печени и пациентов с коинфекцией ВГВ с высоким риском развития ГЦК(ХШ)

I Пересмотреть все лекарства, совместно применяемые с АРТ, которые могут взаимодействовать с ними или способствовать росту сопутствующих заболеваний; Взаимодействие АРВ-препаратов с антидепрессантами Взаимодействие АРВ-препаратов с гипотензивными средствами Взаимодействие АРВ-препаратов с анальгетиками

Взаимодействие АРВ-препаратов с антикоагулянтами и антиагрегантами Взаимодействие АРВ-препаратов с противомаларийными препаратами Взаимодействие АРВ-препаратов с бронхорасширяющими препаратами (для ХОБЛ) Взаимодействие АРВ-препаратов с иммунодепрессантами (для ППО) Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами для лечения легочной гипертензии Взаимодействие АРВ-препаратов с кортикостероидами

Взаимодействие АРВ-препаратов с контрацептивами

Взаимодействие АРВ-препаратов с противовирусными препаратами прямого действия и www.hiv-druginteractions.org

II При стабильном состоянии на АРТ, неопределяемой ВН ВИЧ и количестве клеток CD4 > 350 кл/мкл, проводить анализ на CD4 один раз в год.

III Имеется формула оценки риска, разработанная на основании данных групп ВИЧ- инфицированных пациентов (см: <http://www.chip.dk/Tools>). Примечание: если пациент принимает препараты для контроля дислипидемии и/или гипертензии, то оценка риска должна интерпретироваться с осторожностью.

IV Расчет ЛНП-холестерина для случаев, когда уровень триглицеридов не является высоким, можно найти на <http://www.hivpv.org/>.

V В числе факторов риска хронического заболевания печени: алкоголь, вирусные гепатиты, ожирение, диабет, резистентность к инсулину, гиперлипидемия, прием гепатотоксичных препаратов.

VI Факторы риска ХЗП: гипертензия, диабет, ССЗ, семейный анамнез, принадлежность к негроидной расе, вирусные гепатиты, низкое количество клеток CD4, курение, возраст (старше среднего), сопутствующая терапия нефротоксичными препаратами.

VII оСКФ: использовать формулу СКД-ЕРІ на основании уровня креатинина в сыворотке крови, пола,

возраста и этнической принадлежности, т.к. количественный анализ оСКФ действителен при >60 мл/мин. В качестве альтернативы можно использовать сокращенную формулу модификации диеты при почечных заболеваниях (сМДПЗ) или формулу Кокрофта-Голта; см. <http://www.chip.dk/Tools>

VIII Некоторые эксперты рекомендуют соотношения АМ/К (альбумин мочи/креатинин) или БМ/К (белок мочи/креатинин) в качестве скринингового теста на протеинурию у всех пациентов. АМ/К, главным образом, выявляет заболевание почечных клубочков. Применяется для пациентов с диабетом. БМ/К определяет общий белок мочи на фоне заболеваний почечных клубочков и канальцев.

IX Разработаны различные модели для определения 5-летней шкалы риска ХЗП при использовании различных нефротоксичных препаратов АРТ, с учетом как связанных, так и не связанных с ВИЧ факторов риска. [6], [7]

X Классические факторы риска: возраст (старше среднего), женский пол, гипогонадизм, переломы бедра в семейном анамнезе, низкий ИМТ (≤ 19 кг/м²), дефицит витамина D, курение, недостаток физических нагрузок, низкотравматичный перелом в анамнезе, избыточное потребление алкоголя (>3 стандартных доз в день), прием стероидов (минимум 5 мг в течение >3 мес.).

XI Разработанный ВОЗ инструментарий для оценки риска переломов (FRAX®): www.shef.ac.uk/FRAX

XII Респираторные симптомы: одышка, хронический кашель и мокрота. Факторы риска: курение, род занятий, загрязнение воздуха и факторы защиты организма, включая предыдущие ПХФ или ТБ, рецидивирующую пневмонию и дефицит альфа-1-антитрипсина. Диагностику ХОБЛ следует предусмотреть для пациентов старше.

35 лет, у которых имеется фактор риска (курение в прошлом или в настоящем) и наблюдается одышка при физической нагрузке, хронический кашель, постоянное выделение мокроты, частые "зимние" бронхиты или сухие свистящие хрипы.

XIII Скрининг на ГЦК рекомендован всем пациентам с циррозом независимо от причин. У пациентов с ВГВ без цирроза скрининг на ГЦК должен проводиться среди тех, у кого когда-либо был хронический гепатит (повышенная трансаминаза) или с факторами риска в отношении ГЦК, включая наличие ГЦК в семейной истории, принадлежность к монголоидной или негроидной расе, см. <http://www.easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines>. В индивидуальном порядке скрининг на ГЦК можно не проводить у пациентов без факторов риска и нормальным уровнем трансаминаз до начала лечения ВГВ.

XIV Определяется как снижение оСКФ на 5 мл/мин в год в течение 3 лет подряд или подтвержденное снижение оСКФ на 25% по сравнению с исходным уровнем.

Приложение 3

Оценка готовности ВИЧ-инфицированных пациентов начинать и продолжать АРТ

Цель: помочь пациентам начать и/или продолжать АРТ	
Стратегии начала АРТ изменились с появлением результатов исследования START [1]. Доказано, что начало АРТ в день установления диагноза "ВИЧ-инфекция" возможно и приемлемо для людей с ВИЧ-инфекцией. Тем не менее, оценка готовности к началу АРТ имеет важное значение для того, чтобы ВИЧ-позитивный человек мог выразить свое предпочтение и не испытывал давления по незамедлительному началу АРТ, если только у него нет клинических показаний для этого. Для того, чтобы АРТ была успешной, необходима	Определите стадию готовности пациента, используя технику WEMS(I), и проведите с ним беседу, стимулируя его к разговору и задавая вопросы, допускающие несколько ответов: "Я бы хотел поговорить с вами о лечении ВИЧ," <пауза> "что вы об этом думаете?" На основании ответов пациента, определите стадию его готовности и дальше действуйте соответствующе(II). Незамедлительное (тот же день) начало АРТ следует серьезно рассматривать в следующих ситуациях: • В условиях первичной ВИЧ-инфекции, особенно если есть клинические признаки и симптомы менингоэнцефалита (в течение нескольких часов). В этой

<p>готовность пациента ее начать, а также правильный прием выбранной схемы лечения в течение продолжительного времени. От осознания проблемы до применения АРТ пациент проходит путь из 5 стадий. Понимая стадию готовности пациента, врач, используя специальные методы, помогает ему начать и продолжать АРТ</p>	<p>ситуации врач может начать АРТ сразу после положительного первичного теста на ВИЧ до получения подтверждающих результатов тестирования на ВИЧ, таких как ВН ВИЧ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • При желании ВИЧ-положительного человека немедленно начать АРТ. • Когда есть риск того, что пациент «потеряется» из наблюдения, если АРТ не будет назначена в тот же день.
Стадии готовности к началу АРТ	
<p>Неосознанность: “Мне это не нужно, я хорошо себя чувствую”. “Я не хочу об этом думать”.</p>	<p>Поддержка: покажите, что вы уважаете позицию пациента/постарайтесь понять его убеждения в отношении здоровья и лечения/установите доверие/предоставьте краткую информацию в соответствии с индивидуальными потребностями пациента/назначьте дату следующего посещения.</p>
<p>Обдумывание: “Я взвешиваю "за" и "против" и не знаю, что с этим делать”.</p>	<p>Поддержка: покажите, что сомневаться — это нормально/поддержите пациента в оценке "за" и "против"/оцените, в какой информации нуждается пациент и помогите ему ее найти/назначьте дату следующего посещения.</p>
<p>Подготовка: “Я хочу начать; я думаю, что лекарства позволят мне жить нормальной жизнью”.</p>	<p>Поддержка: поддержите решение пациента/ вместе с пациентом выберите наиболее подходящую схему лечения/расскажите ему о приверженности лечению, резистентности, побочных эффектах и т.д./обсудите включение лечения в обычный распорядок дня/оцените веру пациента в собственные силы/Оцените его самооффективность.</p> <p>Спросите: Уверены ли вы, что, начав лечение, вы сможете и дальше принимать лекарства так, как мы с вами договорились (указать, как именно)? Используйте шкалу VAS 0-10(III)</p> <p>Обдумайте наработку навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обучение приему препаратов, возможно, с применением Системы электронного мониторинга приема препарата (MEMS), например, с использованием электронных таблеток; • Лечение под непосредственным наблюдением с дальнейшим обучением; • Использование напоминаний на мобильном телефоне, таблеток и т.д.; • Использование, по мере необходимости, вспомогательных средств и привлечение других людей.
<p>Действие: “Я начну АРТ сейчас”</p>	<p>"Последняя проверка": после того, как план лечения разработан, готов ли пациент начать АРТ, и есть ли АРТ в наличии?</p>
<p>Лечение: “Я буду продолжать” или “У меня есть затруднения, которые продолжают в течение длительного времени”</p>	<p>Оценка: Приверженность - каждые 3-6 месяцев (IV) Оцените приверженность: Пациентам с хорошей приверженностью: покажите, что вы цените их успехи. Оценка: Мнение самого пациента о том, может ли он</p>

<p>Предостережение: Пациент может вернуться на одну из предыдущих стадий, даже со стадии "лечение" на стадию "неосознанность"</p>	<p>продолжать лечение и соблюдать схему лечения. Спросите: Вы уверены, что в следующие 3-6 месяцев вы будете принимать эти лекарства? Используйте шкалу VAS 0-10(III) Для пациентов с неудовлетворительной приверженностью: используйте метод "отражения"(V) при обсуждении проблем; задавайте вопросы, допускающие несколько ответов, для выявления неправильных убеждений. Оценка: Стадии готовности; в зависимости от нее поддержите пациента Оценка: Препятствий и облегчающие факторы(VI). Назначьте дату следующего посещения и еще раз поддержите пациента</p>
<p>Существует несколько барьеров, способных влиять на принятие решений по поводу начала АРТ и на приверженность</p>	
<p>Выявление и обсуждение препятствий и облегчающих факторов</p>	
<p>Систематической оценке должны подлежать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия (VII) • Когнитивные проблемы (VIII) • Злоупотребление алкоголем или рекреационными наркотиками (IX) 	<ul style="list-style-type: none"> • Темы для обсуждения: • Социальная поддержка и раскрытие статуса • Медицинское страхование, непрерывность поставок препаратов • Факторы, связанные с лечением
<p>Выявляйте, обсуждайте и устраняйте проблемы, с привлечением, по мере возможности, врачей-специалистов различных профилей, патронажных медицинских сестер, равных консультантов.</p>	
<p>I WEMS: Ожидание (> 3 сек.), отклик, отражение II Пациенты, приходящие к врачу, могут находиться на разных стадиях готовности: неосознанность, осознание или подготовка. Прежде всего, нужно определить ту стадию, на которой находится пациент, а затем поддержать его и далее действовать соответственно. В случае позднего обращения за медицинской помощью (CD4 <350 кл/мкл), следует начать АРТ незамедлительно. Пациент нуждается в пристальном наблюдении и оптимальной поддержке. Назначьте дату следующего посещения в ближайшее время, т.е. через 1-2 недели. III VAS – это визуальная аналоговая шкала с диапазоном от 0 до 10 (0 до 10 = я не справлюсь, 10 = я уверен, что справлюсь). IV Рекомендуемые вопросы по приверженности: “Как часто в последние 4 недели вы пропускали прием препаратов для лечения ВИЧ: каждый день, более 1 раза в неделю, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц, никогда?”/ "Случалось ли вам пропускать два или более приемов подряд?” . V Отзеркаливание: повторение того, что пациент сказал или выразил невербальным образом (например, гнев или разочарование) БЕЗ введения новых элементов путем новых вопросов или сообщений. VI Приверженность долгосрочному лечению. VII Опросник PHQ-2 или PHQ-9 [5]. Метаанализ показывает постоянную связь между депрессией и неприверженностью к АРТ не только у пациентов с клинической депрессией. Таким образом, оценка и интервенция, направленная на снижение тяжести депрессивных симптомов, важны даже при субклинической форме. Задайте вопросы: "Беспокоили ли Вас следующие проблемы в течение последних 2 недель? 1. Вам не хотелось ничего делать; 2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности." Ответы: Ни разу (0) / Несколько дней (1) / Более половины дней (2) / Почти каждый день (3). Если у пациента 2 или более баллов, задайте семь дополнительных вопросов</p>	

VIII Задайте вопросы: “Чувствуете ли вы, что в повседневной жизни вам бывает трудно сосредоточиться?” / “Чувствуете ли вы, что медленно думаете?” / “Вам не кажется, что у вас проблемы с памятью?” / “Ваши друзья или родственники когда-нибудь замечали, что у вас проблемы с концентрацией внимания или с памятью?”.

IX Опросник FAST для выявления злоупотребления алкоголем, вопросы: Как часто в прошлом году Вы выпивали 6 или более доз (если женщина) или 8 или более доз (если мужчина) за один раз?

0 = я не справлюсь, 10 = я уверен, что справлюсь).

Никогда=0, Реже раза в месяц=1, Раз в месяц=2, Раз в неделю=3, Каждый или почти каждый день=4.

Остановитесь, если ответ 0 (Никогда). Задайте дополнительные вопросы, если ответ 1, 2, 3 или 4

X Алгоритм адаптирован.

Приложение 4

Стартовые схемы для взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов, впервые начинающих АРТ

А) Рекомендуемые схемы лечения (необходимо выбрать одну из представленных схем)*,**

Схема лечения	Дозировка	Меры предосторожности	Требования к питанию
2 НИОТ + ИИ			
ABC/3TC/DTG(I, II)	ABC/3TC/DTG 600/300/50 мг, 1 таблетка 1 p/сут	Антациды, содержащие Al/Ca/Mg, или	Нет
TAF/FTC(III) или TDF/FTC(III) + DTG	TAF/FTC 25/200 мг, 1 таблетка 1 p/сут TDF/FTC 300/200 мг, 1 таблетка 1 p/сут + DTG 50 мг, 1 таблетка 1 p/сут	мультивитамины следует принимать через некоторое время (минимум через 2 часа после или за 6 часов до). DTG 50 мг с рифампицином принимать 2 p/сут.	Нет
TAF/FTC/EVG/c(III) или TDF/FTC/EVG/c(III, IV)	TAF/FTC/EVG/c 10/200/150/150 мг, 1 таблетка 1 p/сут или TDF/FTC/EVG/c 300/200/150/150 мг, 1 таблетка 1 p/сут	Антациды, содержащие Al/Ca/Mg, или мультивитамины следует принимать через некоторое время (минимум через 2 часа после или за 6 часов до).	Во время еды
TAF/FTC(III) или TDF/FTC(III) + RAL	TAF/FTC 25/200 мг, 1 таблетка 1 p/сут или TDF/FTC 300/200 мг, 1 таблетка 1 p/сут + RAL 400 мг, 1 таблетка 2 p/сут	Не рекомендовано назначение совместно с антацидами, содержащими Al или Mg. RAL 400 или 800 мг в сочетании с рифампицином принимать 2 p/сут.	Нет

TAF/FTC/BIC	TAF/FTC/BIC 25/200/50 мг, 1 таблетка 1 р/сут	не следует использовать вместе с рифампицином и зверобоем	Нет
2 НИОТ + ННИОТ			
TAF/FTC/RPV(III) или TDF/FTC/RPV(III)	TAF/FTC/RPV 25/200/25 мг, 1 таблетка 1 р/сут или TDF/FTC/RPV 300/200/25 мг, 1 таблетка 1 р/сут	Только если количество CD4 > 200 клеток/мкл и ВН ВИЧ <100 000 копий/мл. ИПП противопоказаны; H2- блокаторы принимать за 12 часов до приема RPV или через 4 часа после него.	Во время еды
2 НИОТ + ИП/р или ИП/к			
TAF/FTC(III) или TDF/FTC(III) + DRV/c(V) или + DRV/r(V)	TAF/FTC 10/200 мг, 1 таблетка 1 р/сут или TDF/FTC 300/200 мг, 1 таблетка 1 р/сут DRV/c 800/150 мг, 1 таблетка 1 р/сут или + DRV 800 мг, 1 таблетка 1 р/сут + RTV 100 мг, 1 таблетка 1 р/сут	Следить за пациентами с аллергией на сульфаниламиды.	Во время еды

В) Альтернативные схемы лечения (использовать, если ни одна из предпочитаемых схем недоступна или неосуществима по какой-либо причине)

Схема лечения	Дозировка	Меры предосторожности	Требования к питанию
2 НИОТ + ИИ			
ABC/3TC(I, II) + RAL	ABC/3TC 600/300 мг, 1 таблетка 1 р/сут + RAL 400 мг, 1 таблетка 2 р/сут	Не рекомендовано назначение вместе с антацидами, содержащими Al или Mg. RAL 400 или 800 мг в сочетании с рифампицином принимать 2 р/сут.	Нет
2 НИОТ + ННИОТ			
ABC/3TC(I, II) + EFV(VI)	ABC/3TC 600/300 мг, 1 таблетка 1 р/сут + EFV 600 мг, 1 таблетка 1 р/сут	Только если ВН ВИЧ < 100 000 копий/мл	Перед сном или за 2 часа до ужина
TDF/FTC/EFV(III, VI)	TDF/FTC/EFV 300/200/600 мг, 1 таблетка 1 р/сут		
2 НИОТ + ИП/р или ИП/к			
TAF/FTC(III) или TDF/FTC(III) + ATV/c(VII, VIII) или	TAF/FTC 10/200 мг, 1 таблетка 1 р/сут или TDF/FTC 300/200 мг, 1 таблетка 1 р/сут		Во время еды

+ ATV/r(VII, VIII)	+ ATV/c 300/150 мг, 1 таблетка 1 p/сут или + ATV 300 мг, 1 таблетка 1 p/сут + RTV 1 таблетка 100 мг 1 p/сут		
ABC/3TC (I, II) + ATV/c(VII, VIII) или + ATV/r(VII, VIII)	ABC/3TC 600/300 мг, 1 таблетка 1 p/сут + ATV/c 300/150 мг, 1 таблетка 1 p/сут или + ATV 300 мг + RTV 1 таблетка 1 p/сут + 100 мг, 1 таблетка 1 p/сут	Только если ВН ВИЧ < 100 000 копий/мл	Во время еды
ABC/3TC (I, II) + DRV/c (V) или + DRV/r (V)	ABC/3TC 600/300 мг, 1 таблетка 1 p/сут + DRV/c 800/150 мг, 1 таблетка 1 p/сут или + DRV 800 мг, 1 таблетка 1 p/сут + RTV 1 таблетка 100 мг 1 p/сут	Следить за пациентами с аллергией на сульфаниламиды	Во время еды
Другие схемы			
RAL(II) + DRV/c(V) или + DRV/r(V)	RAL 400 мг, 1 таблетка 2 p/сут + DRV/c 800/150 мг, 1 таблетка 1 p/сут или + DRV 800 мг, 1 таблетка 1 p/сут + RTV 100 мг, 1 таблетка 1 p/сут	Только если количество CD4 >200 кл/мкл и ВН ВИЧ <100 000 копий/мл. Совместное назначение с антацидами, содержащими Al или Mg, не рекомендуется.	Во время еды
<p>* Рассматриваются (в алфавитном порядке) только те препараты, которые в настоящее время лицензированы Европейским агентством лекарственных средств (ЕМА) для начала терапии.</p> <p>** Непатентованные препараты против ВИЧ становятся все более доступными и могут применяться в течение некоторого времени – до тех пор, пока они заменяют соответствующий патентованный препарат и не нарушают рекомендованную комбинацию фиксированных доз.</p> <p>I ABC противопоказан, если тест на HLA B*5701 дал положительный результат. Даже если результат теста на HLA B*5701 отрицателен, необходимо проконсультировать пациента на случай реакции гиперчувствительности. ABC следует использовать с осторожностью у пациентов с высоким риском ССЗ (>20%).</p> <p>II Используйте эту комбинацию, только если анализ на HBs Ag отрицателен.</p> <p>III В некоторых странах TDF выпускается с маркировкой 245 мг, а не 300 мг, чтобы показать количество пролекарства (тенофовира дизопроксил). При возможности следует заменить комбинированные препараты, содержащие TDF, на комбинированные препараты, содержащие TAF. При совместном применении с препаратами, которые ингибируют Р-гликопротеин, TAF назначают в дозировке 10 мг; с препаратами, которые не ингибируют Р-гликопротеин, TAF назначают в дозировке 25 мг. Решение, использовать TDF или TAF зависит от индивидуальных характеристик и доступности препарата. Существует ограниченное количество данные долгосрочных исследований TAF. Необходимо отдавать предпочтение**** TAF***, а не TDF у пациентов с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • установленный или высокий риск ХЗП, см. стр. 51; • совместный прием с нефротоксическими препаратами или предшествующей токсичностью TDF, см. стр. 52; • остеопороз/прогрессирующая остеопения или факторы риска, см. стр. 48; • переломы в анамнезе, см.стр. 50. <p>*** Имеются ограниченные данные об использовании TAF с оСКФ <30 мл/мин; **** Экспертное мнение в ожидании клинических данных.</p>			

IV TDF/FTC/EVG/с использовать, только если оСКФ ≥ 70 мл/мин. Не рекомендуется назначать TDF/FTC/EVG/с пациентам с оСКФ <90 мл/мин, если это не является предпочтительной схемой.

V Одно исследование показало увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний с кумулятивным использованием DRV [13].

VI EFV: не назначать, если в анамнезе есть попытки суицида или психическое заболевание; не активны в отношении штаммов группы ВИЧ-2 и ВИЧ-1 группы О.

VII Совместное применение ИПП противопоказано. Если совместное применение с ИПП неизбежно, рассмотрите альтернативный режим; можно увеличить дозу ATV до 400 мг 1 р/сут, рекомендуется тщательный клинический мониторинг. Не рекомендовано превышать дозы ИПП, сравнимые с омепразолом 20 мг. Их следует принимать приблизительно за 12 часов до ATV/г. Антагонисты H₂ необходимо принять за 12 часов до или через 4 часа после ATV.

VIII Потенциальная почечная токсичность с ATV/г и ATV/с.

Приложение 5

Стратегии смены схем для пациентов с вирусологической супрессией

Определение вирусологической супрессии:

В клинических испытаниях, исследующих стратегии смены схем, супрессия определяется количеством ВН ВИЧ <50 копий/мл по крайней мере в течение 6 месяцев.

Показания для смены схемы для пациентов с вирусологической супрессией

- Документально подтвержденная токсичность, вызванная одним или более АРВ-препаратом, включенным в схему. Примеры такой токсичности: липодистрофия (AZT), побочные эффекты со стороны центральной нервной системы (EFV), диарея (PI/r) и желтуха (ATV), проксимальная почечная тубулопатия и низкая минеральная плотность костной ткани (TDF).
- Предотвращение долгосрочной токсичности. Пример подобной смены схемы: профилактика липодистрофии у пациентов, принимающих AZT и профилактика проксимальной почечной тубулопатии с TDF.
- Упреждение тяжелых лекарственных взаимодействий.
- Запланированная беременность.
- Старение и/или сопутствующее заболевание с возможным негативным влиянием препаратов в текущей схеме, например, риск ССЗ, метаболические показатели.
- Упрощение схемы: Снизить количество принимаемых пациентом единиц дозирования препаратов, скорректировать ограничения в пище и улучшить приверженность.
- Начало лечения ВГС в случае лекарственного взаимодействия.

Принципы:

Клиницистам всегда следует рассматривать возможные побочные эффекты или проблемы переносимости с текущими антиретровирусными схемами. Не следует полагать, что пациент с ВИЧ-инфекцией адаптировался и хорошо переносит текущую схему, опираясь только на супрессию ВН ВИЧ.

1. Целями изменения схемы лечения должны являться устранение или улучшение нежелательных явлений, содействие адекватному лечению сопутствующих заболеваний и повышение качества жизни.

2. Особо важно при смене схемы не подвергать риску вирусологическую супрессию. У пациентов с отсутствием вирусологических неудач и резистентности в анамнезе, смена схемы лечения влечет низкий риск последующей неудачи, если клиницисты выберут одну из рекомендованных комбинаций терапии первой линии. Большинство клинических испытаний, показывающих не меньшую

эффективность нового режима после смены, активно исключали пациентов с выявленными ранее вирусологическими неудачами.

3. Перед любой сменой схемы лечения необходимо проанализировать полную историю приема АРВ-препаратов пациентом с его показателями ВН ВИЧ, вопросами переносимости и накопительного генотипического исследования резистентности к препаратам.

4. ИП/р или ИП/к может быть заменен на небустированный ATV, ННИОТ или ИИ только если может быть гарантирована полная активность двух НИОТ, оставшихся в схеме лечения. Смену схемы следует планировать особенно тщательно, если это может привести к снижению генетического барьера схемы в случае предшествующих вирусологических неудач. До того, как менять схему, следует пересмотреть полную историю АРТ и доступные результаты тестов на резистентность и ВН ВИЧ и убедиться, что нет лекарственного взаимодействия, которое может привести к субоптимальной концентрации препаратов в крови (например, небустированный ATV и TDF).

5. До смены препаратов необходимо учесть варианты других схем лечения в случае потенциальной вирусологической неудачи при применении новой схемы. Например, развитие мутации M184V RT у пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые потерпели вирусологическую неудачу при приеме схемы, содержащей ЗТС, может исключать применение всех доступных на сегодня комбинированных препаратов "вся схема в одной таблетке".

6. Смена одного препарата на другой с одинаковым генетическим барьером (например, EFV на RAL) обычно считается безопасной в вирусологическом плане при отсутствии резистентности к новому компоненту схемы.

7. Следует внимательно рассматривать возможность лекарственных взаимодействий с новой схемой.

8. Если смена схемы предполагает прекращение приема TDF и исключение начала приема TAF, следует проверить у пациента статус ВГВ (избегайте прекращения приема TDF у пациентов с хроническим ВГВ, определите статус вакцинации от ВГВ).

9. Следует провести осмотр пациентов с ВИЧ-инфекцией вскоре после смены схемы лечения (например, через 4 недели), чтобы убедиться, что поддерживается уровень супрессии, и проверить схему на возможную токсичность.

10. Если пациент с ВИЧ-инфекцией принимает терапию и хорошо переносит схему, которая больше не является предпочтительным вариантом, в изменении схемы нет необходимости. Например: пациент хорошо переносит схему, содержащую EFV.

11. Доступны видео-лекции он-лайн - Изменение схем АРТ веб-курса EACS по лечению ВИЧ.

Щадящие стратегии

Двойная терапия:

- DTG + RPV
- ЗТС + (DRV/г или DRV/с) или ЗТС + (ATV/г или ATV/с)

Клинические исследования не показали, что эти стратегии связаны с более частыми случаями возвратной вирусемии по сравнению с тройной терапией.

Монотерапия с DRV/г:

В клинических исследованиях эта стратегия была связана с более частыми случаями возвратной вирусемии по сравнению с тройной терапией. В качестве исключения монотерапия с DRV/г может быть подходящим вариантом лечения пациентов, которым не показана двойная терапия.

Двойная терапия с ЗТС + ИП/р или монотерапия с DRV/г могут быть назначены только лицам

- а) у которых отсутствует резистентность к ИП,
- б) при супрессии ВН ВИЧ до < 50 копий/мл по крайней мере в течение последних 6 месяцев и
- с) при отсутствии ко-инфекции с хроническим ВГВ.

)											
ННИОТ											
EFV	Сыпь		Гепатит				Депрессия, расстройство сна, головная боль Суицидальные мысли		Дислипидемия Гинекомастия	↓ 25(ОН) витамин D	
ETV	Сыпь										
NVP	Сыпь*		Гепатит*							*Системная гиперчувствительность (в зависимости от CD4 и пола)	
RPV	Сыпь		Гепатит			↓ оСКФ(iv)	Депрессия, расстройства сна, головная боль				
ИП											
ATV(V)		Тошнота Диарея(VII)	Гипербилирубинемия Желтуха Холелитиаз			↓ оСКФ, нефролитиаз			Дислипидемия		
DRV(V)	Сыпь				ИБС		Нефролитиаз			Дислипидемия	
LPV					ИБС		↓ оСКФ			Дислипидемия	
<p>I "Частые побочные эффекты" (осложнения, которые могут проявиться не менее чем у 10% ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих АРТ) выделены жирным шрифтом. "Тяжелые побочные эффекты" (осложнения, которые могут представлять опасность для жизни пациента и требуют немедленной медицинской помощи) выделены красным цветом.</p> <p>"Нечастые и нетяжелые побочные эффекты" представлены обычным шрифтом черного цвета.</p>											

II В настоящее время доступен, но в целом не рекомендован из-за своей токсичности

III Тенофовира дизопроксил фумарат (TDF) является классической неактивной формой тенофовира. У TAF более низкий уровень нежелательных реакций со стороны почек и костей, связанных с применением тенофовира, но имеется недостаток долгосрочных опытных данных, см. стр. 51-52 и стр. 48.

IV Вследствие угнетения канальцевой секреции креатинина почками без воздействия на саму клубочковую фильтрацию.

V ATV может применяться как бустированный, так и небустрированный посредством RTV или COBI в низких дозах. Связанные с ATV нежелательные реакции чаще встречаются при бустировании. DRV может применяться в бустированной форме при помощи RTV или COBI в низких дозах. Как RTV, так и COBI, применяемые в низких дозах в качестве бустеров, могут вызвать похожие незначительные проблемы с пищеварением.

VI В настоящее время доступен, но редко используется. Требует бустирования RTV.

VII Частота и тяжесть отличаются в зависимости от APB-препарата. viii Зафиксированы случаи синдрома лекарственной гиперчувствительности (всего 6 случаев).

* Эффекты, связанные с реакцией гиперчувствительности.

Примечание: Совокупность побочных эффектов, представленных в вышеприведенной таблице, не является исчерпывающей, но в ней представлены все наиболее значимые эффекты с указанием возможной причинной связи с применением препарата. У пациентов, получающих АРТ, часто наблюдается тошнота, диарея и сыпь, и эти симптомы приводятся в таблице по лекарственным препаратам, где указаны возможные причинные связи, установленные на основе клинических наблюдений.

Приложение 7

Назначение APB-препаратов пациентам с затрудненным глотанием

Препарат	Форма выпуска	Измельчать таблетки	Открывать капсулы	Примечания
НИОТ				
ABC	таблетки (300 мг) раствор (20 мг/мл)	да		Горький вкус. Измельченные таблетки могут быть добавлены в небольшое количество полутвердой пищи или в жидкость, которые следует употребить немедленно
ЗТС	капсулы (200 мг) раствор (10 мг/мл)(vii)	да		Измельченные таблетки могут быть добавлены в небольшое количество полутвердой пищи или в жидкость, которые следует употребить немедленно
TDF	таблетки (300(i) мг)	да		Лучше: растворить в ≥ 1 децилитре воды/сока (апельсинового или виноградного), горький вкус
ZDV	капсулы (250 мг)	нет	нет	Вяжущий, горький вкус
	сироп (10 мг/мл)			Лучше: использовать сироп или вводить внутривенно по 6 мг/кг в день в 5%-м растворе глюкозы
TAF/FTC	таблетки (25/200 мг)	нет		Необходимо проглотить таблетку

	и 10/200 мг)(v)			целиком. Таблетку не следует разжевывать, разламывать, разрезать или измельчать
TDF/FTC	таблетки (300(i)/200 мг)	да		Лучше: растворить в ≥ 1 децилитре воды/сока (апельсинового или виноградного), горький вкус
ABC/3TC	таблетки (600/300 мг)	нет		Использовать раствор отдельных компонентов
ZDV/3TC	таблетки (300/150 мг)	да		Разболтать в воде (≥ 15 мл); другой вариант: использовать раствор отдельных компонентов
ABC/3TC/ZDV	таблетки (300/150/300 мг)	нет		Использовать раствор отдельных компонентов
ННИОТ				
EFV	таблетки (600 мг)	да		Трудно растворяется; раствор обладает меньшей биодоступностью; если масса тела > 40 кг, использовать дозу 720 мг
	капсулы (50, 100, 200 мг)	нет	да	
	раствор (30 мг/мл)			
ETV	таблетки (200 мг)	нет		Разболтать в воде (≥ 5 мл). В стакан следует добавить воду по несколько раз, каждый раз раствор должен быть полностью выпит, чтобы гарантировать потребление целой дозы препарата.
NVP	таблетки (200, 400 мг(ii)) суспензия (10 мг/мл)	да(ii)		Растворить в воде
RPV	таблетки (25 мг)	нет		Измельчение таблеток и добавление в жидкость не рекомендуется. RPV нерастворим в воде в широком диапазоне pH.
TDF/FTC/EFV	таблетки (300(i)/200/600 мг)	нет		
TAF/FTC/RPV	таблетки (25/200/25 мг)	нет		Необходимо проглотить таблетку целиком. Таблетку не следует разжевывать, измельчать или дробить
TDF/FTC/RPV	таблетки (300(i)/200/25 мг)	нет		Измельчение таблеток и добавление в жидкость не рекомендуется. RPV нерастворим в воде в широком диапазоне pH.
ИП				
ATV	капсулы (150, 200, 300 мг)	нет	да	Трудно открывается; принимать во время еды
ATV/c	таблетки (300/150 мг)	нет		Необходимо проглотить таблетку целиком. Таблетку не следует разжевывать, разламывать, разрезать или измельчать

DRV	таблетки (75,150, 400, 600, 800 мг) раствор (100 мг/мл)	да		Принимать во время еды. Измельченные таблетки можно добавить в небольшое количество полутвердой пищи или в жидкость, которые следует употребить немедленно
DRV/c	таблетки (800/150 мг)	нет		
LPV/r	таблетки (200/50 мг) раствор (80/20 мг/mL)	нет		Спирт 42%, не разводить в воде (может произойти осаждение), запить молоком (не водой); принимать во время еды, горький вкус: развести в молочном-шоколадном напитке
RTV	таблетки (100 мг) раствор (80 мг/мл)	нет		Спирт 43%, не разбавлять раствор (может произойти осаждение), запить молоком (не водой); горький вкус; принимать во время еды
Другие				
DTG	таблетки (50 мг)	да		Измельченные таблетки могут быть добавлены в небольшое количество полутвердой пищи или в жидкость, которые следует употребить немедленно.
MVC	таблетки (150, 300 мг)	да		Хотя компания не обладает какой-либо специфической кинетической информацией, измельчение таблеток не предполагает негативного эффекта на биодоступность
RAL(iii)	таблетки (400 мг) жевательные таблетки (25, 100 мг)	да		Жевательные таблетки имеют более высокую биодоступность: 300 мг жевательной таблетки (= 400 мг таблетки в пленочной оболочке)
TAF/FTC/EVG/c	таблетки (10/200/150/150 мг)	нет		Необходимо проглотить таблетку целиком. Таблетку не следует разжевывать, разламывать, резать или измельчать
TDF/FTC/EVG/c	таблетки (300 ⁽ⁱ⁾ /200/150/150 мг)	нет		Измельчение таблеток практически не влияет на фармакокинетический профиль ^(iv)
ABC/3TC/DTG (vi)	таблетки (600/300/50 мг)	да		Измельченные таблетки могут быть добавлены в небольшое количество полутвердой пищи или в жидкость, которые следует употребить немедленно
Профилактика/лечение оппортунистических инфекций				
Азитромицин	таблетки (250 мг) суспензия (40 мг/мл)	нет		
Котримоксазол	таблетки (400/80, форте 800/160 мг) раствор (40/8 мг на мл)	да; форте трудно		Разбавить раствор водой в 3-5 раз (высокая осмоляльность)

Флуконазол	капсулы (50-200 мг) суспензия (40 мг/мл)	нет	да	
Пириметамин	таблетки (25 мг)	да		Принимать во время еды
Валганцикловир	таблетки (450 мг) раствор (50 мг/мл)	нет	нет	Трудно растворяется
Рифампицин	таблетки (450, 600 мг)	да		Принимать натощак
	капсулы (150, 300 мг)	нет	да	
	суспензия (20 мг/мл)			
Рифабутин	капсулы (150 мг)	нет	да	Смешайте с яблочным соусом, сиропом (нерастворим в воде)
Изониазид	таблетки (100, 150 мг)	да		Принимать натощак
Пиразинамид	таблетки (500 мг)	да		
Этамбутол	таблетки (100, 400 мг)	да		Трудно растворяется Лучше: использовать раствор внутривенно
Рифампицин/изониазид	таблетки (150/100, 150/75 мг)	да		Принимать натощак
Рифатер (Рифампицин, Изониазид, Пиразинамид)	таблетки (120/50/300 мг)	да		Принимать натощак
Римстар (рифампицин, изониазид, пиразинамид, этамбутол)	таблетки (150/75/400/275 мг)	да		Принимать натощак
Рибавирин	капсулы (200 мг)	нет	да	Разболтать в апельсиновом соке, принимать во время еды

I В некоторых странах TDF выпускается с маркировкой 245 мг, а не 300 мг, что показывает количество пролекарства (тенофовира дизопротексил), а не солей фумарата (тенофовира дизопротексил фумарат).

II Эффект продленного высвобождения теряется. Примечание: прием NVP 400 мг 1 раз в день (немедленное высвобождение) для пациентов с большой массой тела (≥ 90 кг) может привести к минимальным субтерапевтическим концентрациям, как при приеме NVP 200 мг дважды в день. Таким образом, для людей с большой массой тела предпочтительным является прием NVP два раза в день.

III Измельчение таблеток не рекомендуется в инструкции по применению препарата, тем не менее абсорбция RAL не изменилась при измельчении препарата, растворении в 60 мл теплой воды и введении через гастростомическую трубку. Кроме того, абсорбция RAL при применении 400 мг RAL 2p/сут была выше у тех пациентов, которые разжевывали таблетки, а не глотали их целиком.

IV Измельчение таблеток не рекомендуется в инструкции по применению препарата, тем не менее фармакокинетический профиль TDF/FTC/EVG/c существенно не изменился после того, как комбинированный препарат (Stribild) был измельчен и принимался во время еды или в виде капельного вливания, по сравнению с приемом целой таблетки

V TAF применяется в дозировке 10 мг, если принимается одновременно с препаратами, которые ингибируют Р-гликопротеин, и в дозировке 25 мг, если принимается одновременно с препаратами, которые не оказывают ингибирующего влияния на Р-гликопротеин.

VI Фармакокинетические профили DTG/ABC/ЗТС не изменились до клинически значимой степени, после того, как таблетка с

фиксированной дозировкой (Triumeq) была измельчена и добавлена в воду или в энтеральное питание [14].

VII Было доказано, что биодоступность раствора ЗТС значительно снижается зависимым от дозы образом от сорбитола, присутствующего в других жидких препаратах (например, ABC, NVP, котримоксазол)

Приложение 8

Модификация дозировок АРВ-препаратов при нарушении функции печени

НИОТ	
ABC	Классификация по Чайлд-Пью А: 200 мг 2 р/сут (использовать раствор для П/Ого приема) Классификация по Чайлд-Пью В или С: противопоказано
FTC	Без коррекции дозировки
ЗТС	Без коррекции дозировки
TAF	Без коррекции дозировки
TAF/FTC	Без коррекции дозировки
TDF	Без коррекции дозировки
TDF/FTC	Без коррекции дозировки
ZDV	Уменьшить дозу на 50%, или вдвое увеличить интервалы между приемами, если классификация по Чайлд-Пью С
ННИОТ	
EFV	Никаких изменений дозировки; для пациентов с нарушениями функции печени применять с осторожностью.
TDF/FTC/EFV	
ETV	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
NVP	Классификация по Чайлд-Пью В или С: противопоказано
RPV	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
TAF/FTC/RPV	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
TDF/FTC/RPV	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
ИП	
ATV	Классификация по Чайлд-Пью В: 300 мг 1р/сут
	Классификация по Чайлд-Пью С: не рекомендовано
	Бустинг с ритонавиром не рекомендуется для пациентов с нарушениями функции печени

	(Классификация по Чайлд-Пью В или С)
DRV	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки
	Классификация по Чайлд-Пью С: не рекомендовано
DRV/c	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки
	Классификация по Чайлд-Пью С: не рекомендовано
LPV/r	Без рекомендаций по дозировке; для пациентов с нарушениями функции печени применять с осторожностью.
RTV	См. рекомендации для первичного ИП
MVC	Без рекомендаций по дозировке. Для пациентов с нарушениями функции печени концентрации, вероятно, увеличатся
ИИ	
RAL	Без коррекции дозировки
EVG	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
DTG	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
TAF/FTC/ EVG/c	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
TDF/FTC/ EVG/c	Классификация по Чайлд-Пью А или В: без коррекции дозировки Классификация по Чайлд-Пью С: нет данных
ABC/3TC/ DTG	Использовать отдельные компоненты, см. соответствующие коррекции
TAF/FTC/ BIC	Использовать отдельные компоненты, см. соответствующие коррекции

Примечание: Нарушение функции печени является важным показанием для проведения терапевтического наблюдения лекарств, так как опыт коррекции таких дозировок в клинических условиях весьма ограничен.

Приложение 9

Вирусологическая неудача

Определение	НЕПОЛНАЯ СУПРЕССИЯ: ВН ВИЧ > 200 копий/мл через 6 месяцев ⁽ⁱ⁾ после начала терапии у пациентов, ранее не принимавших АРТ. ВОЗОБНОВЛЕНИЕ ВН: подтвержденная ВН ВИЧ > 50 копий/мл у пациентов с ранее неопределяемой ВН ВИЧ.
	Пересмотреть ожидаемую эффективность схемы лечения
	Оценить приверженность пациента, его готовность, переносимость, лекарственные взаимодействия и взаимодействия препаратов с продуктами питания, психосоциальное состояние пациента
	Выполнить тест на резистентность к препаратам неэффективной схемы лечения (обычно выполняется при ВН ВИЧ > 350-500 копий/мл и в специализированных лабораториях при более низких уровнях вирусемии) и получить результаты теста на резистентность из анамнеза, для определения исходных зарегистрированных

	мутаций
	Выполнить тест на тропизм
	По возможности, провести терапевтический мониторинг лекарств
	Просмотреть историю АРВ-лечения в анамнезе
	Определить возможные варианты лечения: активные и потенциально активные препараты/ комбинации
Общие меры	Пересмотреть ожидаемую эффективность схемы лечения
	Оценить приверженность пациента, его готовность, переносимость, лекарственные взаимодействия и взаимодействия препаратов с продуктами питания, психосоциальное состояние пациента
	Выполнить тест на резистентность к препаратам неэффективной схемы лечения (обычно выполняется при ВН ВИЧ > 350-500 копий/мл и в специализированных лабораториях при более низких уровнях вирусемии) и получить результаты теста на резистентность из анамнеза, для определения исходных зарегистрированных мутаций
	Выполнить тест на тропизм
	По возможности, провести терапевтический мониторинг лекарств
	Просмотреть историю АРВ-лечения в анамнезе
	Определить возможные варианты лечения: активные и потенциально активные препараты/ комбинации
Как поступать в случае вирусологической неудачи	Если ВН ВИЧ > 50 и < 500 копий/мл, то:
	Проверить приверженность
	Проверить уровень ВН ВИЧ в плазме крови через 2-4 недели
	Если генотип определить невозможно, то рассмотреть возможность смены схемы, исходя из ранее проводимого лечения и данных о резистентности в анамнезе
	Если подтверждается уровень ВН ВИЧ > 500 копий/мл, то:
	Изменить схему лечения в максимально короткий срок. Какие именно препараты менять – будет зависеть от результатов теста на резистентность:
	Если мутаций резистентности не обнаружено, перепроверить приверженность пациента,
	Если мутации резистентности обнаружены, то сменить схему лечения на супрессивную с учетом истории лечения; рекомендуются консультации со специалистами различного профиля
	Цель новой схемы лечения: ВН ВИЧ < 50 копий/ мл через 6 месяцев
В случае наличия мутаций резистентности	Общие рекомендации:
	В новой схеме использовать, по меньшей мере, 2 или лучше 3 активных препарата (включая активные препараты из ранее использовавшихся классов), исходя из предыдущих мутаций резистентности, которые присутствуют в текущем или предыдущем генотипическом тесте
	Любая схема должна включать в себя как минимум 1 полностью активный ИП/р (например, DRV/r) плюс 1 препарат из класса, который раньше не использовался,

	например, ингибитор слияния, ИИ или антагонист CCR5 (если тест на тропизм показывает наличие только R5-тропного вируса), или 1 ННИОТ (например, ETV), выбранный по результатам генотипического теста
	Если на основании данных о резистентности осталось < 2 активных препаратов, то отложить изменения, за исключением случаев с низким уровнем CD4 (< 100 кл/мкл) или случаев с высоким риском клинического ухудшения, когда целью является сохранение иммунной функции посредством частичного снижения вирусной нагрузки (снижение > 1*log10) при повторном использовании АРВ-препаратов
	Если варианты ограничены, необходимо рассмотреть экспериментальные препараты или новые препараты, отдавая предпочтение участию в клинических исследованиях (но при этом следует избегать функциональной монотерапии)
	Прерывание лечения не рекомендуется.
	В отдельных случаях, возможно, продолжить применение ЗТС или FTC даже при доказанной мутации резистентности (M184V/I)
	При наличии нескольких вариантов схем критерии предпочтительного выбора схем включают в себя: упрощение схемы, оценку риска токсичности, лекарственное взаимодействие, потенциальную терапию спасения
I У пациентов с очень высоким базовым уровнем ВН ВИЧ (> 100 000 - 500 000 копий/мл) подавление вирусной нагрузки может занять более 6 месяцев	

Приложение 10

Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Первичная профилактика ОИ согласно стадии иммунодефицита

Порог количества CD4 /показания
Если CD4<200 кл/мкл, CD4%<14% рецидивирующий оральный кандидоз или соответствующее сопутствующее угнетение иммунитета*
Профилактика пневмоцистной пневмонии (ПЦП) и токсоплазмоза
Остановить: если CD4 > 200 кл/мкл более 3 месяцев или CD4 100-200 кл/мкл и неопределяемая ВН ВИЧ более 3 месяцев
* например, использование кортикостероидов с эквивалентом преднизона > 20 мг в течение более 2 недель, химиотерапия, высокомолекулярные лекарственные средства, такие как ритуксимаб и другие. Решения о начале и прекращении в таких ситуациях должны приниматься индивидуально.

	Препарат	Доза	Комментарии
Положительная или отрицательная серология на токсоплазмоз	TMP-SMX	1 таблетка двойной дозировки (ds) (800/160 мг) 3 х/неделю П/О или 1 таблетка обычной дозировки (ss) (400/80 мг) 1 х/сутки П/О	

		или 1 таблетка ds 1 x/сутки П/О	
Отрицательная серология на токсоплазмоз	пентамидин	300 мг в 6 мл стерилизован- ной воды 1 x ингаляция/месяц	Не предотвращает редкие внелегочные проявления <i>P. jirovecii</i>
Отрицательная серология на токсоплазмоз	дапсон	1 x 100 мг/сутки П/О	Контроль недостаточности G6PD
Положительная или отрицательная серология на токсоплазмоз	атоваквон суспензия	1 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей)	
Положительная серология на токсоплазмоз	дапсон + пириметамин + фолиновая кислота	200 мг 1x/неделю П/О 75 мг 1x/неделю П/О 25 мг 1x/неделю П/О	Контроль недостаточности G6PD
Положительная серология на токсоплазмоз	атоваквон суспензия +/- пириметамин + фолиновая кислота	1 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей) 75 мг/нед П/О 25-30 мг/нед П/О	
Количество CD4 < 50 кл/мкл			
Профилактика против нетуберкулезных микобактерий (<i>M. avium complex</i> , <i>M. genavense</i> , <i>M. kansasii</i>) Рассмотрите профилактику только если нет клинических подозрений в распространяемости нетуберкулезных бактерий. Профилактика может быть отложена, если кАРТ была начата в течение четырех недель. Остановить: если CD4 > 100 кл/мкл более 3 месяцев и пациент на эффективной АРТ (и, по мнению экспертов, ВН ВИЧ неопределяемая)			
Схемы, рекомендованные в качестве альтернатив	азитромицин	1 x 1200-1250 мг/ нед П/О	Проверить на взаимодействие с АРТ
	или кларитромицин	2 x 500 мг/ день П/О	
	или рифабутин	1 x 300 мг/сутки П/О	Проверить на взаимодействие с АРТ

Приложение 11

Первичная профилактика, лечение и вторичная профилактика/ поддерживающая терапия отдельных ОИ

Пневмоцистная пневмония (ПЦП)

Первичная профилактика
Показания: если CD4 < 200 кл/мкл, CD4% < 14% рецидивирующий кандидоз полости рта или соответствующее сопутствующее угнетение иммунитета (см. выше)

Остановить: если CD4 > 200 кл/мкл более 3 месяцев или CD4 100-200 клеток/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая более 3 месяцев			
	Препарат	Доза	Комментарий
Положительная или отрицательная серология на токсоплазмоз	TMP-SMX	1 таблетка двойной дозировки (800/160 мг) 3 х/неделю П/О или 1 таблетка обычной дозировки (400/80 мг) 1 х/сутки П/О или 1 таблетка двойной дозировки 1 х/сутки П/О	
Отрицательная серология на токсоплазмоз	пентамидин	300 мг в 6 мл воды 1 х ингаляция/месяц	Не предотвращает редкие внелегочные проявления P. JIROVECI
Отрицательная серология на токсоплазмоз	дапсон	1 х 100 мг/сутки П/О	Контроль недостаточности G6PD
Положительная или отрицательная серология на токсоплазмоз	атоваквон суспензия	1 х 1500 мг/сутки П/О (с едой)	
Положительная серология на токсоплазмоз	дапсон + пириметамин + фолиновая кислота	200 мг 1 х/неделю П/О 75 мг 1 х/неделю П/О 25-30 мг 1 х/неделю П/О	Контроль недостаточности G6PD
Положительная серология на токсоплазмоз	атоваквон суспензия +/- пириметамин + фолиновая кислота	1 х 1500 мг/сутки П/О (с едой) 75 мг 1 х/нед П/О 25-30 мг 1 х/нед П/О	
Лечение			
По крайней мере 21 день, затем вторичная профилактика до тех пор, пока количество CD4 > 200 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая более 3 мес.			
Диагностика:			
- Окончательный диагноз: Кашель и одышка при физической нагрузке И диагностика по цитологии/гистопатологии индуцированной мокроты (чувствительность до 80%), бронхоальвеолярный лаваж (чувствительность >95%) или биопсия бронхоскопической ткани (чувствительность >95%)			
- Предварительный диагноз: число лимфоцитов CD4 < 200 кл/мкл И одышка / ослабление восприятия при физической нагрузке и кашле И радиология, совместимая с ПЦП И без признаков бактериальной пневмонии И реакции на лечение ПЦП.			
Предпочтительная терапия	TMP-SMX + преднизалон если PaO ₂ < 10 кПа или < 70 мм рт.ст. или альвеолярный/ артериальный	3 х 5 мг/кг/сутки TMP В/В/П/О + 3 х 25 мг/кг/сутки SMX В/В/П/О 2 х 40 мг/сутки П/О 5 дней 1 х 40 мг/сутки П/О 5	Польза кортикостероидов, если начаты до истечения 72 часов после начала лечения

	градиент O ₂ > 35 мм рт.ст. Начать предни-зон за 15-30 мин до TMP/SMX	дней 1 x 20 мг/сутки П/О 10 дней	
Альтернативная терапия для умеренной и тяжелой ПЦП	примахин + клиндамицин	1 x 30 мг (основа)/сутки П/О 3 x 600-900 мг В/В/П/О	Контроль недостаточности G6PD
	или пентамидин	1 x 4 мг/кг/сутки в/в (инфузия в течение 60 мин.)	
	Для каждой схемы: + преднизалоон если PaO ₂ <10 кПа или <70 мм рт.ст. или альвеолярный/ артериальный градиент O ₂ > 35 мм рт.ст. Начать преднизон за 15-30 мин до TMP/SMX. Некоторые эксперты рекомендуют добавление каспофунгина к стандартному лечению пациентов с ПЦП (необходима госпитализация и интенсивный уход)	2 x 40 мг/сутки П/О 5 суток 1 x 40 мг/сутки П/О 5 суток 1 x 20 мг/сутки П/О 10 суток	Польза кортикостероидов, если начаты до истечения 72 часов
Альтернативная терапия для легкой и умеренной ПЦП	примахин + клиндамицин	1 x 30 мг (основа)/сутки П/О 3 x 600-900 мг/сутки П/О	Контроль недостаточности G6PD
	или атоваквон суспензия	2 x 750 мг/сутки П/О (с пищей)	
	или дапсон + триметоприм	1 x 100 мг/сутки П/О 3 x 5 мг/кг/сутки П/О	Контроль недостаточности G6PD В случае сыпи: снизить дозу TMP (50%), антигистаминные препараты
Вторичная профилактика / поддерживающая терапия			
Остановить: если CD4 > 200 кл/мкл и неопределяемая ВН ВИЧ более 3 месяцев			

Положительная или отрицательная серология на токсоплазмоз	TMP-SMX	1 таблетка двойной дозировки (800/160 мг) 3 раза/неделю П/О или 1 таблетка обычной дозировки (400/80 мг) 1 раз/сутки П/О или 1 таблетка двойной дозировки 1 раз/сутки П/О	
Отрицательная серология на токсоплазмоз	пентамидин	300 мг в 6 мл стерилизованной воды 1 ингаляция/месяц	Не использовать при редких внелегочных проявлениях Р. JIROVECI
Отрицательная серология на токсоплазмоз	дапсон	1 x 100 мг/сутки П/О	Контроль недостаточности G6PD
Положительная или отрицательная серология на токсоплазмоз	атоваквон суспензия	1 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей)	
Положительная серология на токсоплазмоз	дапсон +/- пириметамин + фолиновая кислота	200 мг 1 х/нед П/О 75 мг 1 х/нед П/О 25-30 мг 1 х/нед П/О	Контроль недостаточности G6PD

Токсоплазменный энцефалит

Первичная профилактика			
Показания: если CD4 < 200 кл/мкл, CD4%<14% рецидивирующий оральный кандидоз или соответствующее сопутствующее угнетение иммунитета (см. выше)			
Остановить: если CD4 > 200 кл/мкл более 3 месяцев или CD4 100-200 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая более 3 месяцев			
	Препарат	Доза	Комментарии
Предпочтительная профилактика	TMP-SMX	1 таблетка двойной дозировки (800/160 мг) 3 х/неделю П/О или 1 таблетка обычной дозировки (400/80 мг) 1 х/сутки П/О или 1 таблетка двойной дозировки 1 х/сутки П/О	Все указанные схемы лечения также эффективны против ПЦП
Альтернативная профилактика	атоваквон суспензия	1 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей)	
	дапсон + пириметамин + фолиновая кислота	200 мг 1 х/неделю П/О 75 мг 1 х/неделю П/О 25-30 мг 1 х/неделю П/О	Контроль недостаточности G6PD

	атоваквон суспензия +/- пириметамин + фолиновая кислота	1 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей) 75 мг 1х/неделю П/О 25-30 мг 1 х/неделю П/О	
Лечение			
Лечить 6 недель, затем вторичная профилактика пока число клеток CD4 > 200 кл/мкл в течение > 6 месяцев			
Диагноз:			
- Окончательный диагноз: клинические симптомы, типичная радиология мозга И цитологическое/гистологическое обнаружение			
Предположительный диагноз: клинические симптомы, типичная радиология И реакция на эмпирическое лечение. Является стандартом в большинстве клинических условий			
Предпочтительная терапия	пириметамин + сульфадиазин + фолиновая кислота	День 1: 200 мг П/О, затем если ≥ 60 кг; 1 x 75 мг/сутки П/О если <60 кг: 1 x 50 мг/сутки П/О если ≥ 60 кг: 2 x 3000 мг/сутки/В/В если <60 кг: 2 x 2000 мг/сутки/ П/О/В/В 1 x 10-15 мг/сутки П/О	Контролировать миелотоксичность пириметамина, главным образом нейтропению Сульфадиазин связан с кристаллурией и может привести к почечной недостаточности и мочекаменной болезни. Важна хорошая гидратация. Проверьте функцию почек и осадок мочи на микрогематурию и кристаллурию.
	пириметамин + клиндамицин + фолиновая кислота	День 1: 200 мг/сутки П/О, затем если ≥ 60 кг: 1 x 75 мг/сутки П/О если <60 кг: 1 x 50 мг/сутки П/О 4 x 600-900 мг/сутки П/О/В/В 1x 10-15 мг/сутки П/О	Контролировать миелотоксичность пириметамина, главным образом нейтропению Важна дополнительная профилактика РСР
	или TMP-SMX	2 x 5 мг TMP/кг/ день В/В/ П/О 2 x 25 мг SMX/кг/сутки В/В/ П/О	Предпочтительная схема если пероральный прием невозможен
Альтернативное лечение	или пириметамин + атоваквон + фолиновая кислота	День 1: 200 мг ро, затем Если ≥ 60 кг; 1 x 75 мг/сутки П/О Если < 60 кг: 1 x 50 мг/сутки П/О 2 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей) 1 x 10-15 мг/сутки П/О	Контролировать миелотоксичность пириметамина, главным образом нейтропению
	или сульфадиазин	Если ≥ 60 кг: 4 x 1500 мг/ день П/О/В/В	Сульфадиазин связан с кристаллурией и может

	+ атоваквон	Если <60 кг: 4 x 1000 мг/ день П/О/В/В 2 x 1500 мг/сутки П/О (с пищей)	привести к почечной недостаточности и мочекаменной болезни. Важна хорошая гидратация. Проверьте функцию почек и осадок мочи на микрогематурию и кристаллурию.
	или пириметамин + азитромицин + фолиновая кислота	День 1: 200 мг П/О, затем Если ≥ 60 кг; 1 x 75 мг/сутки П/О Если <60 кг: 1 x 50 мг/сутки П/О 1 x 900-1200 мг/сутки П/О 1 x 10-15 мг/сутки П/О	Контролировать миелотоксичность пириметамина, главным образом нейтропению

Вторичная профилактика / поддерживающая терапия

Остановить: если CD4 > 200 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая более 6 месяцев

Перечисленные схемы применяются в качестве альтернатив	сульфадiazин	2-3 г/сутки П/О (в 2-4 дозах)	
	+ пириметамин	1 x 25-50 мг/сутки П/О	
	+ фолиновая кислота	1 x 10-15 мг/сутки П/О	
	или клиндамицин	3 x 600 мг/сутки П/О	Важна дополнительная профилактика ПЦП
	+ пириметамин	1 x 25-50 мг/сутки П/О	
	+ фолиновая кислота	1 x 10-15 мг/сутки П/О	
	или атоваквон суспензия	2 x 750-1500 мг/сутки П/О (с едой)	
	+ пириметамин	1 x 25-50 мг/сутки П/О	
	+ фолиновая кислота	1 x 10-15 мг/сутки П/О	
	или атоваквон суспензия	2 x 750-1500 мг/сутки П/О (с пищей)	
или TMP-SMX	1 табл. двойной дозировки (800/160 мг) 2 x/сутки П/О		

Криптококковый менингит

Лечение
14 дней индукционная терапия, затем 8 недель консолидационная терапия, затем вторичная профилактика по крайней мере 12 месяцев. Остановить, если количество CD4 > 100 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая более 3 месяцев
Диагноз: положительная микроскопия ИЛИ обнаружение антигена, ИЛИ культура в спинномозговой жидкости

Манифестации в других органах: криптококковая инфекция также может вызывать пневмонию, которая может быть трудно отличима от пневмоцистной пневмонии. Инфекция также может затрагивать другие органы и быть диссеминированной.

Первичная профилактика: Первичная профилактика: результаты большого рандомизированного КИ в Африке (исследование REALITY [9]) говорят о том, что усиленная профилактика инфекции у лиц с тяжелой иммуносупрессией (<50 CD4 клеток/мкл), включая изониазид в течение 12 недель, флуконазол 100 мг/сут в течение 12 недель, азитромицин 500 мг/сут в течение 5 дней и однократная доза альбендазола 400 мг может в целом уменьшить оппортунистические инфекции (включая криптококковый менингит) и смертность.

Превентивная терапия: Ранние стадии генерализованной криптококковой инфекции могут быть малосимптомными. Новые данные, полученные в условиях с ограниченными ресурсами подтверждают необходимость анализа сыворотки крови на криптококковый антиген среди всех пациентов, которым установлен диагноз ВИЧ-инфекция с CD4 < 100 кл/мкл. Если криптококковый антиген обнаружен, следует изучить спинномозговую жидкость, чтобы исключить криптококковый менингит. Если менингит исключается, рекомендована превентивная терапия флуконазолом 800 мг/сутки П/О в течение двух недель перед началом кАРТ, чтобы уменьшить риск ВСВИ.

	Препарат	Доза	Комментарии
Превентивная терапия	флуконазол	1 x 800 мг/сутки П/О в течение 2 недель, затем 1 x 400 мг/сутки П/О в течение 8 недель	В случае: - Положительного результата анализа сыворотки крови на криптококковый антиген - Бессимптомного течения - Криптококковый менингит исключается путем изучения СМЖ
Индукционная терапия	липосомальный амфотерицин В + флюцитозин	3 мг/кг/сутки В/В 4 x 25 мг/кг/сутки/П/О	14 дней - Затем выполнить люмбальную пункцию (ЛП): если культура СМЖ стерильна, перейти на схему для перорального приема.
	или амфотерицин В дезоксихолат + флюцитозин	0,7 мг/кг/ день В/В 4 x 25 мг/кг/ день П/О	- При выполнении ЛП всегда должно измеряться давление открытия. - Повторные ЛП или шунтирование спинномозговой жидкости необходимы для эффективного контроля повышенного внутричерепного давления, ассоциированного с лучшей выживаемостью - Кортикостероиды, которые неэффективны в понижении повышенного внутричерепного давления, могут нанести вред и их применение противопоказано - Дозировки флуцитозина должны быть адаптированы к функции почек - Отложить начало кАРТ по крайней мере на 4 недели. - Амфотерицина В дезоксихолат может быть доступен не во всех европейских странах - Флюцитозин может быть доступен не во всех

			европейских странах. Рассмотреть замену флюконазолом 2 x 400 мг/сут в течение индукционной фазы
Консолидационная терапия	флуконазол	1 x 400 мг/сутки П/О (нагрузочная доза 1 x 800 мг в первый день)	8 недель. Повторные ЛП, пока давление открытия не станет <20 см Н ₂ О
Вторичная профилактика / поддерживающая терапия			
По крайней мере 12 месяцев			
Рассмотреть прекращение: если количество CD4 >100 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая больше 3 месяцев			
	флуконазол	1 x 200 мг/сутки П/О	см. Взаимодействие АРВ-препаратов с другими лекарственными средствами
Орофарингеальный кандидоз			
Диагноз: типичное клиническое проявление, см. Взаимодействие АРВ-препаратов с другими лекарственными средствами, для всех азольных препаратов			
Предпочтительная альтернатива	флуконазол	1 x 150-200 мг/сутки П/О	Один раз или до улучшения (5-7 дней)
	итраконазол	1-2 x 100-200 мг/сутки П/О (оральный раствор натошак)	7-14 дней. Помните о взаимодействии с АРТ, см. Взаимодействие АРВ-препаратов с другими лекарственными средствами
	нистатин	3-6 пастилок по 400000 единиц (прибл. 4-6 мл)/сут	7-14 дней
	или амфотерицин В	3-6 пастилок в 10 мг/сутки или П/О суспензия 1-2 г/сут (в 2-4 приема)	
Эзофагит			
Окончательный диагноз: макроскопический осмотр при эндоскопии, ИЛИ гистология биопсии, ИЛИ цитология образца с поверхности слизистых оболочек			

Предварительный диагноз: если 1. Недавнее начало дисфагии И 2. Орофарингеальный кандидоз			
Предпочтительная альтернатива	флуконазол	1 x 400 мг/сутки или 400 мг нагрузочная доза, затем 200 мг/сутки П/О	3 дня 10-14 дней
	рассмотреть итраконазол или позаконазол или вориконазол или каспофунгин	1-2 x 100-200 мг/сутки П/О (раствор для П/О-го приема натошак) 2 x 400 мг/сутки П/О 2 x 200 мг/сутки П/О 1 x 70 мг/сутки в/в, после 1 x 50 мг/сутки в/в	10-14 дней. Помните о взаимодействии с АРТ, см. Взаимодействие АРВ-препаратов с другими лекарственными средствами В случае рефрактерного заболевания лечить в соответствии с результатами теста на резистентность. Подобрать дозировку позаконазола и вориконазола в соответствии с минимальной ингибирующей концентрацией кандиды и минимальным уровнем препарата в крови.

Гистоплазмоз (*Histoplasma capsulatum*)

Лечение			
<p>Диагноз: Обнаружение антигена в крови, моче или бронхоальвеолярной жидкости ИЛИ положительная микроскопия ИЛИ микологическая культура крови, мочи, бронхо-альвеолярной жидкости, спинномозговой жидкости или биопсия ткани</p> <p>Примечание: Спинномозговая жидкость, которая обычно показывает лимфатический плеоцитоз, как правило, микроскопическая и показывает отрицательную культуру. Обнаружение антигена или антитела гистоплазмы более чувствительно. Несмотря на это, клинический диагноз возможен в случае отрицательного антигена или антитела гистоплазмы в спинномозговой жидкости, если присутствует диссеминированный гистоплазмоз, а инфекция ЦНС не объясняется другой причиной.</p> <p>Обратитесь к эксперту при непереносимости флуконазола, вориконазола или позаконазола.</p> <p>Имейте в виду взаимодействия азолов с АРТ</p> <p>Рекомендуется проводить измерение концентрации итраконазола и вориконазола в плазме крови для направления оптимального лечения.</p>			
	Препарат	Доза	Комментарии
Тяжелый диссеминированный гистоплазмоз	Индукционная терапия: липосомальный амфотерицин Консолидационная терапия: итраконазол	3 мг/кг/сутки В/В 3 x 200 мг/сутки П/О в течение 3 дней, затем 2 x 200 мг/сутки П/О	В течение 2 недель или до улучшения по крайней мере 12 месяцев

Умеренный диссеминированный гистоплазмоз	итраконазол	3 x 200 мг/сутки П/О в течение 3 дней, затем 2 x 200мг/сутки П/О	По крайней мере 12 месяцев
Гистоплазменный менингит	Индукционная терапия: липосомальный амфотерицин В Консолидационная терапия: итраконазол	5 мг/кг/сутки В/В 2 x или 3 x 200 мг/сутки П/О	4-6 недель По крайней мере, 12 месяцев и до нормализации аномальных результатов спинномозговой жидкости. Измерить концентрацию итраконазола в плазме крови.
Вторичная профилактика / поддерживающая терапия			
Остановить: если количество CD4 > 150 кл/мкл, АРТ и ВН ВИЧ неопределяемая > 6 месяцев, отрицательная грибковая культура крови, антиген гистоплазмы < 2 мкг/л и > 1 год лечения			
Рассмотрите долгосрочную подавляющую терапию в тяжелых случаях менингита и в случае рецидива, несмотря на адекватное лечение			
	итраконазол	1 x 200 мг/сутки П/О	
	или флуконазол	1 x 400 мг/сутки П/О	
Лечение			
Диагноз: тест на антиген / ПЦР / культура мазка / спинномозговой жидкости / биопсия. Клиническое появление кожных поражений не надежно			
Начальный ВПГ генитальный/кожи и слизистых	валациклоvir	2 x 1000 мг/сутки П/О	7-10 дней или до излечения поражений
	или фамциклоvir	2 x 500 мг/сутки П/О	7-10 дней или до излечения поражений
	или ациклоvir	3 x 400-800 мг/сутки П/О	7-10 дней или до излечения поражений
Рецидивирующий ВПГ генитальный/кожи и слизистых (> 6 эпизодов/год)	валациклоvir	2 x 500 мг/сутки П/О	Хроническая супрессивная терапия. Альтернативно, начать раннее лечение рецидивов, как описано выше
Тяжелые поражения кожи и слизистых	ациклоvir	3 x 5 мг/кг/ день в/в	После того, как поражения начнут регрессировать, переключить на пероральную терапию или до излечения поражений
Энцефалит	ациклоvir	3 x 10 мг/кг/ день в/в	14-21 дней
Инфекция ВПГ кожи и слизистых с устойчивостью к ацикловиру	фоскарнет	2-3 x 80-120 мг/кг/ день в/в	До клинического ответа

Инфекции вируса ветряной оспы (VZV)			
Лечение			
Диагноз: типичная клиническая картина с/без тестирования на антитела ИЛИ тестирование на антиген / ПЦР / культура мазка / спинномозговой жидкости / биопсия			
	Препарат	Доза	Комментарии
Первичная инфекция ветряной оспы (ветрянка)	валацикловир	3 x 1000 мг/сутки П/О	5-7 дней
Herpes Zoster (опоясывающий лишай): Не диссеминированный	валацикловир	3 x 1000 мг/сутки П/О	7-10 дней
	или фамцикловир	3 x 500 мг/сутки П/О	7-10 дней
Herpes Zoster: диссеминированный	ацикловир	3 x 10 мг/кг/день в/в	10-14 дней
Энцефалит (включая васкулит)	ацикловир	3 x 10-15мг/кг/сутки	14-21 дней
Инфекции цитомегаловируса (ЦМВ)			
Лечение			
Диагноз ретинита: клиническое появление типичных поражений сетчатки и реакции на терапию. ПЦР водного и стекловидного тела опционально Диагноз эзофагита/колита: эндоскопическое наличие изъязвления и типичной гистологической картины (пористые/внутриядерные тельца- включения)			
Диагноз энцефалита/миелита: клинический внешний вид и положительный результат ПЦР спинномозговой жидкости Тестирование антител и ПЦР в крови не является полезным для диагностики заболеваний органов-мишеней			
	Препарат	Доза	Комментарии
Ретинит, непосредственно угрожающие зрению поражения	ганцикловир	2 x 5 мг/кг/ день в/в	21 день, затем вторичная профилактика
	или фоскарнет	2 x 90 мг/кг/ день в/в	
Ретинит, малые периферийные поражения сетчатки	валганцикловир	2 x 900 мг/сутки П/О (с пищей)	14-21 день, затем вторичная профилактика
	или фоскарнет	2 x 90 мг/кг/ день в/в	
	или цидофовир + пробенецид + NaCl 0.9% гидратация	1 x 5 мг/кг/ день в/в	2 недели затем через каждые 2 недели Цидофовир может не быть доступен во всех европейских странах
Эзофагит/колит	ганцикловир	2 x 5 мг/кг/ день в/в	3-6 недель, соответственно до исчезновения симптомов
	или фоскарнет	2 x 90 мг/кг/ день в/в	
	или валганцикловир	2 x 900 мг/сутки П/О (с пищей)	При более легких формах заболевания, если пероральное лечение переносится
Энцефалит/миелит	ганцикловир и / или	2 x 5 мг/кг/ день в/в	До исчезновения симптомов и прекращения репликации CMV в спинномозговой жидкости (при
	фоскарнет	2 x 90 мг/кг/ день в/в	

			отрицательной ПЦР в СМЖ). Лечение индивидуально в соответствии с клиническими симптомами и ответом на лечение
--	--	--	---

Вторичная профилактика / Поддерживающая терапия: цитомегаловирусный ретинит

Остановить: если количество CD4 > 200 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая более 3 месяцев

Перечисленные схемы применяются в качестве альтернатив	валганцикловир	1 x 900 мг/сутки П/О (с пищей)	
	или ганцикловир	1 x 5 мг/кг/сутки (x 5 дней/неделю) В/В	
	или фоскарнет	1 x 90-120 мг/кг/day (x 5 дней/неделю) В/В	
	или цидофовир + пробенецид + NaCl 0,9% гидратация	1 x 5 мг/кг каждые 2 недели в/в	Цидофовир может не быть доступен во всех европейских странах

Лечение

Окончательный диагноз (лаборатория): свидетельство JCV-ДНК в СМЖ И наличие совместимой клинико-рентгенологической картины
Окончательный диагноз (гистология): типичные гистологические результаты наряду с in-situ проявлением антигена JCV-ДНК или JCV-ДНК И наличие совместимой клинико-рентгенологической картины

Предварительный диагноз: совместимая клинико-рентгенологическая картина, если JCV-ДНК в СМЖ отрицательна или не выявлена

Пациент, не принимающий АРТ	Начать кАРТ немедленно Использование ИИ может быть предпочтительным и обоснованным, учитывая важность быстрого восстановления иммунной системы при ПМЛ. Особое внимание должно быть уделено развитию ВСВИ
Пациент, принимающий АРТ, неудача подавления ВН ВИЧ	Оптимизировать кАРТ Использование ИИ может быть предпочтительным и обоснованным, учитывая важность быстрого восстановления иммунной системы при ПМЛ. Особое внимание должно быть уделено развитию
Пациент, не принимающий АРТ, на терапии в течение многих недель-месяцев или при эффективной кАРТ	Продолжить текущую кАРТ
	Примечание: нет какого-либо специфического лечения JCV инфекции, которое доказало свою эффективность при ПМЛ кроме редких историй болезни, поэтому не рекомендуется использовать следующие препараты, которые ранее или иногда использовались при ПМЛ: Альфа-ИФН, сидофовир, кортикостероиды (за исключением лечения ВСВИ- ПМЛ), цитарабин, внутривенно иммуноглобулины, мефлохин, мirtазапин и топотекан

Лечение синдрома восстановления иммунитета (ВСВИ) при ПМЛ

Диагноз:
 - Парадоксальный ВСВИ при ПМЛ: парадоксальное ухудшение симптомов ПМЛ в контексте индуцированного кАРТ иммунного восстановления И в сочетании с воспалением на МРТ (отек, объемное воздействие и/или повышение контрастности) или при биопсии мозга
 - Обнаружение ВСВИ при ПМЛ: начало ПМЛ в контексте индуцированного кАРТ иммунного восстановления И в сочетании с воспалением на МРТ (отек, объемное воздействие и/или повышение контрастности) или при биопсии мозга

Лечение:
 - Кортикостероиды, например, высокая доза метилпреднизолона (например 1г/сутки в течение 3-5 дней) или внутривенно дексаметазон (например 0,3 мг/кг/сутки в течение 3-5 дней), с последующим постепенным снижением дозы П/О (например, начиная с 1 мг/кг/сутки и постепенно снижая, более 1-6 недель)
 Примечание: Использование кортикостероидов не рекомендовано у лиц без признаков воспаления. Нет других методов лечения, которые доказали бы свою эффективность в лечении ВСВИ/ПМЛ помимо редких случаев историй болезни

Бактериальный ангиоматоз (*Bartonella henselae*, *Bartonella quintana*)

Лечение

Диагноз: типичная гистология

	Препарат	Доза	Комментарий
	доксциклин	2 x 100 мг/сутки П/О	До улучшения (до 2 месяцев) Возможное взаимодействие с АРВ-препаратами
	или кларитромицин	2 x 500 мг/сутки П/О	

Первичная профилактика

Рассмотрите профилактику только если нет клинических подозрений в распространяемости нетуберкулезных бактерий. Профилактика может быть отложена, если АРТ была начата в течение четырех недель.

Остановить: если CD4 > 100 кл/мкл более 3 месяцев и пациент на эффективной АРТ (и, по мнению экспертов, ВН ВИЧ неопределяемая)

Перечисленные схемы применяются в качестве альтернатив	азитромицин	1 x 1200-1250 мг/неделю П/О	Проверить на взаимодействие с АРВ-препаратами
	или кларитромицин	2 x 500 мг/сутки П/О	
	ог рифабутин	1 x 300 мг/сутки П/О	Проверить на взаимодействие с АРВ-препаратами

Лечение

Диагноз: клиническая картина и культуры крови, лимфатических узлов, костного мозга или других обычно стерильных образцов. Для любой схемы лечения, проверьте взаимодействие с АРВ-препаратами

***Mycobacterium avium-intracellulare* complex (MAC)**

Предпочтительные схемы	Предпочтительные схемы	Предпочтительные схемы	Предпочтительные схемы
	или азитромицин + этамбутол	1 x 500 мг/сутки П/О 1 x 15 мг/кг/сутки П/О	Рассмотреть дополнительные препараты, как описано выше

Mycobacterium kansasii			
	рифампицин + изониазид + этамбутол	1 x 600 мг/сутки П/О (или рифабутин 300 мг/сутки П/О) 1 x 300 мг/сутки П/О 1 x 15 мг/кг/сутки П/О	12 месяцев после негативной культуры
	или рифампицин + кларитромицин + этамбутол	1 x 600 мг/сутки П/О (или рифабутин 300 мг/сутки П/О) 2 x 500 мг П/О 1 x 15 мг/сутки П/О	12 месяцев после негативной культуры
Вторичная профилактика / поддерживающая терапия			
Остановить: если количество CD4 > 100 кл/мкл и ВН ВИЧ неопределяемая в течение 6 месяцев и лечение MAC проходит не менее 12 месяцев			
Mycobacterium avium (MAC) инфекция Перечисленные схемы применяются в качестве альтернатив	кларитромицин + этамбутол	2 x 500 мг/сутки П/О 1 x 15 мг/кг/сутки П/О	
	or азитромицин + этамбутол	1 x 500 мг/сутки П/О 1 x 15 мг/кг/сутки П/О	
Криптоспоридиоз (C. parvum, C. hominis)			
Лечение			
<p>Диагностика СПИД-ассоциированного криптоспоридиоза может проводиться только в случаях тяжелого иммунодефицита (число лимфоцитов CD4 <100 кл/мкл) и хронической диарее (> 4 недель) с помощью иммунофлуоресценции или окраски по Цилю-Нильсену стула или ткани.</p> <p>Основным направлением терапии является применение АРТ для восстановления иммунной компетентности с CD4 > 100 кл/мкл. Кроме того, дополнительные меры представляют собой симптоматическое лечение, регидратацию и коррекцию дефицита и возмещение потери электролитов. Все противопротозойные терапии могут быть использованы дополнительно к кАРТ в тяжелых случаях, но этого недостаточно для достижения уничтожения простейших без восстановления иммунитета.</p>			
	Препарат	Доза	Комментарий
	нитазоксанид	2 x 500-1000 мг/сутки П/О	14 дней
	или паромомицин	4 x 500 мг/сутки П/О	14-21 дней
Лечение			
<p>Диагностика СПИД-ассоциированного цистоизоспороза может быть осуществлена только в случае хронической диареи (> 4 недели) с помощью УФ-флюоресценции или микроскопии стула, материала двенадцатиперстной кишки или биопсии ткани кишечника.</p> <p>Кроме противопротозойного лечения, дополнительные меры представляют собой симптоматическое лечение, регидратацию и коррекцию дефицита и возмещение потери электролитов.</p>			
	Препарат	Доза	Комментарий
Предпочтительная терапия	TMP-SMX	2 x 2 таблеток двойной	минимально 10 дней,

		дозировки (800/160 мг)/сутки П/О или 2 x 1 таблеток двойной дозировки (800/160 мг) /сутки П/О	увеличить продолжительность лечения до 3-4 недель, если симптомы ухудшаются или сохраняются 10 дней, увеличить дозировку до 2 x 2 таблеток двойной дозировки / день, если симптомы ухудшаются или сохраняются
Альтернативная терапия, при непереносимости ТМП-SMX	пириметамин + лейковорин или ципрофлоксацин	1 x 50-75 мг/сутки П/О 1 x 10-15 мг/сутки П/О x 500 мг/сутки П/О	10 дней При применении пириметамина необходимо наблюдение на предмет развития миелотоксичности, в основном, нейтропении 7 дней
Вторичная профилактика / поддерживающая терапия			
Остановить: если количество CD4 > 200 кл/мкл, ВН ВИЧ неопределяемая более 6 месяцев и нет никаких признаков стойкого цитозоспороза			
Предпочтительная терапия	TMP-SMX	1 табл. двойной дозировки (800/160 мг) 3 x /нед П/О или 1 табл. двойной дозировки / день П/О табл. двойной дозировки 3 x/ неделю П/О	
Альтернативная терапия	пириметамин + лейковорин	1 x 25 мг/сут П/О 1 x 10-15 мг/сут П/О	При применении пириметамина необходимо наблюдение на предмет развития миелотоксичности, в основном, нейтропении
Лейшманиоз			
Лечение			
Диагностика: микроскопия или ПЦР в мазках, жидкостях организма или тканях			
Предпочтительная терапия	липосомальный амфотерицин В	4 мг/кг каждые 2-4 недели в/в	
	или	3 мг/кг каждые 3	

	амфотерицин В (липидный комплекс)	недели в/в	
Альтернативная терапия	пятивалентная соль сурьмы (Glucantime®)	20 мг/кг/сут в/в или В/М	
	или милтефозин	1 x 100 мг/кг/сут П/О	
	или пентамидин	300 мг каждые 3 - 4 недели в/в	

Приложение 12

Дислипидемия

Принципы: При повышении уровня ЛПНП-холестерина увеличивается риск ССЗ, а при его снижении этот риск уменьшается (см. ниже таблицу, в которой представлены препараты, применяемые по этому показанию). Для холестерина ЛПВП, вероятно, имеет место обратная зависимость, но результаты исследований менее убедительны. Что касается зависимости риска ССЗ от увеличения уровня триглицеридов выше нормы, то она еще менее очевидна, поскольку никогда не было надлежащим образом показано, что сам по себе этот уровень дает возможность судить о риске ССЗ. Более того, клиническая эффективность лечения умеренной гипертриглицеридемии не очевидна; при очень высоких уровнях ТГ (> 10 ммоль/л или > 90 мг/дл) может повыситься риск панкреатита.

Снижение калорийности, увеличение уровня физической нагрузки, снижение веса и отказ от курения обычно способствуют коррекции уровня ЛПВП. Потребление рыбы, сокращение потребления калорий, насыщенных жиров и алкоголя понижает уровень триглицеридов. При отсутствии результата следует подумать о переходе на другую схему АРТ, а затем рассмотреть вопрос о назначении гиполипидемических препаратов. Статины следует назначать всем пациентам, у которых диагностировано сосудистое заболевание, в том числе пациентам с диабетом 2-го типа или высоким риском ССЗ, независимо от уровня липидов.

Препараты, используемые для снижения уровня ЛПНП-холестерина

Класс препаратов	Препарат	Доза	Побочные эффекты	Как применять статины вместе с АРТ	
				Прием с ИП/р	Прием с ННИОТ
Статин (I, IX)	аторвастатин(II)	10-80 мг 1р/сут	Симптомы со стороны ЖКТ, головная боль, бессонница, рабдомиолиз (редко) и токсический гепатит	Начать с малой дозировки (V) (максимум: 40 мг)	Возможна более высокая дозировка (VI)
	флувастатин(III)	20-80 мг 1р/сут		Возможна более высокая дозировка (VI)	Возможна более высокая дозировка (VI)
	правастатин(III)	20-80 мг 1р/сут		Возможна более высокая дозировка (VI,	Возможна более высокая дозировка (VI)

				VII)	
	розувастатин(II)	5-40 мг 1р/сут		Начать с малой дозировки (V) (максимум: 20 мг)	Начать с малой дозировки (V)
	симвастатин(II)	10-40 мг 1р/сут		Противопоказано	
Ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике↓ (I, VIII)	Эзетимиб (IV)	10 мг 1р/сут	Желудочно-кишечные симптомы	Нет известных лекарственных взаимодействиях с АРТ	
Ингибитор PCSK9 (X)	эволокумаб	140 мг 2 р/неделю или 420 мг 1 р/месяц	Ноль	Лекарственных взаимодействий не ожидается	

I В качестве терапии первой линии предпочитают статины; различные статины имеют различную способность понижать уровень холестерина ЛПНП

II, III, IV Целевые уровни холестерина ЛПНП: см. стр. 41. Пациентов, у которых трудно снизить уровень холестерина ЛПНП до целевых уровней, следует направлять к специалисту.

Ожидаемые диапазоны снижения холестерина ЛПНП: II 1,5-2,5 ммоль/л (60-100 мг/дл), III 0,8-1,5 ммоль/л (35-60 мг/дл), IV 0,2-0,5 ммоль/л (10-20 мг/дл)

V, VI Препараты АРТ могут v ингибировать экскрецию статинов (токсичность статинов, снижение дозы) или vi ee индуцировать (снижение эффективности статинов, постепенное повышение дозы для достижения ожидаемого результата II, III)

VII Исключение: если пациент принимает DRV/t, то следует начинать с более низкой дозы правастатина.

VIII Данный препарат можно назначать пациентам с ВИЧ- инфекцией, плохо переносящим статины, или же использовать совместно со статином при недостаточном понижении уровня ЛПНП не смотря на максимально переносимый статин.

IX Опытные данные о заболеваемости/смертности в отношении питавастатина пока отсутствуют для вынесения рекомендаций по его использованию, но препарат может иметь преимущества, проявляющиеся в меньшем межлекарственном взаимодействии, повышении уровня ЛПВП и меньшем уровне негативного воздействия на глюкозу по сравнению с другими статинами.

X Следует рассматривать их назначение пациентам с высоким риском и недостаточным воздействием максимальных доз статинов или с непереносимостью статинов.

Заболевание	Характеристики	Факторы риска	Диагностические тесты
<p>Остеопороз</p> <p>Женщины в постменопаузе и мужчины в возрасте ≥ 50 лет, МПК у которых Т-балл $\leq -2,5$</p> <p>Женщины в пременопаузе и мужчины в возрасте < 50 лет, имеющие МПК Z-балл ≤ -2 и патологически й перелом</p>	<p>Пониженная масса костей</p> <p>Повышенная частота возникновения переломов у ВИЧ-инфицированных людей</p> <p>Протекает бессимптомно до первого перелома</p> <p>Часто встречается при ВИЧ</p> <p>Распространенность остеопороза - до 10-15%</p> <p>Многофакторная этиология</p> <p>Уменьшение МПК, наблюдаемое в начале АРТ</p> <p>Значительное уменьшение МПК в начале приема некоторых АРВ-препаратов(I)</p>	<p>Оценить классические факторы риска(II) и риск перелома с использованием FRAX.</p> <p>Рассмотреть возможность DXA-ис- следования для всех пациентов, у которых имеется ≥ 1 риска:(III)</p> <p>Женщины в постменопаузе</p> <p>Мужчины ≥ 50 лет</p> <p>Пациенты в возрасте 40-50 лет с высоким риском переломов ($>20\%$ 10-тилетний риск переломов на основании оценки FRAX без DXA)</p> <p>Низкотравматичный перелом в анамнезе</p> <p>Высокий риск падений (IV)</p> <p>Клинический гипогонадизм (симптоматический – см. Нарушения половой функции)</p> <p>Прием пероральных глюкокортикоидов (не менее чем 5 мг преднизона или эквивалент в день в течение >3 мес.)</p> <p>Для пациентов с вышеупомянутыми факторами риска, желательно провести DXA, прежде чем начать АРТ.</p> <p>Оценить воздействие факторов риска на риск перелома, путем включения результатов DXA в оценку, полученную с помощью FRAX® (www.shef.ac.uk/FRAX)</p> <p>Применять только для пациентов старше 40 лет</p> <p>Возможна недооценка риска для ВИЧ-инфицированных пациентов</p> <p>ВИЧ можно рассматривать как косвенную причину(V) остеопороза</p>	<p>DXA-сканирование</p> <p>Исключить причины вторичного остеопороза при аномальных значениях МПК низкая (VI)</p> <p>Боковая рентгенограмма позвоночника (поясничный и грудной отделы) при низкой МПК позвоночника, в случае обнаружения остеопороза посредством DXA, а также, если имеется значительная потеря роста или развивается кифоз. (В качестве альтернативы для оценки риска перелома позвоночника вместо боковой рентгенограммы можно использовать DXA-сканирование).</p>
<p>Остеомалация</p>	<p>Нарушенная минерализация костей</p> <p>Повышенный риск переломов и боль в костях</p>	<p>Темная кожа</p> <p>Недостаточность питания</p> <p>Стремление избежать воздействия солнечных лучей</p> <p>Мальабсорбция</p> <p>Ожирение</p>	<p>У всех пациентов при постановке диагноза измерять 25-ОН-витамин D</p>

	Дефицит витамина D может вызывать слабость проксимальных мышц Высокая распространенность (>80%) недостаточности витамина D в некоторых ВИЧ+ когортах и у населения в целом	Потеря фосфатов (VII) через почки	<table border="1" data-bbox="1134 152 1385 304"> <tr> <td></td> <td>л</td> <td>л/л</td> </tr> <tr> <td>Дефицит</td> <td>< 10</td> <td>< 25</td> </tr> <tr> <td>Недостаточность</td> <td>< 20</td> <td>< 50</td> </tr> </table> <p data-bbox="1134 394 1479 622">В случае дефицита или недостаточности, проверить уровень ПТГ. Рассмотреть возможность замены витамина D, при наличии клинических показаний.</p>		л	л/л	Дефицит	< 10	< 25	Недостаточность	< 20	< 50
	л	л/л										
Дефицит	< 10	< 25										
Недостаточность	< 20	< 50										
Остеонекроз	Инфаркт эпифизарного хряща длинных костей, вызывающий острую боль в костях Заболевание редкое, но среди ВИЧ-инфицированных распространенность выше.	Факторы риска: Низкие уровни CD4 Прием глюкокортикоидов Потребление инъекционных наркотиков	МРТ									

I Значительное снижение МПК, наблюдаемое в начале применения схем лечения, содержащих TDF или некоторые ИП. Дополнительные потери МПК, наблюдаемые при переходах на TDF-содержащую схему АРТ, и восстановление МПК при переходах с таких схем на какие-либо другие. Клиническая значимость для оценки риска переломов не определена. TAF не демонстрирует нежелательных эффектов на костную ткань, как TDF. Рассмотреть возможность замены TDF* на препараты, не содержащие тенофовир, или TAF**, если у пациента:

- Остеопороз / прогрессирующая остеопения
- Патологический перелом в анамнезе
- Калькулятор FRAX для основного остеопоротического перелома > 10%
- ИП в качестве третьего препарата

* Мнение экспертов, ожидаются результаты клинических исследований

** Количество данных по использованию TAF при оСКФ ≤ 30 мл/мин ограничено; долгосрочные результаты неизвестны.

II Классические факторы риска: возраст (старше среднего), женский пол, гипогонадизм, переломы бедра в семейном анамнезе, низкий ИМТ (≤ 19 кг/м²), дефицит витамина D, курение, недостаток физических нагрузок, низкотравматичный перелом в анамнезе, избыточное потребление алкоголя (>3 стандартных доз в день), прием стероидов (минимум 5 мг преднизона в день или эквивалент в течение >3 мес.).

III Если T-балл нормальный, повторить через 3-5 лет в группах 1, 2 и 5; если факторы риска не изменяются, то нет необходимости в повторном скрининге при помощи DXA в группах 3 и 4; повторный скрининг нужен только в группе 6, если продолжается прием стероидов.

IV Методика и инструментарий для оценки риска падений (FRAT) <https://www2.>

health.vic.gov.au/ageing-and-aged-care/wellbeing-and-participation/healthy-ageing/ falls-prevention/falls-prevention-tools

V Если включить параметр МПК при подсчете с помощью FRAX-калькулятора, ответ "да" в ячейке вторичных причин не будет рассматриваться при использовании алгоритма FRAX, поскольку предполагается, что вторичный остеопороз влияет на риск переломов исключительно через МПК. Однако, если ВИЧ-инфекция содействует повышению риска возникновения переломов отчасти независимо от МПК, вероятность переломов может быть занижена калькулятором FRAX.

VI В число причин вторичного остеопороза входят: гиперпаратиреоз, гипертиреоз, мальабсорбция, гипогонадизм / аменорея, сахарный диабет, хронические заболевания печени.

VII О диагностике и лечении потери фосфатов через почки.

Приложение 14

Диагностика заболеваний почек

оСКФ ⁽¹⁾		> 60 мл/мин	> 60 мл/мин, но есть ускоренное снижение оСКФ*	> 30 - ≤ 60 мл/ мин	≤ 30 мл/мин
П Р О Т Е И Н У Р И Я (ii)	БМ/К ⁽ⁱⁱⁱ⁾ < 50	Регулярное наблюдение			<ul style="list-style-type: none"> • Контролировать факторы риска ХЗП и прием нефротоксичных препаратов, включая АРТ (iv). • При необходимости, отменять или изменять дозировку лекарств(v) • Проводить УЗИ почек • В срочных случаях обращаться к нефрологу
	БМ/К ⁽ⁱⁱⁱ⁾ 50-100	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить факторы риска ХЗП (viii) и нефротоксичности лекарств, включая АРВ-препараты (iv, viii) • При необходимости, отменить или изменить дозировку лекарств(v) • Провести УЗИ почек • При гематурии и любом уровне протеинурии направлять к нефрологу • В случае нового ХЗП или нарастающего снижения оСКФ обратиться к нефрологу 			

* Определяется как снижение оСКФ на 5 мл/мин в год в течение ≥3 последовательных лет или подтверждено снижение на 25% оСКФ от исходного уровня.

Лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний почек (VI)

Профилактика прогрессирующей почечной недостаточности	Примечания

1. АРТ	<p>Начинать АРТ немедленно при ВИЧ- ассоциированной нефропатии (ВИЧАН)(VII) или серьезных подозрениях на болезнь иммунного комплекса при ВИЧ.</p> <p>Иммуносупрессивная терапия может способствовать проявлению иммунокомплексной гиперчувствительности. Рекомендуется биопсия почек для гистологического подтверждения.</p> <p>Рассмотреть возможность замены TDF** на препараты, не содержащие тенофовир, или ТАФ***, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - БМ/К 20-50 мг/ммоль <p>oСКФ > 60 мл/мин, но есть снижение oСКФ на 5 мл/мин в год в течение как минимум 3-х последовательных лет или подтверждено снижение на 25% oСКФ от исходного уровня сопутствующие заболевания с высоким риском ХЗП (например, диабет и гипертензия), масса тела < 60 кг, использование ИП/р в качестве третьего препарата.</p> <p>Рассмотреть возможность замены TDF** на препараты, не содержащие тенофовир, или ТАФ***, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oСКФ ≤ 60 мл/мин <p>БМ/К > 50 мг/ммоль сопутствующий нефротоксический препарат была предыдущая токсичность TDF (проксимальная почечная тубулопатия)</p> <p>** Экспертное заключение в ожидании клинических данных</p> <p>*** Имеются ограниченные данные об использовании ТАФ при oСКФ ≤ 30 мл/мин, долгосрочное воздействие неизвестно.</p>
2. Начать прием ингибиторов АПФ или антагонистов рецептора ангиотензина-II, если имеет место:	<p>Тщательно отслеживать уровень oСКФ и К+ в начале терапии и при увеличении дозы.</p> <p>а. Целевое артериальное давление: < 130/80 мм рт. ст.</p>
3. Общие меры:	<p>ХЗП и протеинурия являются независимыми факторами риска ССЗ.</p>
<p>- Избежание применения нефротоксичных препаратов;</p> <p>- Изменение образа жизни (курение, вес, питание);</p> <p>- Лечение дислипидемии и диабета</p> <p>- При необходимости, изменение дозировки лекарств(v)</p>	<p>I Для oСКФ: использовать формулу СКD-EPI на основании следующих параметров: уровень креатинина в сыворотке крови, пол, возраст и этническая принадлежность, т.к. количественный анализ oСКФ действителен при >60 мл/мин. В качестве альтернативы можно использовать сокращенную формулу модификации диеты при почечных заболеваниях (сМДПЗ) или формулу Кокрофта-Голта.</p> <p>Определение ХЗП: pСКФ < 60 мл/мин в течение > 3 месяцев (см. http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf). При отсутствии ХБП в анамнезе, подтвердить патологический уровень pСКФ в течение 2 недель.</p>

Использование DTG, COBI и ИП, бустированных RTV, связано с повышением уровня креатинина в сыворотке крови/снижением оСКФ вследствие ингибирования транспорта креатинина в проксимальных канальцах без ущерба для фактической фильтрации клубочков: установите новое значение после 1-2 месяцев.

II Анализ мочи: использовать полосковый анализ мочи для скрининга на гематурию. Для скрининга на протеинурию используйте полосковый анализ мочи, и если результат $\geq 1+$, то нужно проверить отношение белка мочи к креатинину (БМ/К) или провести скрининг БМ/К. Протеинурия считается персистирующей, если она подтверждается в более чем 2 случаях с интервалом $> 2-3$ недель. Если нет БМ/К, используйте отношение альбумина мочи к креатинину (АМ/К), см. (III).

III БМ/К в одноразовой порции мочи предпочтительнее АМ/К, так как определяет общий белок мочи при гломеруло- и тубулопатиях. АМ/К в значительной степени определяет гломерулярные заболевания

и может (если нет БМ/К) использоваться для скрининга на ВИЧ- ассоциированное заболевание почек, но не годится для скрининга на тубулярную протеинурию на фоне нефротоксичности, вызванной лекарственными препаратами (например, тенофовиром).

Если имеются значения обоих показателей (БМ/К и АМ/К), то соотношение $БМ/К > АМ/К$ означает тубулярную протеинурию. Значения АМ/К для скрининга: < 30 , $30-70$ и > 70 . У пациентов с диабетом необходимо отслеживать АМ/К. Показатель БМ/К вычисляется как отношение белка мочи (мг/л) к креатинину мочи (ммоль/л); может также выражаться в мг/мг. Коэффициент для пересчета креатинина из мг в ммоль равен 0,000884.

IV повторить анализ мочи и оСКФ, согласно таблице скрининга

V См. Модификация дозировок АРВ-препаратов при нарушениях функции почек

VI Совместное ведение пациента вместе с нефрологом.

VII ВИЧАН подозревается, если черная раса и $БМ/К > 100$ мг/ммоль и нет гематурии.

VIII Разработаны различные модели для расчета 5-летнего показателя риска ХЗП при использовании различных нефротоксичных АРВ- препаратов, объединяющих ВИЧ-независимые и связанные с ВИЧ факторы риска

Показания и тесты на проксимальную почечную тубулопатию (ППТ)

Показания к обследованию на проксимальную почечную тубулопатию:	Обследование на проксимальную почечную тубулопатию (IV), в том числе:	Рассмотреть возможность замены TDF на препараты, не содержащие тенофовир, или TAF*, если:
<ul style="list-style-type: none"> • Прогрессирующее снижение оСКФ(i) и оСКФ < 90 мл/ мин при отсутствии других причин и/или • Подтвержденная гипофосфатемия(ii) и/или • подтвержденное увеличение БМ/К(iii), • Почечная недостаточность при общем стабильном состоянии (СКФ < 60 мл/мин), • Тубулярная протеинурия(v). 	<ul style="list-style-type: none"> • Тест на фосфаты крови и выведение фосфата с мочой(vi), • Тест на глюкозу крови и глюкозурию, • Анализ на сывороточный бикарбонат и рН мочи(vii), • Определение уровня мочевой кислоты в крови и выведения мочевой кислоты с мочой(viii). • Определение уровня калия в сыворотке крови и выведения калия с мочой. 	<ul style="list-style-type: none"> • Подтверждена проксимальная почечная тубулопатия при отсутствии других возможных причин.

I Для оСКФ: использовать формулу СКD-EPI. В качестве альтернативы можно использовать сокращенную формулу МДПЗ (модификация диеты при почечных заболеваниях) или формулу Кокрофта-Голта., см. <http://www.chip.dk/Tools>

II Определяется, если сывороточный фосфат < 0,8 ммоль/л или в зависимости от официально принятых пороговых значений; исключить нефрогенную патологию костей, особенно если уровень щелочной фосфатазы повышен по сравнению с исходным: сделать анализы на 25(ОН) витамин D и ПТГ.

III БМ/К в разовой порции мочи показывает общий белок мочи, в том числе белок гломерулярного или тубулярного происхождения.

Полосковый анализ мочи, в основном, показывает альбуминурию, как маркер заболевания почечных клубочков, и не пригоден для выявления заболевания канальцев

IV Остается неясным, какие тесты лучше всего позволяют определить нефротоксический эффект тенофовира. Проявления проксимальной почечной тубулопатии: протеинурия, гипофосфатемия, гипокалиемия, гипоурикемия, почечный ацидоз, глюкозурия при нормальном уровне глюкозы в крови. Возможные сопутствующие проявления: почечная недостаточность и полиурия. Чаще всего наблюдаются только некоторые из этих нарушений.

V В число тестов на тубулярную протеинурию входят тесты на ретинол-связывающий белок, $\alpha 1$ или $\beta 2$ – микроглобулинурию, цистатин в моче, аминокацидурию

VI Рассчитывается как фракционная экскреция фосфата (ФЭфосф): (Мочевая кислота(мочи)/ Мочевая кислота(сыворотки)/ (Креатинин(мочи)/ Креатинин(сыворотки)) в одноразовой порции мочи, собранной утром натощак. Патология имеет место при > 0,2 (> 0,1 при фосфате сыворотки < 0,8 ммоль/л)

VII Бикарбонат сыворотки <21 ммоль/л и pH мочи >5,5 указывает на возможный почечный тубулярный ацидоз

VIII Фракционная экскреция мочевой кислоты (ФЭмоч.к-ты): (Мочевая кислота(мочи)/ Мочевая кислота(сыворотки)/ (Креатинин(мочи)/ Креатинин(сыворотки)) в одноразовой порции мочи, собранной утром натощак. Патология имеет место при > 0,1

* В частности, если оСКФ > 30 мл/мин, поскольку имеются ограниченные данные об использовании ТАФ с оСКФ \leq 30 мл/мин

Приложение 15

Гиперлактатемия и лактатацидоз: диагностика, профилактика и лечение

Факторы риска	Профилактика / Диагностика	Симптомы
<ul style="list-style-type: none"> • Прием ZDV • Ко-инфекция ВГС/ВГВ • Прием рибаривина • Заболевания печени • Низкий уровень CD4 • Беременность • Женский пол • Ожирение 	<ul style="list-style-type: none"> • Стандартное отслеживание лактата в сыворотке не рекомендуется, поскольку не позволяет выявить риск лактатацидоза. • Измерение лактата сыворотки, бикарбоната и газов в артериальной крови + pH показано в случае наличия симптомов, предполагающих гиперлактатемию • Тщательный мониторинг симптомов, если имеется более 1 фактора риска 	<ul style="list-style-type: none"> • Гиперлактатемия: необъяснимая тошнота, боли в животе, гепатомегалия, повышенная АЛТ и/или АСТ, потеря веса. • Ацидемия: астения, диспноэ, аритмии. • Синдром, похожий на синдром Гийена-Барре.

Лечение

Лактат сыворотки (ммоль/л)	Симптомы	Действия
> 5(i)	Да/Нет	<ul style="list-style-type: none"> Повторить тест в стандартных условиях, чтобы подтвердить и получить значения артериального рН и бикарбоната⁽ⁱ⁾ Если подтверждается, исключить другие причины: <ul style="list-style-type: none"> артериальное рН ↓ и/или бикарбонат ↓⁽ⁱ⁾: отменить все НИОТ; артериальное рН ↓ и/или бикарбонат в норме: смена схемы НИОТ с препаратов высокого риска на препараты низкого риска и тщательный мониторинг ИЛИ отмена всех НИОТ
2-5	Да	Исключить другие причины; если ничего не найдено: внимательно наблюдать пациента ИЛИ обдумать смену НИОТ высокого риска на НИОТ низкого риска ИЛИ отменить НИОТ
2-5	Нет	Повторить тест Если подтверждается: внимательно наблюдать
< 2		Нет
Ведение пациентов с лактатацидозом (независимо от уровня лактата в сыворотке)		Госпитализировать пациента. Отменить все НИОТ. Вводить жидкости внутривенно. Можно применять витамины (комплекс витаминов группы В форте 4 мл два раза в день, рибофлавин 20 мг два раза в день, тиамин 100 мг два раза в день; L-карнитин 1000 мг два раза в день), хотя польза не доказана.
i Лактатацидоз – это редкое, о угрожающее жизни состояние, обычно сопровождающееся симптомами; высокий риск, если лактат сыворотки > 5 и особенно > 10 ммоль/л.		

Приложение 16

Сексуальное и репродуктивное здоровье женщин и мужчин с ВИЧ - инфекцией

Скрининговые вопросы о сексуальном и репродуктивном здоровье, а также о состоянии половой функции должны задаваться каждый раз, когда ВИЧ- инфицированный пациент приходит на прием к врачу.

Передача ВИЧ половым путем

Действенные меры по предотвращению передачи ВИЧ половым путем включают в себя:	
Мера	Примечания
Использование женского или мужского презерватива	• Эффективно для ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих или не получающих лечение.

Постконтактная профилактика (ПКП)	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуется во всех случаях незащищенного анального или вагинального секса, когда у одного партнера определяется ВН ВИЧ, а второй партнер серонегативен. • Начинать надо как можно раньше, не позднее чем через 48/72 часа после полового контакта.
Доконтактная профилактика (ДКП)	<ul style="list-style-type: none"> • Эффективна для ВИЧ-отрицательных пациентов с крайне рискованным сексуальным поведением
АРТ для ВИЧ-инфицированного партнера	<ul style="list-style-type: none"> • Считается эффективной после 6 месяцев полностью супрессивной терапии, при отсутствии активных ИППП. • Рекомендуется, например, для ВИЧ - дискордантных пар⁽ⁱ⁾

Скрининг и лечение ИППП

Для всех ВИЧ-инфицированных пациентов, живущих половой жизнью, скрининг на ИППП должен проводиться при постановке диагноза ВИЧ, а затем ежегодно, либо в случае появления признаков ИППП и при беременности. Диагностика должна проводиться в соответствии с местными или национальными рекомендациями.

Более подробные рекомендации можно найти на <http://www.iusti.org/regions/Eu- rope/euroguidelines.htm>

Репродуктивное здоровье

Вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья, должны обсуждаться в первоочередном порядке с обоими партнерами, особенно в дискордантных парах. См. Взаимодействие АРВ-препаратов с контрацептивами/препаратами гормонозаместительной терапии.

Советы для ВИЧ-дискордантных пар, желающих иметь детей.

Скрининг обоих партнеров на ИППП (и лечение, если потребуется) является обязательным.

ВИЧ-инфицированным женщинам, желающим забеременеть, должны:

(1) избегать назначения тройных НИОТ; из числа ИП/р предпочитать ATV/r; если лечение с применением NVP, EFV, DTG, RAL или DRV/r уже начато, то его можно продолжить;

(2) предусмотреть лечение ВИЧ-инфицированного партнера с целью снижения риска передачи ВИЧ партнеру, который его не имеет.

Не существует единого способа, который бы полностью гарантировал предотвращение передачи ВИЧ; ниже приводится перечень избранных мер, по мере возрастания степени обеспечиваемой безопасности для ВИЧ-дискордантных пар, при условии отсутствия ИППП:

- Незащищенный секс в периоды максимальной фертильности (определяемые путем мониторинга менструального цикла), если у ВИЧ-инфицированного партнера не определяется ВН ВИЧ;
- Если партнер-мужчина не является ВИЧ-инфицированным: введение семенной жидкости шприцем во влагалище в периоды максимальной фертильности;
- В очистке спермы (для удаления вируса) с применением интрацитоплазматического введения спермы или без него больше нет необходимости, так как эффективная АРТ устраняет риск передачи ВИЧ при зачатии у ВИЧ-инфицированных мужчин с неопределяемой ВН ВИЧ.

Нарушения половой функции

Имеются применимые для всех групп населения рекомендации по лечению нарушений половой функции у мужчин, но для женщин таких рекомендаций нет.

Обращаться к специалисту, по мере необходимости.

	Терапия	Примечания
--	---------	------------

Хламидиоз	Рассмотреть возможность назначения доксициклина (100 мг 2 раза в день П/О в течение 7-10 дней, противопоказан при беременности) или азитромицина (1 г один раз П/О) при уретрите или цервиците. Для Lymphogranuloma venereum назначить доксициклин (100 мг 2 раза в день П/О в течение не менее чем 21 дня) или азитромицин (1 г один раз в неделю П/О в течение 3 недель) Альтернатива: эритромицин (500 мг каждые 6 часов П/О) или левофлоксацин (500 мг в сутки) в течение 7 дней (или 21 дня в случае Lymphogranuloma venereum)	У ВИЧ-инфицированных MSM может вызвать стойкий к лечению проктит Учитывать коинфекции с <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Гонорея	Цефтриаксон (500 мг В/М один раз) вместе с азитромицином (2 г П/О один раз)	Может вызвать проктит, простатит и эпидидимит У женщин - часто бессимптомное протекание заболевания Высокая резистентность к фторхинолонам во всех регионах
Вирусный гепатит В Вирусный гепатит С	Согласно клиническим протоколам	Прерывание приема TDF, 3ТС или FTC может привести к реактивации ВГВ
Вирус папилломы человека	Существует несколько методов лечения генитальных папиллом. Нет каких-либо доказательств того, что один подход лучше другого. Рассмотреть возможность оперативного удаления с помощью лазерной хирургии, инфракрасной коагуляции, криотерапии и т.д. Лечение преинвазивных поражений шейки матки, а также внутрианальных и перианальных поражений должно проводиться в соответствии с местными или национальными рекомендациями.	В большинстве случаев инфекция является бессимптомной; рецидивы генитальных папиллом встречаются часто • Для всех ВИЧ-инфицированных женщин рекомендуется проводить цитологическое исследование соскоба шейки матки (ПАП-мазок). Скрининг анальных папиллом и цитология рекомендуется проводить для всех ВИЧ-инфицированных пациентов, которые занимаются анальным сексом В случае обнаружения подозрительных клеточных образований рекомендуется проведение аноскопии высокого разрешения (ректальной пальпации и внешнего осмотра недостаточно).
Генитальный вирусный герпес 2-го типа	Первичная инфекция: ацикловир (400–800 мг П/О 3 раза в день) или валацикловир (500 мг П/О 2 раза в день) в течение 5 дней. см стр 92	• Лечение генитального вирусного герпеса 2-го типа не предотвращает передачу ВИЧ-инфекции и лишь умеренно предотвращает прогрессирование ВИЧ.

Сифилис	<p>"Золотым стандартом" лечения пациентов с беременностью и без является пенициллин.</p> <p>Первичный/вторичный сифилис: бензатин пенициллин G (2,4 млн МЕ В/М, одноразово). При раннем сифилисе дополнительное лечение преднизолоном (20-60 мг в день в течение 3 дней) предотвращает зрительный неврит, увеит и реакцию Яриша-Герксгеймера.</p> <p>Латентный сифилис на поздней стадии, или сифилис неизвестной продолжительности: бензатин пенициллин (2,4 млн МЕ В/М в дни 1, 8 и 15); другие варианты, такие как доксициклин (100 мг П/О 2 раза в день) считаются менее эффективными</p> <p>Нейросифилис: Пенициллин G (6x3-4 млн МЕ в/в в течение не менее 2 недель)</p>	<p>Возможны атипичные результаты серологического теста и клинические проявления.</p> <p>Рассмотреть возможность анализа спинномозговой жидкости (СМЖ) у пациентов с неврологическими симптомами (признаки антител интраккального происхождения, плеоцитоз и т.д.).</p> <p>Успешное лечение устраняет клинические симптомы и снижает результат VDRL-теста (серологической пробы на сифилис) в 4 раза на протяжении 6-12 месяцев</p>
----------------	--	--

Приложение 17

Депрессия: выявление, диагностика и лечение

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

Кого обследовать?	Как обследовать?	Как ставить диагноз?
--------------------------	-------------------------	-----------------------------

<p>Рекомендовано обследование всех пациентов с ВИЧ- инфекцией ввиду высокой распространённости депрессии</p> <p>Признаки особо высокого риска депрессия в семейном анамнезе; депрессивный эпизод в собственном анамнезе; пожилой возраст; подростковый возраст; наличие в анамнезе наркотической зависимости, психиатрических, неврологических или тяжелых соматических заболеваний; использование EFV употребление нейротропных средств и рекреационных наркотиков В рамках исследования нарушения нейрокognитивной функции</p>	<p>Скрининг каждые 1-2 года Два основных вопроса: Часто ли в последние месяцы вы испытывали чувства подавленности, грусти и безнадежности? Потеряли ли вы интерес к видам деятельности, которые раньше вам нравились? Особые симптомы у мужчин: – стресс, синдром выгорания, вспышки гнева, погружение в работу или алкоголь. Исключить органическую причину (гипотиреоз, гипогонадизм, болезнь Аддисона, не-АРВ препараты, недостаток витамина B12)</p>	<p>Симптомы (оценивать регулярно): Как минимум 2 недели подавленного настроения ИЛИ Потеря интереса ИЛИ Сниженное чувство удовольствия И 4 из 7 следующих факторов: изменение массы тела на $\geq 5\%$ за месяц или длительное изменение аппетита; бессонница или частая сонливость; изменения скорости мышления и движения; усталость; чувство вины и собственной бесполезности; снижение концентрации внимания и способности принимать решения; суицидальные настроения или попытка суицида⁽ⁱ⁾</p>
<p>i EFV связан с более высоким риском возникновения склонности к самоубийству</p>		

Депрессия: лечение

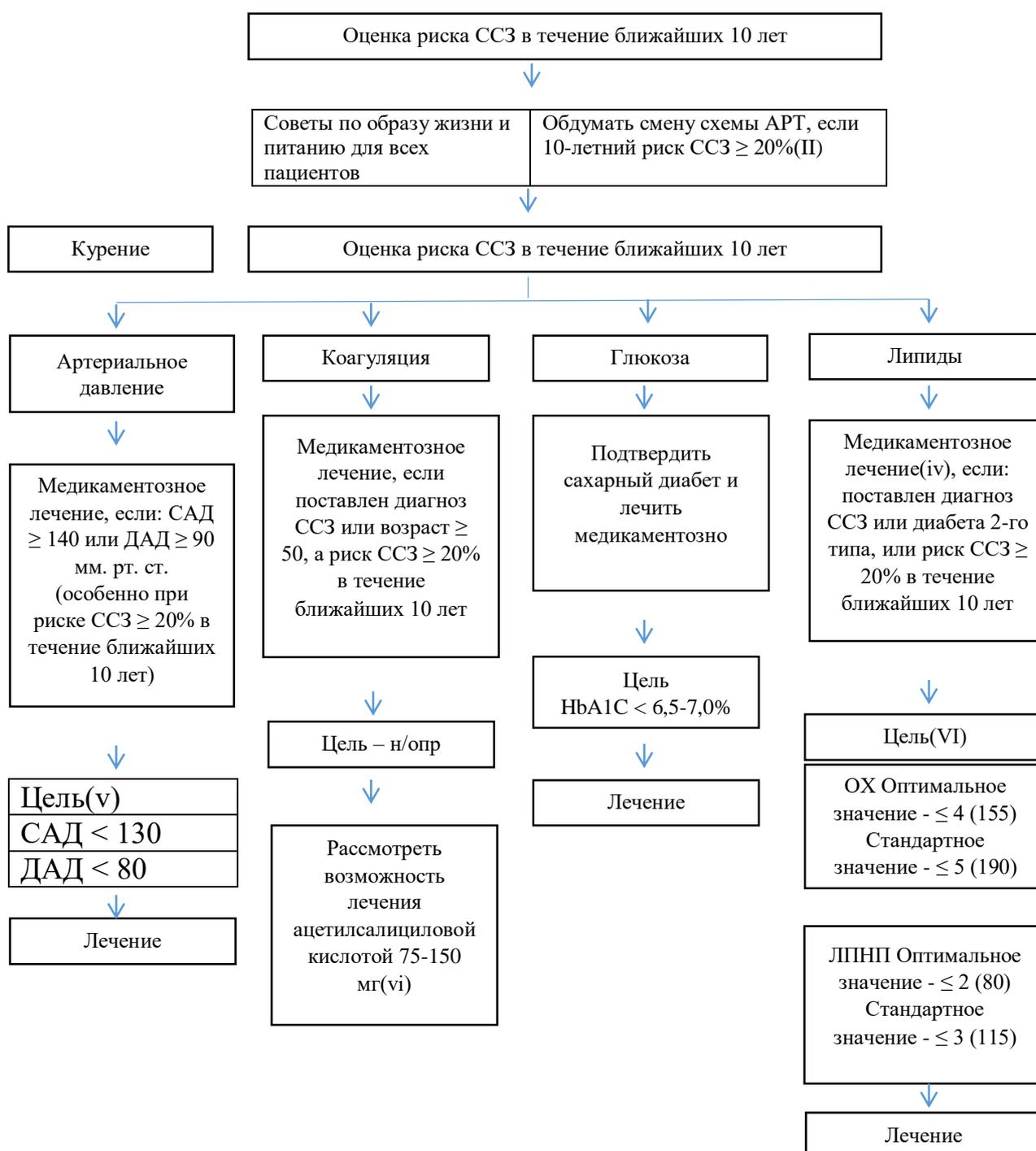
Степень депрессии	Количество	Лечение	Консультация специалиста
Нет	< 4	Нет	
Легкая	4	<ul style="list-style-type: none"> • Проблемно-ориентированная консультация. • Рассмотреть возможность лечения антидепрессантами⁽ⁱ⁾ • Рекомендовать физические упражнения 	<ul style="list-style-type: none"> • Всегда, когда лечащий врач не знаком с применением антидепрессантов • Если депрессия не поддается лечению • Если у пациента имеются суицидальные мысли • В сложных случаях (наркотическая зависимость, тревожные расстройства, расстройства личности, деменция, тяжелое жизненное событие в острой фазе)
Средняя	5-6	Начать лечение антидепрессантами ⁽ⁱ⁾	

Тяжелая	> 6	Обращение к специалисту (ключевой момент).	
Если у пациента диагностируется депрессия, рекомендуется перейти с EFV на другой третий АРВ-препарат в соответствии с правилами перехода на новую схему.			

Приложение 18

Профилактика ССЗ

Принципы: Интенсивность мер по профилактике ССЗ зависит от исходного риска ССЗ, который можно оценить(i). Профилактические меры разнообразны по своему характеру и требуют участия соответствующих специалистов, особенно при высоком риске ССЗ, а для пациентов с ССЗ в анамнезе – обязательно



I. Используйте формулу оценки по Фремингемской шкале или любую другую систему, рекомендованную государственными нормативными документами; имеется формула, специально разработанная для оценки рисков развития ССЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов: см. <http://www.chip.dk/Tools>. Эта оценка и соответствующие обследования, приведенные в этой диаграмме, должны проводиться ежегодно для всех пациентов, находящихся под наблюдением (см. стр. 6-7), с целью обеспечения своевременных вариантов вмешательства.

II. В число вариантов смены схемы АРТ входят следующие:

Заменить ИП/р на ННИОТ, RAL или другой ИП/р, вызывающий меньше метаболических нарушений, и/или с меньшим риском развития ССЗ;

Рассмотрите замену ZDV или ABC на TDF или использование НИОТ-щадящей схемы

III. Для всех вышеприведенных изменяемых факторов риска, медикаментозное лечение показано только определенным подгруппам пациентов, для которых польза от лечения превышает возможный вред. Следует обратить внимание на то, что в выделенных целевых группах имеет место кумулятивный эффект от различных мероприятий. Снижение систолического давления крови на каждые 10 мм рт. ст., снижение общего холестерина на каждый 1 ммоль/л (39 мг/дл), применение ацетилсалициловой кислоты – каждый из этих факторов дает снижение риска ИБС на 20-25%; эффект имеет кумулятивный характер. Обсервационные исследования показывают, что отказ от курения дает снижение риска ИБС примерно на 50%, и это снижение складывается со снижениями, которые вызваны другими мероприятиями.

IV См. обсуждение медикаментозного лечения пациентов с более низким риском ССЗ на www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3_rpt.htm

V Для пациентов с более высоким риском (например, с диабетом), в случаях, где это возможно, целью являются САД <130 и ДАД < 80 мм рт.ст.

VI Целевые уровни предлагаются в качестве ориентира и не являются определяющими. Они выражены в ммоль/л, и при этом значение в мг/дл приводится в скобках. В случае, когда показатель ЛПНП не может быть рассчитан из-за высокого уровня триглицеридов, следует использовать целевой уровень холестерина не-ЛПВП (ОХ минус холестерин ЛПВП), который на 0,8 ммоль/л (30 мг/дл) выше, чем соответствующий целевой уровень холестерина ЛПНП. Целевые значения для триглицеридов не указаны, так как неизвестно, каково независимое влияние их уровня на риск ССЗ, и поэтому, чтобы решить, следует ли лечить это заболевание;

VII Данные, свидетельствующие об эффективности лечения пациентов без ССЗ в анамнезе (в т.ч. диабетиков), менее убедительны. В таких случаях, прежде чем назначить аспирин, следует надлежащим образом проверить артериальное давление.