



**РАБОЧАЯ ГРУППА ВЫСОКОГО УРОВНЯ
ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РАБОЧАЯ ГРУППА КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА
У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Пособие для врачей

Москва 2006

**РАБОЧАЯ ГРУППА ВЫСОКОГО УРОВНЯ
ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РАБОЧАЯ ГРУППА КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА
У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Пособие для врачей

Москва 2006

УДК 616-022(078)

ББК 55.148я2

О-64

О-64 **Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией:** Пособие для врачей / О.П. Фролова, А.В. Кравченко, А.А. Мартынов, Ф.А. Батыров. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2007. – 120 с.

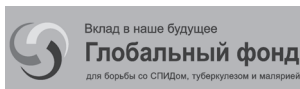
ISBN 978-5-94789-210-9

ББК 55.148я2

© Коллектив авторов, 2006

© Оформление ООО «Издательство «Триада»,
2006

ISBN 978-5-94789-210-9



Пособие подготовлено и издано
в рамках гранта Глобального фонда,
реализуемого Фондом «Российское здравоохранение»

Данное пособие разработано по поручению Координационного совета Минздравсоцразвития России по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, созданной им группой и в соответствии с планами Тематической рабочей группы «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией» Рабочей Группы Высокого Уровня по туберкулезу Российской Федерации.

Основной задачей группы явилась разработка документа по вопросам мониторинга за больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, диспансерного наблюдения, а также профилактики, диагностики, лечения этой патологии. Он подготовлен в дополнение к первому [4] по данной проблеме от 2004 г., с учетом новых рекомендаций ВОЗ, отзывов и предложений заинтересованных специалистов из субъектов Федерации.

Цель пособия – создание системы мероприятий, обеспечивающих ограничение распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией.

Настоящее пособие рассчитано на организаторов здравоохранения, специалистов противотуберкулезных учреждений и центров СПИДа, а также всех заинтересованных специалистов, работающих с группой риска заболевания данной сочетанной патологией.

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Авторы:

- О.П. Фролова** – руководитель Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ, зав. сектором ПТП больным ВИЧ-инфекцией НИИФ ММА им. И.М. Сеченова
- А.В. Кравченко** – ведущий научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом
- А.А. Мартынов** – начальник отдела специализированной медицинской помощи Департамента развития медицинской помощи и курортного дела МЗ СР РФ
- Ф.А. Батыров** – главный врач Туберкулезной клинической больницы № 7 г. Москвы

Авторы благодарят за помощь, оказанную при работе по данной проблеме, специалистов:

российских

Р.А. Хальфина, Е.П. Какорину,
В.В. Покровского, М.И. Перельмана,
О.Г. Юрина, С.Е. Борисова,
В.В. Беляеву, Л.А. Михайлову,
А.С. Кузнецову, С.В. Сидорову,
М.Ф. Губкину, В.А. Стаханова,
Т.И. Морозову, Е.А. Малашенкова

ВОЗ и международных экспертов

В. Якубовяка, Р. Залескиса,
П. де Коломбани, Л. Дитиу,
Е. Юрасову, А. Малахова,
У. ван Гемерта, А. Маттеелли,
Д.Б. Миглиори, А. Бобрика,
Н. Афанасьева, З. Ковача

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
ЧАСТЬ 1. ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	11
Механизм осуществления координации при организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией	11
Рекомендации к положению о специалисте, ответственном за координацию мероприятий по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, в субъекте Федерации	12
Разработка программы мероприятий по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в субъекте Федерации	14
Подготовка кадров для организации и осуществления противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации	16
Организация выявления туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией	20
Организация лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией	26
Диспансерное наблюдение фтизиатра за больными ВИЧ-инфекцией	32
Порядок проведения единого учета случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией	35
Профилактические мероприятия в отношении туберкулезной инфекции при работе с больными ВИЧ-инфекцией	40
ЧАСТЬ 2. ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО АСПЕКТАМ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	48
Документ 1. Приказ МЗ СР РФ от 13.05.2005 г. № 332 «О Координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией»	48

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Документ 2. Приказ МЗ РФ от 13.11.2003 г. № 547 «Об утверждении учетной формы № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»	54
Документ 3. Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»	60
Документ 4. Приложение к приказу МЗ СР РФ от 17.03.2006 г. № 166 «Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы государственного федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»	70
Документ 5. Особенности течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией (часть рекомендаций Тематической рабочей группы «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией»)	76
Документ 6. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (из протоколов ВОЗ)	80
Документ 7. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей (часть)	94
Документ 8. Вторичные заболевания ВИЧ-инфекции (рекомендации)	106
Документ 9. Дополнительные разъяснения для заполнения «Карты персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»	115
Список источников литературных данных	120

ВВЕДЕНИЕ

К середине 80-х гг. XX в. туберкулез в Западной Европе и США был практически ликвидирован. Но в середине 90-х гг. в мире вновь отмечен рост заболеваемости им.

По данным ВОЗ, в 1995 г. в мире было зарегистрировано 8,8 млн новых случаев туберкулеза. Такая ситуация объяснялась во многом распространением ВИЧ-инфекции [8]. В ряде стран с широким распространением ВИЧ-инфекции 30–50% от числа лиц, имеющих СПИД, заболели туберкулезом [12].

В последнее десятилетие Европейское региональное бюро ВОЗ отмечает рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в республиках бывшего Советского Союза, а Россия относится к числу стран Европы, в которых проблемы туберкулеза и ВИЧ-инфекции стоят наиболее остро [9]. При относительно небольшом, на первый взгляд, числе больных ВИЧ-инфекцией, имеющих туберкулез, в России (около 7 тыс. человек – активный и около 10 тыс. – все случаи) прогноз его дальнейшего распространения неблагоприятен.

О прогнозе для России роста заболеваемости туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией свидетельствуют следующие расчеты. Из числа всех пациентов в стране, имеющих поздние стадии ВИЧ-инфекции (б505), то есть выраженный иммунодефицит, туберкулез зарегистрирован у 52,2% больных. Если проецировать такой процент заболеваний туберкулезом на все случаи ВИЧ-инфекции в России (более 328 тыс.), то в ближайшие годы, когда у этих больных разовьются поздние стадии (в среднем через 7–8 лет после заражения ВИЧ), число новых случаев туберкулеза увеличит заболеваемость им в целом по стране более чем в два раза.

Для ограничения распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в 2001 г. в рамках глобального партнерства по инициативе «Остановить туберкулез» была создана рабочая группа, целью которой являются координация и содействие осуществлению мер по снижению заболеваемости туберкулезом, связанным с ВИЧ-инфекцией. Рабочая группа разработала базовую стратегию в этой области и соответствующие мероприятия по ее осуществлению, которые рекомендовала адаптировать применительно к каждому региону ВОЗ.

Базовая стратегия по снижению заболеваемости туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, основывается на стратегиях борьбы с туберкулезом, а также профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, включая

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

сотрудничество между национальными программами по ВИЧ-инфекции и туберкулезу [10].

Она определяет:

- группы повышенного риска в отношении туберкулеза и ВИЧ-инфекции, работе с которыми должно уделяться первостепенное внимание,
- необходимые стратегические компоненты,
- направления действий, имеющих ключевые значения.

Документ, в котором описана данная стратегия, адресован преимущественно ответственным сотрудникам министерств и ведомств (в особенности здравоохранения, юстиции, внутренних дел), международным учреждениям и неправительственным организациям.

Основные группы риска в отношении ВИЧ-инфекции и туберкулеза, работе с которыми рекомендуется уделять особое внимание:

1. Потребители инъекционных наркотиков.
2. Работники коммерческого секса.
3. Лица, содержащиеся в местах заключения.
4. Мигрирующие группы населения.

Стратегическими компонентами борьбы с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, определены:

1. Политическая приверженность.
2. Совместная работа обеих программ по профилактике сочетанной патологии.
3. Активная работа по выявлению случаев ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом и наоборот.
4. Скоординированное оказание лечебной помощи больным сочетанной патологией.
5. Усиление эпиднадзора за случаями сочетанной патологии.

Основные направления деятельности:

1. Создание единого координационного механизма для борьбы с сочетанной патологией.
2. Разработка единой политики в отношении борьбы с сочетанной патологией.
3. Обеспечение эпиднадзора за сочетанной патологией.
4. Обучение персонала и других лиц, предоставляющих медицинские услуги.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

5. Управление поставками противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов, а также других необходимых материалов и оборудования.
6. Предоставление услуг, обеспечивающих четкое определение профессиональных и административных функций, необходимых для совместной деятельности обеих программ.
7. Укрепление здоровья населения путем пропаганды, коммуникации и мобилизации общества.
8. Научные исследования.

В России для определения системы мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в 2002 г. в рамках Рабочей Группы Высокого Уровня по туберкулезу была создана Тематическая рабочая группа «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией». В нее вошли ведущие специалисты по туберкулезу у больных ВИЧ-инфекцией научно-исследовательских учреждений и практического здравоохранения, а также представители Всемирной организации здравоохранения.

Основные направления программы были определены с учетом особенностей течения туберкулеза на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, и противоэпидемических мероприятий при работе с больными ВИЧ-инфекцией, для которых микобактерии туберкулеза представляют особую опасность: обеспечение координации мероприятий на всех уровнях; создание систем информирования населения о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах его профилактики; подготовка кадров, организация выявления и лечения, а также диспансерного наблюдения больных ВИЧ-инфекцией фтизиатром, профилактические мероприятия в отношении туберкулезной инфекции; социальная адаптация больных; мониторинг за случаями заболевания туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

В первых российских рекомендациях по снижению заболеваемости туберкулезом среди населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, подготовленных Тематической рабочей группой «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией» и опубликованных в 2004 г. [4], описаны основные мероприятия, необходимые для реализации данной программы.

В том же году были проведены семинары для специалистов из субъектов Федерации. На них были обсуждены указанные рекомендации и программа мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. В ходе обсуждения участники дали пожелания по более детальному описанию отдельных аспектов. Данный документ подготовлен с учетом этих предложений.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

В пособии выделены две главы. В первой главе даются рекомендации для специалистов, отвечающих за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, по механизму осуществления этой помощи, разработке основных документов, утверждаемых на уровне субъектов Федерации, подготовке кадров, а также по новым наиболее актуальным аспектам, требующим реализации. Во второй главе предоставлены материалы, утвержденные на федеральном уровне в России, по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и по ВИЧ-инфекции.

ЧАСТЬ 1

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

МЕХАНИЗМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КООРДИНАЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Сложность организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией во многом обусловлена тем, что в ее реализации задействованы две службы одновременно: противотуберкулезная и инфекционная. Взаимодействие в работе между ними требуется по всем основным направлениям программы борьбы с данной сочетанной патологией. Для реализации на федеральном и региональном уровне этих мероприятий определены механизм координации, принципы кадровой политики и подходы к разработке региональных программ противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Координация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией на федеральном уровне осуществляется на трех этапах.

Первый этап – разработка совместных документов. Проводится рабочей группой, в состав которой входят специалисты противотуберкулезных учреждений, центров СПИДа, МЗ СР РФ, УИН, ВОЗ, общественных и неправительственных организаций.

Второй этап – согласование документов. Для этого создан Координационный совет под председательством заместителя министра здравоохранения МЗ СР РФ Р.А. Хальфина (Приказ Минздравсоцразвития России от 13.05.2005 г. № 332 «О Координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией», часть 2, документ 1).

В Совет входят руководители и ведущие специалисты фтизиатрической службы и центров СПИДа, представители МЗ СР РФ, УИН, ВОЗ и других общественных и неправительственных организаций.

Третий этап – исполнение организационно-методических и координационных функций в соответствии с разработанными и согласованными Координационным советом приказами, положениями, рекомендациями. Эти функции выполняет Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Для координации работы в субъектах Федерации рекомендуется создание аналогичного механизма.

На первом этапе для адаптации разработанных на федеральном уровне документов к местным условиям формируется рабочая группа.

На втором этапе для согласования документов создается Координационный совет под председательством ответственного руководителя органа управления здравоохранением в субъекте Федерации.

На третьем этапе для исполнения организационно-методических и координационных функций в субъекте Федерации назначается координатор по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Он избирается членами Координационного совета и входит в его состав.

РЕКОМЕНДАЦИИ К ПОЛОЖЕНИЮ О СПЕЦИАЛИСТЕ, ОТВЕТСТВЕННОМ ЗА КООРДИНАЦИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В СУБЪЕКТЕ ФЕДЕРАЦИИ

Эффективная организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъектах Федерации становится возможной только при ее четкой координации ответственным лицом, имеющим соответствующий опыт и знания. Предлагаем образец положения о координаторе-фтизиатре по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

1. Общие положения

Основной целью введения в субъекте Федерации специалиста, ответственного за координацию деятельности по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, является ограничение распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией.

Требования к специалисту, ответственному за координацию деятельности по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации: опыт работы в области организации противотуберкулезной помощи населению, знание клинических аспектов фтизиатрии и специализация по ВИЧ-инфекции.

В своей работе специалист руководствуется Законами Российской Федерации от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», другими нормативно-правовыми документами по вопросам противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Обязанности специалиста, ответственного за координацию деятельности по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, Координационный совет по профилактике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией органа управления здравоохранения в субъекте РФ возлагает на соответствующего указанным требованиям фтизиатра.

2. Обязанности специалиста

Обязанности специалиста определены основной задачей, поставленной перед ним, – координация деятельности между учреждениями противотуберкулезной службы и центром СПИДа в субъекте Федерации с целью оптимизации фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией и ограничения распространения этой сочетанной патологии.

Главными из них являются:

2.1. Организация подготовки кадров по аспектам туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

2.2. Организация обеспечения медицинской помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

2.3. Организация и контроль мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

2.4. Создание системы информирования о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах их профилактики.

2.5. Содействие проведению заседаний Координационных советов по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

2.6. Содействие и участие в разработке и внедрении региональной программы противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

3. Права специалиста

3.1. Участие в совещаниях, научно-практических конференциях по проблемам туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

3.2. Вступление в различные общественные и профессиональные организации.

3.3. Проведение в установленном порядке экспертизы качества работы по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте РФ.

4. Ответственность специалиста

Ответственность специалиста за последствия его действий и высказываний в отношении пациентов и их родственников регламентируется действующим законодательством.

**РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ МЕРОПРИЯТИЙ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА,
СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В СУБЪЕКТЕ ФЕДЕРАЦИИ**

При разработке отдельных программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией необходимо предусматривать согласованное финансирование единого комплекса конкретных мероприятий противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Он должен обеспечивать решение задач по созданию систем: информирования населения о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией, подготовки кадров, организации выявления и лечения туберкулеза с учетом стадий ВИЧ-инфекции и противозидемических требований, а также диспансерного наблюдения больных, профилактических мероприятий в отношении туберкулезной инфекции, социальной адаптации больных, мониторинга за случаями туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Определение необходимых мероприятий для решения задач программы проводится рабочей группой, в которую входят специалисты противотуберкулезных учреждений и центров СПИДа. Этой группой принимаются решения о том, какие мероприятия целесообразно финансировать в рамках подпрограммы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, а какие – с туберкулезом:

1. Раздел программы по информированию о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах его профилактики должен включать три уровня: работу среди широких слоев населения, групп риска, индивидуальную.

Информирование широких слоев населения о проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией позволяет доносить информацию о значимости проблемы и необходимых мерах профилактики, кроме самих больных, до их родственников, близких и других лиц, способных влиять на поведение больных ВИЧ-инфекцией, которых по тем или иным причинам не удастся привлечь к групповому или индивидуальному консультированию. Для этой аудитории необходимы разработка и издание памяток и другой подобной краткой печатной продукции. Наиболее широкий охват населения обеспечивают средства массовой информации, поэтому работа с ними очень важна и ее необходимо предусматривать при разработке региональных программ.

Организация и осуществление целевого группового и индивидуального информирования позволяют обеспечить мотивированное обучение больных ВИЧ-инфекцией мерам профилактики туберкулеза, а уже заболевших туберкулезом – принципам и правилам его лечения, а также необходимым противозидемическим мероприятиям. Разработка и

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

распространение целевых бюллетеней для различных групп риска с учетом модели их рискованного поведения, модулей для медицинских работников и представителей общественных организаций, осуществляющих эту работу, позволят донести информацию до конкретных лиц из групп риска.

2. Важным разделом программы должна стать подготовка медицинского персонала к работе с данным контингентом больных.

В частности, в планируемом обучении сотрудников противотуберкулезных учреждений важное место целесообразно уделять: а) особенностям работы с контингентом больных ВИЧ-инфекцией, включая правовые аспекты, способы сообщения больному о диагнозе ВИЧ-инфекции, конфиденциальность, разъяснение путей передачи ВИЧ-инфекции; б) принципам эпидрасследования и консультирования; в) особенностям течения туберкулеза в условиях иммунодефицита и организации противотуберкулезной помощи этим больным.

При обучении работников центров СПИДа следует обратить внимание на выявление туберкулеза, проведение противозидемических мероприятий при работе с особенно опасной для лиц с иммунодефицитом туберкулезной инфекцией, в частности работе в ее очагах.

3. В разделе программы по выявлению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией необходимо предусматривать создание условий для забора материала с целью его исследования на микобактерии туберкулеза, обследования больных методами лучевой и туберкулинодиагностики, доступность необходимых на поздних стадиях ВИЧ-инфекции эндоскопических и морфологических исследований, генодиагностики, а также изоляцию эпидемиологически опасных потоков больных при организации обследования на туберкулез. Кроме того, очень важна четкая организация своевременного обследования на туберкулез окружения в выявленных очагах туберкулезной инфекции и членов семей, в которые возвращаются больные ВИЧ-инфекцией родильницы с новорожденными, не вакцинированными БЦЖ. Следует обеспечить работу с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

4. В разделе по организации системы лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, особое место уделяется системе скоординированного обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с протоколами лечения, осуществлению контролируемой терапии туберкулеза, обеспечению противоэпидемических мероприятий при амбулаторном и стационарном лечении в отношении туберкулезной инфекции, а также возможности обследования на вторичные заболевания ВИЧ-инфекции.

5. В разделе о психологической и социальной адаптации больных следует предусматривать возможность предоставления пациентам консультативной помощи психотерапевта, юриста, социального работника.

6. В разделе о мониторинге за туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией необходимо планировать подготовку статистических бюллетеней, компьютерную обработку полученных данных.

Картотека на больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в субъекте Федерации должна храниться в сейфе у ответственного за эту проблему специалиста и закрываться кодом от несанкционированного доступа при хранении на электронных носителях.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СУБЪЕКТЕ ФЕДЕРАЦИИ

Сложность проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией обусловлена необходимостью одновременной подготовки кадров по специальности «фтизиатрия» и «инфекционные болезни». Кроме того, в связи с тем, что туберкулезный процесс на фоне иммунодефицита протекает нетипично, требуются новые подходы к организации и осуществлению его выявления, диагностики и лечения, а также диспансерному наблюдению за больными.

Для выполнения своих обязанностей специалисты, координирующие организацию и проведение противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, должны обладать большим объемом новых навыков и знаний. Высокая квалификация этих врачей особенно необходима, так как для разработки большого объема нормативных документов по диагностике и лечению нетипично протекающего туберкулеза требуется время, а решения по этим вопросам в каждом конкретном случае нужно принимать уже сейчас. Особенно это касается территорий с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

Информация и навыки, которыми должны владеть фтизиатры-координаторы по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, в субъектах Федерации

1. С целью подготовки в субъектах Федерации проектов приказов по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, и разработки региональных программ мероприятий по ограничению распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией фтизиатры-координаторы должны знать основные действующие нормативно-правовые докумен-

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

ты по ВИЧ-инфекции и туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, их практическое применение в противотуберкулезных учреждениях.

2. Для подготовки кадров по аспектам туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, фтизиатры-координаторы должны обеспечить разработку программы для обучения фтизиатров, инфекционистов, эпидемиологов, патоморфологов, наркологов, педиатров в субъектах Федерации. Объем информации, необходимый для данных семинаров, приводится ниже.

3. Для обеспечения организации и контроля за осуществлением медицинской помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, фтизиатр-координатор должен четко владеть следующими навыками:

- выявление туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, с учетом стадий ВИЧ-инфекции и противоэпидемических мероприятий в отношении туберкулезной инфекции;
- организация лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, а также другими вторичными заболеваниями ВИЧ-инфекции с учетом ее стадий и противоэпидемических мероприятий в отношении туберкулезной инфекции;
- диспансерное наблюдение за больным ВИЧ-инфекцией с учетом ее стадий и противоэпидемических мероприятий в отношении туберкулезной инфекции;
- работа в соответствии с протоколами лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, а также других вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции, их химиофилактики.

4. Для организации работы в очагах туберкулезной инфекции с беременными, больными ВИЧ-инфекцией, и детьми, от них рожденными, фтизиатры-координаторы должны владеть навыками организации:

- помощи больным ВИЧ-инфекцией в очагах туберкулезной инфекции;
- профилактики туберкулеза у детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей;
- работы с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией;
- эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в противотуберкулезных учреждениях.

5. С целью организации и проведения мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, им необходимо четко знать порядок про-

ведения единого учета случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, включая УИС, уметь грамотно формулировать диагноз ВИЧ-инфекции.

6. Для создания системы информирования о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах их профилактики в субъектах Федерации фтизиатры-координаторы должны обладать по данному аспекту навыками работы:

- с широкими слоями населения и группами риска заболевания ВИЧ-инфекцией и туберкулезом;
- по обследованию на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием в противотуберкулезных учреждениях.

**Информация и навыки, которыми должны быть обеспечены
в субъектах Федерации фтизиатры, инфекционисты,
эпидемиологи, патологоанатомы, судмедэксперты,
наркологи, педиатры**

1. Информация и навыки, которые необходимо предоставить фтизиатрам в субъектах Федерации:

- 1.1. Основные принципы работы с больными ВИЧ-инфекцией, регламентированные нормативно-правовыми документами Российской Федерации.
- 1.2. Этиология, патогенез, классификации ВИЧ-инфекции.
- 1.3. Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции, ее вторичных заболеваний.
- 1.4. Особенности течения, выявления, диагностики и лечения туберкулеза на различных стадиях ВИЧ-инфекции.
- 1.5. Особенности профилактики туберкулезной инфекции при работе с больными, имеющими выраженный иммунодефицит.
- 1.6. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах ВИЧ-инфекции.
- 1.7. Работа с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и детьми, рожденными от них.
- 1.8. Заполнение учетных форм на случаи сочетанной патологии.

2. Информация и навыки, которые необходимо предоставить инфекционистам в субъектах Федерации:

- 2.1. Основные принципы работы с больными туберкулезом, регламентированные нормативно-правовыми документами Российской Федерации.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

- 2.2. Этиология, патогенез, классификации туберкулеза (российская и ВОЗ), его выявление, диагностика и лечение.
 - 2.3. Особенности течения, выявления, диагностики и лечения туберкулеза на различных стадиях ВИЧ-инфекции.
 - 2.4. Особенности профилактики туберкулезной инфекции при работе с больными, имеющими выраженный иммунодефицит.
 - 2.5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции.
 - 2.6. Работа с детьми, рожденными от матерей, больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.
 - 2.7. Заполнение учетных форм на случаи сочетанной патологии.
 3. Информация и навыки, которые необходимо предоставить эпидемиологам в субъектах Федерации:
 - 3.1. Основные принципы работы с больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, регламентированные нормативно-правовыми документами в Российской Федерации.
 - 3.2. Противоэпидемические мероприятия при организации выявления, диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.
 - 3.3. Противоэпидемические аспекты работы с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и детьми, рожденными от них.
 - 3.4. Составление учетно-отчетных документов на случаи сочетанной патологии.
 4. Информация и навыки, которые необходимо предоставить патологоанатомам и судмедэкспертам в субъектах Федерации:
 - 4.1. Основные принципы работы с больными ВИЧ-инфекцией, регламентированные нормативно-правовыми документами Российской Федерации.
 - 4.2. Особенности течения и диагностики туберкулеза на различных стадиях ВИЧ-инфекции.
 - 4.3. Определение стадий ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом.
 - 4.4. Заполнение учетных форм на случаи сочетанной патологии.
 5. Информация и навыки, которые необходимо предоставить наркологам в субъектах Федерации:
 - 5.1. Основные принципы работы с больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, регламентированные нормативно-правовыми документами Российской Федерации.
-

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

- 5.2. Особенности течения и выявления туберкулеза на различных стадиях ВИЧ-инфекции.
- 5.3. Противоэпидемические мероприятия в отношении туберкулезной инфекции при работе с больными, имеющими выраженный иммунодефицит.
- 5.4. Особенности работы с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и с детьми, от них рожденными.
6. Информация и навыки, которые необходимо предоставить педиатрам в субъектах Федерации:
 - 6.1. Основные принципы работы с больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, регламентированные нормативно-правовыми документами в Российской Федерации.
 - 6.2. Особенности течения, выявления, диагностики и лечения туберкулеза на различных стадиях ВИЧ-инфекции.
 - 6.3. Особенности профилактики туберкулезной инфекции при работе с больными, имеющими выраженный иммунодефицит.
 - 6.4. Работа с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и детьми, рожденными от них.
 - 6.5. Заполнение учетных форм на случаи сочетанной патологии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Выявление ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом

Нередко граждане впервые узнают о наличии у себя ВИЧ-инфекции в противотуберкулезных учреждениях. Это происходит потому, что туберкулез, развивающийся на фоне прогрессирования иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, нередко является первым его клиническим проявлением. В связи с этим всем больным туберкулезом показано обследование на ВИЧ-инфекцию. В соответствии с Федеральным законом 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» оно проводится бесплатно и добровольно после консультирования граждан по вопросам ВИЧ-инфекции (часть 2, документ 3).

В ходе первой беседы врач должен разъяснить пациенту важность обследования на ВИЧ-инфекцию.

К пациентам, у которых впервые получен положительный лабораторный анализ на ВИЧ-инфекцию в противотуберкулезном учреждении,

сразу приглашают инфекциониста, специализирующегося по ВИЧ-инфекции. Он подтверждает или исключает лабораторное заключение и дает соответствующие рекомендации по ведению больного.

Всем больным, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, в соответствии с приказом МЗ МП РФ от 16.08.1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» проводится послетестовое консультирование.

Обследование на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием в противотуберкулезном учреждении

В соответствии с Федеральным законом 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» обследование на ВИЧ-инфекцию проводится только добровольно после консультирования пациентов о том, что такое ВИЧ-инфекция. Такие беседы позволяют информировать лиц, относящихся к группам риска заболевания ВИЧ-инфекцией, об этой инфекции и мерах ее профилактики. Как показывает опыт работы с данным контингентом больных, после мотивированного разъяснения больным, для чего требуется такое обследование, отказов от него, как правило, не встречается.

В противотуберкулезном учреждении дотестовое консультирование больным, не относящимся к группам повышенного риска заболевания ВИЧ-инфекцией, может проводить фтизиатр при знакомстве с больным туберкулезом.

В связи с тем, что число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, ежегодно увеличивается (при этом данная патология все чаще выявляется в противотуберкулезных учреждениях), в них необходимо иметь специалиста, который способен провести до- и послетестовое консультирование, и кабинет, в котором беседу можно проводить в конфиденциальных условиях. Для кризисного консультирования, которое нередко требуется пациентам, впервые узнавшим о наличии у себя ВИЧ-инфекции, целесообразно приглашать психотерапевта из центра СПИДа, имеющего опыт работы с такими пациентами. Более подробная информация об этих методах консультирования больных ВИЧ-инфекцией дана в части 2, документе 7.

Повторное обследование на ВИЧ-инфекцию больным туберкулезом показано в следующих случаях: прогрессирование туберкулеза у лиц, имеющих хронические формы туберкулеза, нетипичное его течение, отсутствие эффекта от лечения, диссеминированный полиорганный процесс, клинические признаки иммунодефицита. Необходимость в повторном исследо-

вании связана с тем, что первое могло оказаться отрицательным из-за того, что оно проводилось до заражения ВИЧ или сразу после него, когда антитела к вирусу, на основании которых делается лабораторное заключение, еще не появились. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции, из-за выраженного иммунодефицита, антитела к ВИЧ также могут отсутствовать [1]. Поэтому при подозрении на нетипичное течение туберкулеза, связанное с ВИЧ-инфекцией, в этот период целесообразно использовать генодиагностику.

Выявление туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

При организации выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией нельзя ограничиваться только традиционным скрининговым обследованием на туберкулез, так как на поздних стадиях ВИЧ-инфекции на фоне выраженного иммунодефицита изменяется иммунопатогенез туберкулеза, в связи с этим верификация диагноза вызывает затруднения (подробнее дано в части 2, документе 5). С другой стороны, своевременность выявления туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции приобретает особое значение, так как в условиях иммунодефицита промедление с началом лечения быстро приводит к генерализации туберкулезного процесса и смерти больного.

С целью оптимизации выявления туберкулеза у этого контингента больных целесообразно сразу после установления диагноза ВИЧ-инфекции и до развития выраженного иммунодефицита определять пациентов, входящих в группу высокого риска заболеть туберкулезом, для последующего динамического наблюдения за ними. Это делается для того, чтобы на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, когда разовьется иммунодефицит, фтизиатр мог бы своевременно назначить превентивное или основное лечение туберкулеза.

Для выявления туберкулеза на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, как правило, имеющего типичное течение, проводят обычные плановые и внеочередные обследования следующему контингенту больных.

В плановом порядке больных ВИЧ-инфекцией обследуют на туберкулез при прохождении систематических медицинских осмотров в центрах СПИДа и других ЛПУ, в УИС. При этом особое внимание уделяется лицам, имеющим постоянный контакт с больными туберкулезом.

Внеочередные обследования осуществляют при наличии симптомов туберкулеза и выявлении новых случаев контакта с больным туберкулезом, а также лицам, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые, и освобожденным из тюрем.

Для выявления туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции плановое обследование проводят (кроме тех случаев, что регламентирована-

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

ны на ранних стадиях) больным, перенесшим туберкулез, с положительной реакцией на туберкулин, а внеочередное – имеющим неясной этиологии легочную патологию, генерализованные заболевания, длительную лихорадку. В этих случаях объем обследования определяется индивидуально.

При получении в ходе обследования или лечения у больных ВИЧ-инфекцией биоптатов их обязательно исследуют морфологическими и бактериологическими методами на туберкулез. Кроме того, имеются публикации, показывающие значимость их исследования на наличие ДНК микобактерий туберкулеза методом ПЦР [6].

Скрининговая диагностика туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией из группы высокого риска заболевания туберкулезом (но без его клинических проявлений) осуществляется фтизиатром в кабинете скрининговой диагностики центра СПИДа. Организация такого кабинета в противотуберкулезном учреждении приведет к тому, что больные с иммунодефицитом будут приходить в очаг туберкулезной инфекции.

Пациенты с симптомами туберкулеза направляются в кабинет референсной диагностики на базе противотуберкулезного диспансера. Этот кабинет имеет вход, отдельный от общего в диспансер. Таким образом достигается минимизация пересечения потоков эпидемиологически опасных по туберкулезу больных и пациентов, приходящих в ПТД для диагностического обследования с различного генеза иммунодефицитами.

Основные положения для организации кабинетов противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации

С целью минимизации пересечения эпидемиологически опасных потоков больных (лиц с иммунодефицитом и больных туберкулезом) в субъектах Федерации организуются кабинеты для скрининговой и референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией:

1. Кабинет скрининговой диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Основная задача кабинета – своевременное выявление туберкулеза у больных с иммунодефицитом в условиях минимизации контакта с туберкулезной инфекцией.

Основные функции кабинета: плановые осмотры на туберкулез, внеочередные осмотры на туберкулез (у больных без его клинических проявлений), диспансерное наблюдение за больными, завершившими ле-

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

чение, с целью предупреждения рецидивов туберкулеза, консультативная помощь больным и их родственникам, организационно-методическая работа по разделу туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Организовывать эти кабинеты целесообразно на базе центров СПИДа, где больные ВИЧ-инфекцией обычно находятся на диспансерном наблюдении.

2. Кабинет для референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией (кабинет для больных с иммунодефицитными состояниями).

Основная задача кабинета – качественная дифференциальная диагностика туберкулеза у больных с иммунодефицитом в условиях минимизации контакта с туберкулезной инфекцией.

Основные функции кабинета: внеочередные осмотры больных ВИЧ-инфекцией при появлении клинических проявлений, подозрительных на туберкулез, амбулаторное лечение туберкулеза, консультативная помощь больным и их родственникам, организационно-методическая работа по разделу туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в субъекте Федерации.

Организовывать такой кабинет целесообразно на базе головного противотуберкулезного учреждения в субъекте Федерации. При высокой распространенности ВИЧ-инфекции на территории они могут быть созданы и в других населенных пунктах. В этих кабинетах может осуществляться прием лиц с иммунодефицитными состояниями, обусловленными не только ВИЧ-инфекцией. Данные кабинеты должны быть обеспечены отдельным входом для минимизации контактов пациентов с иммунодефицитом и общего потока больных туберкулезом, или, по крайней мере, прием этих больных должен вестись в другие часы.

Постановка диагноза при наличии туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

Первую беседу с больным ВИЧ-инфекцией фтизиатру целесообразно всегда начинать с выяснения анамнеза ВИЧ-инфекции. Определение стадии ВИЧ-инфекции сразу поможет фтизиатру понять, какие проявления туберкулезной инфекции у больного следует искать. У больного на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, скорее всего, течение будет типичным, то есть достаточно будет традиционного обследования на туберкулез. У больного в стадии 2В может быть генерализация туберкулезного процесса. Она будет обусловлена транзиторным иммунодефицитом, но при этом нетипичности туберкулезного процесса, скорее всего, не будет, так как компенсаторные возможности иммунной системы еще не утрачены.

Поэтому при выявлении туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией полный клинический диагноз должен включать: стадию ВИЧ-инфекции, развернутый диагноз туберкулеза и других вторичных заболеваний. Например, если у больного туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в стадии первичных проявлений (она продолжается год с начала острой инфекции или сероконверсии) за счет транзиторного снижения иммунного статуса произошло обострение туберкулезного процесса, то в этом случае больному устанавливают диагноз: ВИЧ-инфекция. Стадия первичных проявлений (2В). Далее следует развернутый диагноз туберкулеза (при этом отмечается наличие или отсутствие бактериовыделения) и других имеющих место вторичных, а затем сопутствующих заболеваний.

Если у больного ВИЧ-инфекцией после завершения стадии первичных проявлений развивается ограниченный туберкулезный процесс в отсутствие каких-либо клинических симптомов, свидетельствующих о недостаточности системы иммунитета, или лабораторных проявлений иммунодефицита, его целесообразно рассматривать как вторичное заболевание. В подобном случае в диагнозе указывается субклиническая стадия ВИЧ-инфекции.

Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией, развившийся после завершения стадии первичных проявлений, свидетельствует о стадии вторичных заболеваний при наличии одного из следующих факторов: выраженного иммунодефицита, подтвержденного лабораторными методами или диагностируемого на основании клинических проявлений (кандидоз, герпес и т. д.), диссеминации туберкулезного процесса, значительного снижения реактивности, регистрируемого при морфологическом исследовании тканей, вовлеченных в туберкулезный процесс (например, лимфатического узла).

Полностью клиническая классификация ВИЧ-инфекции и принцип постановки ее диагноза даны в Приложении к Приказу Минздравсоцразвития России от 17.03.2006 г. № 166 «Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» (часть 2, документ 4).

Диагноз туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией подтверждается фтизиатрической ЦВКК (Центральная врачебная контрольная комиссия), в состав которой входит специалист, имеющий подготовку по ВИЧ-инфекции и знающий особенности течения туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

На все случаи туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, фтизиатр-координатору направляется «Карта персонального учета больного

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (форма № 263/у-ТВ). В свою очередь фтизиатр-координатор направляет закодированный ее дубликат в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ (Приказ МЗ РФ от 13.11.2003 г. № 547 «Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией», утвержденная; часть 2, документ 2).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

При организации фтизиатрической лечебно-диагностической помощи больным ВИЧ-инфекцией учитываются основные принципы:

1. Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводится под контролем и в соответствии с нормативно-правовыми документами об оказании противотуберкулезной помощи населению (Приказ Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации, Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1295-03 «Профилактика туберкулеза»).

2. Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) назначается больным туберкулезом в соответствии со следующими положениями¹:

2.1. Принципы назначения ВААРТ больным туберкулезом даны в табл. 1.

2.2. При назначении ВААРТ важно учитывать:

- возможное появление побочных эффектов от препаратов из-за их токсичности;
- рифампицин не рекомендуется сочетать с рядом препаратов ВААРТ (из группы ингибиторов протеазы ВИЧ);
- сложность приема большого количества лекарственных препаратов нередко приводит пациентов к нарушению режима лечения;
- назначение ВААРТ и противотуберкулезной терапии может привести к развитию синдрома восстановления иммунной системы.

¹ Принципы назначения ВААРТ приводятся в соответствии с Клиническим протоколом для Европейского региона ВОЗ «Лечение сочетанных случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции» [Management of Tuberculosis and HIV Coinfection, Clinical Protocol for the WHO European Region]. Перевод на русский язык планируется в 2007 г.

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Таблица 1

Принципы назначения ВААРТ при лечении туберкулеза

Количество CD4-клеток	Рекомендации
Туберкулез легких	
<200 кл./мкл	Начинают лечение туберкулеза. После того как оно будет хорошо переноситься, присоединяют как можно раньше (от 2 недель до 2 месяцев) ВААРТ
200–350 кл./мкл	Начинают лечение туберкулеза. После окончания его интенсивной фазы присоединяют ВААРТ (в случае клинически выраженного иммунодефицита возможно раньше)
>350 кл./мкл	Начинают лечение туберкулеза и проводят контроль числа CD4-клеток. ВААРТ назначают, если на фоне лечения туберкулеза количество CD4-клеток становится ниже 350 кл./мкл
Полиорганный туберкулез	
Независимо от числа клеток	Начинают лечение туберкулеза. После того как оно будет хорошо переноситься, присоединяют как можно раньше (от 2 недель до 2 месяцев) ВААРТ

Для лиц, получающих рифампицин, в таблице 2 приведены рекомендуемые ВОЗ режимы первой линии ВААРТ.

Таблица 2

Режимы первой линии ВААРТ для лиц, получающих рифампицин

	Принципы назначения ВААРТ	Комбинации препаратов для ВААРТ, рекомендуемые ВОЗ
Режим выбора	Два ингибитора обратной транскриптазы (нуклеозидные и нуклеотидные аналоги) + нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	Зидовудин (или тенофовир ²) + ламивудин (или эмтрицитабин ²) + ифавиренц
Альтернативный	Три ингибитора обратной транскриптазы (нуклеозидные и нуклеотидные аналоги)	Зидовудин + ламивудин + абакавир ³ (или тенофовир)

² Отмечены лекарственные препараты, не зарегистрированные в России, они приводятся в данном документе только с целью информации.

³ Федеральный центр СПИДа рекомендует назначать схемы, содержащие три нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы, при уровне РНК ВИЧ <100 000 копий в мл.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Комментарии к режиму выбора – зидовудин + ламивудин + ифавиренц:

- доза ифавиренца 600 мг в сутки, при весе больного более 60 кг возможно ее увеличение до 800 мг (ВОЗ рекомендует дополнительные исследования в отношении последней дозировки);
- если ифавиренц отсутствует, его можно заменить невирапином (200 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель, в дальнейшем – 200 мг 2 раза в сутки) с обязательным мониторингом функции печени и побочных эффектов;
- изменение дозы рифампицина не требуется.

Комментарии к альтернативному режиму – зидовудин + ламивудин + абакавир:

- возможно применение при беременности;
- изменение дозы рифампицина не требуется.

2.3. Решение о наличии или отсутствии эффекта при проведении антиретровирусной терапии принимается на основании клинических симптомов, уровня CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки.

Выявление туберкулеза на фоне ВААПТ первой линии не является критерием неудачи лечения (в случае если клиническая картина туберкулеза не сопровождается иными признаками нарастания иммунодефицита). В связи с этим схему ВААПТ не следует заменять режимом второй линии.

Если у пациента, получающего режим ВААПТ второй линии, развивается туберкулез, следует провести коррекцию дозы ингибитора протеазы.

2.4. В таблице 3 приведены режимы второй линии ВААПТ, рекомендуемые ВОЗ на фоне лечения туберкулеза.

Таблица 3

Режимы второй линии ВААПТ на фоне противотуберкулезной терапии

	Принципы назначения ВААПТ	Комбинация препаратов для ВААПТ
Режим выбора	Два ингибитора обратной транскриптазы (нуклеозидные и нуклеотидные аналоги) + два ингибитора протеазы (один из них со стимуляцией малой дозой ритонавира)	Абакавир + диданозин + лопинавир/ритонавир (малая доза) + ритонавир или тенофовир + диданозин + лопинавир/ритонавир + ритонавир
Альтернативный	Два ингибитора обратной транскриптазы (нуклеозидные и нуклеотидные аналоги) + два ингибитора протеазы	Абакавир + диданозин + саквинавир + ритонавир или тенофовир + диданозин + саквинавир + ритонавир

Комментарии к режиму выбора – абакавир (или тенофовир) + диданозин + лопинавир/ритонавир (малая доза) + ритонавир:

- в случае если диданозин назначен наряду с тенофовиром (300 мг один раз в сутки), доза диданозина для пациента весом менее 60 кг составляет 125–200 мг в сутки; а более 60 кг – 250 мг в сутки;
- в случае если больной получает лопинавир/ритонавир (малая доза) 400/100 мг 2 раза в день, ритонавир должен быть добавлен к схеме в дозе 300 мг 2 раза в день с обязательным мониторингом функции печени и уровня липидов крови.

Комментарии к альтернативному режиму – абакавир (или тенофовир) + диданозин + саквинавир + ритонавир:

- в случае если больной получает саквинавир, рекомендуемые дозы саквинавира и ритонавира составляют по 400 мг в день с обязательным мониторингом функции печени;
- коррекция дозы рифампицина не требуется.

2.5. Антиретровирусная терапия при назначении рифампицина имеет свои особенности. Это связано с тем, что последний индуцирует активность ферментов системы цитохрома P450, осуществляющих метаболизм ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и ингибиторов протеазы, то есть снижает сывороточные концентрации этих антиретровирусных препаратов. Это, в свою очередь, может привести к неполному подавлению репликации ВИЧ и развитию лекарственной устойчивости. Рифампицин может понижать сывороточную концентрацию ингибиторов протеазы до 75% от исходной, что требует коррекции их дозы.

В свою очередь, ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы через тот же самый механизм могут изменять сывороточную концентрацию рифампицина.

Несмотря на проблемы, связанные с рифампицином при лечении ВААРТ, ему все-таки отдается предпочтение, так как он является одним из наиболее эффективных противотуберкулезных препаратов. Поскольку рифампицин не обладает действием на сывороточные концентрации нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и не требуется коррекция их доз, эти лекарственные средства являются предпочтительными у больных туберкулезом.

В качестве альтернативы рифампицину можно использовать рифабутин в дозе 150 мг через день (или 3 раза в неделю). Он предпочтителен в ситуации, когда невозможно провести коррекцию дозы ингибиторов протеазы. Однако данный препарат значительно дороже рифампицина.

Не следует назначать рифабутин вместе с саквинавиром при отсутствии одновременного стимулирования малыми дозами ритонавира, однако возможно назначение рифабутин в комбинации с саквинавиром и ритонавиром.

3. Место осуществления стационарной помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, зависит от ее стадии и распространенности ВИЧ-инфекции в субъекте Федерации.

Стационарное лечение больных туберкулезом на ранних стадиях ВИЧ-инфекции (2, 3, 4А) проводят фтизиатры при обязательных консультациях специалиста по ВИЧ-инфекции.

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции стационарное лечение больных туберкулезом осуществляется специалистом по ВИЧ-инфекции, обязательно при консультативной помощи высококвалифицированного фтизиатра. Это связано с тем, что, кроме лечения туберкулеза, у этих больных требуются лечение ВИЧ-инфекции и диагностика и лечение других вторичных заболеваний. Систематические осмотры высококвалифицированного фтизиатра в этом случае являются обязательными. При этом необходимо соблюдение всех противозидемических требований в отношении туберкулезной инфекции. Так, при подозрении на заболевание туберкулезом пациентов из отделения для больных ВИЧ-инфекцией переводят в боксы.

При небольшом числе случаев сочетанной патологии в субъекте РФ на ранних стадиях ВИЧ-инфекции лечение туберкулеза проводится в противотуберкулезном учреждении, а на поздних – в боксах центра СПИДа или инфекционной больницы. При высокой потребности в лечении сочетанной патологии в субъекте Федерации создается специализированное отделение, в штат которого включаются врачи-фтизиатры и инфекционисты.

При организации лечения туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции необходимо помнить, что из-за иммунодефицита, кроме диссеминации туберкулеза, могут развиваться и другие вторичные заболевания. В результате при поражении легких туберкулезным процессом патология со стороны нервной системы может быть связана, например, с токсоплазмозом мозга, а со стороны органов брюшной полости, например, – с ЦМВ-инфекцией. В связи с этим при появлении новой симптоматики у больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, необходимо исключать другие вторичные заболевания. При получении биоптатов в ходе обследования или лечения больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции обязательно проводится их морфологическое и бактериологическое исследование не только на туберкулез, но и на возможные вторичные заболевания ВИЧ-

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

инфекции. Характеристика основных вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции, методы их диагностики и лечения даны в части 2, документе 8.

4. При оказании помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, необходимо обеспечить психологическую и социальную адаптацию.

4.1. Проведение планового и кризисного консультирования больных, их родственников или близких психотерапевтом территориального центра СПИДа.

Консультирование и психологическая поддержка пациентов очень важны при проведении терапии туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. До начала лечения необходимо проводить беседу с больным, который часто только в стационаре впервые узнает о своем заболевании туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Цель беседы – морально поддержать пациента, убедить в необходимости немедленного длительного лечения в условиях специализированного стационара, ориентировать на продолжение жизни в семье, с родными и близкими людьми, возможную трудовую деятельность. С целью закрепления установки на важность строгого соблюдения лечебного режима, воздержания от приема наркотических средств и алкоголя психологическую поддержку больному необходимо проводить систематически.

4.2. Комплексная консультативная помощь юриста, социального работника больным ВИЧ-инфекцией, их родственникам или близким по вопросам трудоустройства, жилья, различных льгот и пр. обычно организуется на базе территориального центра СПИДа. Для эпидемиологически опасных больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, необходимо обеспечить возможность получить эти консультации, например в определенное время в противотуберкулезном учреждении.

5. После завершения стационарного лечения туберкулеза пациента направляют для дальнейшего наблюдения к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер. Амбулаторное лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и диспансерное наблюдение за ними в период терапии туберкулеза осуществляет фтизиатр, имеющий специализацию по ВИЧ-инфекции, в кабинете референсной диагностики. Возможно несколько вариантов организации приема этих пациентов, но необходимым условием во всех случаях является минимизация пересечения потоков больных туберкулезом с бактериовыделением и без него.

6. Пациентов, завершивших полный курс лечения туберкулеза, направляют в кабинет скрининговой диагностики территориального цен-

тра СПИДа для дальнейшего диспансерного наблюдения фтизиатра с целью своевременного выявления возможных рецидивов.

7. При выявлении ВИЧ-инфекции впервые у больных, получающих стационарное лечение в противотуберкулезном учреждении, необходимо проведение эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции. Для этого центром по профилактике и борьбе со СПИДом в субъекте Федерации с учетом местных условий должен быть определен порядок его проведения в противотуберкулезном учреждении и специалисты, отвечающие за своевременность и качество этой работы.

Анкетирование больных ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезном стационаре показало, что ни с кем из больных медицинским персоналом не проводилась беседа о возможных путях передачи ВИЧ. В частности, никто из пациентов не был информирован о том, что он представляет эпидемиологическую опасность для половых партнеров и несет уголовную ответственность при заражении полового партнера, если он его не информировал о своем заболевании. Ни у кого из пациентов с ВИЧ-инфекцией не выяснялось, был ли он донором, хотя несколько пациентов заразились ВИЧ менее полугода назад. То есть в период «окна» они могли сдать кровь, но поскольку она не была выбракована, она могла стать источником заболевания реципиента.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ФТИЗИАТРА ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Фтизиатр осуществляет диспансерное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией в двух случаях – с целью выявления туберкулеза, а также наблюдения и оказания лечебно-диагностической помощи больным с выявленным туберкулезом.

При диспансерном наблюдении за больными ВИЧ-инфекцией должен соблюдаться принцип минимизации пересечения потоков больных, эпидемиологически опасных в отношении туберкулезной инфекции.

Для этого на базе центра СПИДа осуществляется диспансерное наблюдение фтизиатра за больными ВИЧ-инфекцией в случаях плановых и внеочередных осмотров на туберкулез (при отсутствии симптомов туберкулеза), после успешного завершения основного курса лечения туберкулеза или его превентивного лечения.

На базе противотуберкулезного учреждения проводится диспансерное наблюдение за больными, получающими амбулаторное лечение туберкулеза.

Принципы диспансерного наблюдения фтизиатра за вновь выявленными больными ВИЧ-инфекцией

После подтверждения инфекционистом лабораторного заключения о ВИЧ-инфекции у пациента его направляют для первичного осмотра и обследования к фтизиатру.

Для выделения групп лиц с высоким риском заболевания туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции проводят следующие мероприятия:

1. Всех вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией обязательно осматривает фтизиатр, отмечая в амбулаторной карте подробный анамнез в отношении повышенного риска заболевания туберкулезом.

При этом больного информируют о туберкулезе и мерах его профилактики и рекомендуют ему при появлении клинических проявлений, характерных для туберкулеза (кашель с мокротой и др.), немедленно явиться к фтизиатру для внепланового осмотра и обследования.

2. Сразу при взятии на учет и далее 1–2 раза в год (в зависимости от степени риска заболевания туберкулезом и стадии ВИЧ-инфекции, табл. 3–5) проводят лучевое исследование органов грудной полости (создается рентгенологический архив на больного).

3. При постановке пациентов на учет по поводу ВИЧ-инфекции проводят туберкулиновую пробу (2 ТЕ), а затем в период динамического наблюдения ее ставят 1–2 раза в год (в зависимости от степени риска заболевания туберкулезом и стадии ВИЧ-инфекции, табл. 4–6) с регистрацией результатов в карте диспансерного наблюдения.

В период динамического наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией при выявлении гиперергии, «виража» или нарастания реакции на туберкулин фтизиатром в индивидуальном порядке с учетом стадий ВИЧ-инфекции и объективных данных решается вопрос о назначении больному противотуберкулезных препаратов.

У лиц, выделяющих мокроту, проводят ее исследование на наличие микобактерий туберкулеза. В случае появления клинических или лабораторных проявлений туберкулеза других органов и тканей при возможности проводят бактериологическое и морфологическое, генетическое исследование соответствующего отделяемого или тканей.

Всех больных ВИЧ-инфекцией из группы риска заболевания туберкулезом, госпитализируемых в связи с ухудшением общего состояния, обязательно осматривает фтизиатр.

К группе пациентов с высоким риском заболевания туберкулезом относят в первую очередь лиц:

- перенесших туберкулез,

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

- находящихся или находившихся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции,
- наркозависимых, бездомных, мигрантов, ведущих асоциальный образ жизни,
- освободившихся из следственных изоляторов и исправительных учреждений.

Таблица 4

**Плановое обследование на туберкулез на ранних стадиях
ВИЧ-инфекции в отсутствие иммунодефицита у лиц,
не относящихся к группе высокого риска заболевания**

Методы исследования	Кратность	Примечание
Лучевая диагностика органов грудной полости	1 раз в год	
Туберкулинодиагностика	1 раз в год	

Таблица 5

**Плановое обследование на туберкулез на ранних стадиях
ВИЧ-инфекции лиц, относящихся к группе
высокого риска заболевания**

Методы исследования	Кратность	Примечание
Лучевая диагностика органов грудной полости	2 раза в год	
Бактериологическое исследование мокроты на МБТ	2 раза в год	При отделении мокроты
Бактериологическое исследование мочи на МБТ	2 раза в год	При наличии гематурии и протеинурии
Туберкулинодиагностика	2 раза в год	

Таблица 6

**Плановое обследование на туберкулез
на поздних стадиях ВИЧ-инфекции**

Методы исследования	Кратность	Примечание
Лучевая диагностика органов грудной полости	2 раза в год	
Бактериологическое исследование мокроты	2 раза в год	При отделении мокроты – бактериоскопия 3-кратно, посев – не менее 2 раз
Бактериологическое исследование мочи	2 раза в год	
Туберкулинодиагностика	2 раза в год	
УЗИ органов брюшной полости	2 раза в год	

Система плановых и внеочередных осмотров на туберкулез в ходе диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией

В связи с тем, что на ранних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулез имеет типичное течение, скрининговое обследование лиц, не относящихся к группе высокого риска заболевания туберкулезом, в этот период проводится 1 раз в год (табл. 4). Туберкулинодиагностика для пациентов с ВИЧ-инфекцией на данном этапе очень важна, так как она позволяет определить чувствительность к туберкулину на фоне еще нормального иммунного статуса.

Принципы диспансерного наблюдения фтизиатра за вновь выявленным больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

За вновь выявленными больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, при проведении основного курса терапии осуществляется систематическое наблюдение. Объем и кратность планового обследования этих больных с учетом стадий ВИЧ-инфекции представлены в табл. 7 и 8.

В ходе диспансерного наблюдения фтизиатром больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях из-за иммунодефицита, кроме обострения или рецидива туберкулеза, ухудшение состояния может быть связано с развитием других вторичных заболеваний. В связи с этим для таких пациентов необходимо организовать консультацию инфекциониста, специализирующегося по вопросам ВИЧ-инфекции. При получении в ходе обследования или лечения тканей или других материалов от больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции обязательно проводится их исследование не только на туберкулез, но и на возможные вторичные заболевания ВИЧ-инфекции.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЕДИНОГО УЧЕТА СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Единый персонифицированный учет больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в субъектах РФ с 2004 г. проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 13.11.2003 г. № 547 «Об утверждении учетной формы № 263/у-ТВ «Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (часть 2, документ 2), подготовленным Тематической рабочей группой «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией». Далее закодированные дубликаты этих карт направляются для единого учета и анализа случаев сочетанной патологии в стране в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ.

**Организация противотуберкулезной помощи
большим ВИЧ-инфекцией**

Таблица 7

**Объем и кратность плановых обязательных исследований
в ходе лечения туберкулеза на ранних стадиях ВИЧ-инфекции**

Вид исследования	Кратность	Примечание
Клинический анализ крови	1 раз в месяц	
Клинический анализ мочи	1 раз в месяц	
Биохимический анализ крови	1 раз в месяц	
Бактериологическое исследование мокроты на МБТ	1 раз в месяц	
Бактериологическое исследование мочи на МБТ	1 раз в месяц	
Рентгенография органов грудной полости	1 раз в два месяца	
УЗИ органов брюшной полости	1 раз, далее по показаниям	Зависит от локализации туберкулезного процесса
Иммунный статус	1 раз в 6 месяцев	При числе CD4 >350 кл./мкл

Таблица 8

**Объем и кратность обязательных исследований в ходе лечения
туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции**

Вид исследования	Кратность	Примечание
Клинический анализ крови	1 раз в месяц	При проведении ВААРТ первое исследование через 2 недели после начала
Клинический анализ мочи	1 раз в месяц	
Биохимический анализ крови	1 раз в месяц	При проведении ВААРТ первое исследование через 2 недели после начала
Бактериологическое исследование мокроты на МБТ	1 раз в месяц	
Бактериологическое исследование мочи на МБТ	1 раз в месяц	
Рентгенография органов грудной полости	1 раз в два месяца	
УЗИ органов брюшной полости	1 раз в два месяца	
Иммунный статус	1 раз в 3 месяца, повтор через 1 мес. по графику	При числе CD4 200–350 кл./мкл или <200 кл./мкл при проведении ВААРТ

При составлении центрами СПИДа годового отчета по форме федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» разделы, касающиеся туберкулеза, заполняют на основании данных, полученных от фтизиатров-координаторов по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, в субъекте Федерации. Эти данные, в свою очередь, основаны на анализе карт.

**Основные дефиниции, используемые при анализе
контингента больных туберкулезом, сочетанным
с ВИЧ-инфекцией**

Туберкулез – болезнь, вызываемая микроорганизмами рода *Mycobacteria*, объединенными в комплекс *Mycobacterium tuberculosis complex*. Он включает виды *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* (A15–A19).

ВИЧ-инфекция – болезнь, вызываемая вирусами иммунодефицита человека (Z21, B20–B24).

Микобактерии – группа кислотоустойчивых микроорганизмов, среди которых регистрируются как патогенные возбудители болезней, так и сапрофиты. Наибольшей патогенностью обладают *Mycobacterium tuberculosis* и *Mycobacterium bovis*, вызывающие болезнь – туберкулез.

Микобактериозы – заболевания, вызываемые микроорганизмами рода *Mycobacteria*, но не относящимися к *Mycobacterium tuberculosis complex*.

Статистически учитываемые формы туберкулеза в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр, ВОЗ (далее МКБ-10), рекомендуются следующие: туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически, А15; туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически, А16; туберкулез нервной системы, А17; туберкулез других органов А18.

Внелегочный туберкулез – понятие, не определенное ни МКБ-10, ни российской клинической классификацией туберкулеза, в российских и иностранных литературных источниках оно трактуется неоднозначно, поэтому при статистическом учете это понятие нами не используется.

Активный туберкулез – формы туберкулеза, при наличии которых больных относят к I и II группе диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений, т. е. к группе лиц, имеющих специфический воспалительный процесс, вызванный *Mycobacterium tuberculosis complex* и определяемый комплексом клинических, лабора-

торных или лучевых (рентгенологических) признаков (Приказ Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»).

Неактивный туберкулез – формы туберкулеза, при наличии которых больных относят к III группе диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений, т. е. к группе лиц, имеющих клинически излеченный туберкулез (Приказ Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – вирус, вызывающий болезнь – ВИЧ-инфекцию.

ВИЧ-инфекция – болезнь, развивающаяся после проникновения в организм человека вируса иммунодефицита человека. В соответствии с клинической классификацией ВИЧ-инфекции в ее течении выделяются следующие стадии – инкубации (1-я стадия заболевания, она продолжается в среднем 3 месяца), первичных проявлений ВИЧ-инфекции (2-я стадия заболевания, она продолжается в среднем один год), субклиническая (3-я стадия заболевания, она продолжается в среднем 5–6 лет), вторичных заболеваний (4А, Б и В стадии заболевания, они продолжаются в отсутствие антиретровирусной терапии в среднем 4–5 лет), терминальная (5-я стадия заболевания, она продолжается 4–5 месяцев).

Ранние стадии ВИЧ-инфекции – все стадии до 4А включительно.

Поздние стадии ВИЧ-инфекции – 4Б, 4В, 5.

Вторичные заболевания ВИЧ-инфекции – патологические состояния, которые наиболее часто развиваются на фоне иммунодефицита, обусловленного вирусом иммунодефицита человека (их могут вызывать как патогенные, так и условно-патогенные возбудители). Основные из них: кандидоз, туберкулез, герпетические инфекции, в том числе ВПГ-инфекция, опоясывающий лишай, ЦМВ-инфекция, саркома Капоши, лимфомы, энцефалопатии, пневмоцистоз, токсоплазмоз, кокцидиоидомикоз, криптококкоз, криптоспоридиоз, сальмонеллезы (нетифоидные).

Оппортунистические инфекции – заболевания, которые вызываются условно-патогенными возбудителями. Для их развития требуется иммунодефицит, поэтому они часто становятся вторичными заболеваниями ВИЧ-инфекции. В то же время ставить знак равенства между оппортунистическими и вторичными заболеваниями нельзя, так как ряд вторичных заболеваний вызывается патогенными возбудителями, например туберкулез.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита – регистрируется при выявлении СПИД-индикаторных состояний. Перечень этих состояний (всего 28), определенный в 1993 г. рекомендациями ВОЗ, дан в части 2, документе 4. Это понятие применяется ВОЗ в первую очередь для эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции в мире, поскольку случаи заболевания ею регистрируются не во всех странах.

Случай туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, – регистрация двух этих инфекций одновременно у одного больного.

Случай вновь выявленной сочетанной патологии – регистрация нового случая активного туберкулеза у больного ВИЧ-инфекцией, либо, наоборот, впервые регистрация нового случая ВИЧ-инфекции у больного активным туберкулезом, либо выявление впервые одновременно обеих инфекций в отчетном году.

По данным отчетной формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» в России в 2005 г. определено число лиц:

- имеющих активный туберкулез на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции (3777),
- с ВИЧ-инфекцией, имеющих активный туберкулез (6850),
- умерших от сочетанной патологии (1150, что составляет 63% от числа всех умерших от ВИЧ-инфекции),
- больных ВИЧ-инфекцией, обследованных на туберкулез (88 742).

Анализ «Карт персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией», представленных в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ за 2004–2005 гг., а также внесение изменений в Годовую форму федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» потребовали дополнительных разъяснений для заполнения учетной формы № 263/у-ТВ. Они даны отдельным разделом в части 2, документе 9. Кроме того, в связи с широким внедрением в России лечения ВИЧ-инфекции методом ВААРТ в карту внесен пункт 26 «Лечение ВААРТ (не нуждался, получает, отказался, не переносит, отсутствуют препараты)».

С целью координации учета всех случаев сочетанной патологии в России ФСИН подготовлено служебное письмо «О заполнении учетной формы № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (№ 10/22-471 от 22.02.2006 г.) с дополнительными пояснениями для УИС к приказу Минздрава России для

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

заполнения этой формы. Письмо направлено всем начальникам территориальных органов ФСИН.

В частности, для карт, заполняемых в учреждениях ФСИН, даны следующие разъяснения:

- в строке «Наименование учреждения» указывается учреждение, направившее карту,
- в строке 5 «Место работы, профессия/должность – работа в период отбывания наказания и профессия по образованию»,
- в строке 6 «Место жительства – место отбывания наказания (СИЗО, ИК, ВК, ЛИУ и т. д.) и его адрес»,
- в строке 11 – учреждение УИС, выявившее туберкулез,
- в строке 14 – данные о последнем сроке пребывания в учреждении УИС.

С 2006 г. учет случаев сочетанной патологии осуществляется по следующей схеме.

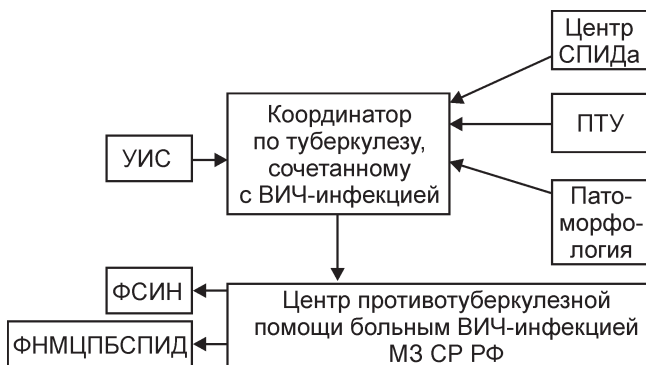


Рис. Схема сбора информации о случаях туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Возбудителем туберкулеза являются микобактерии, относящиеся к *Mycobacterium tuberculosis complex*. Они проникают в организм преимущественно воздушно-капельным путем. У человека, не зараженного ранее туберкулезом, в качестве первой защитной реакции развивается

фагоцитоз. Регуляция процесса фагоцитоза и лизиса микобактерий осуществляется Т-лимфоцитами и выделяющимися ими медиаторами [5]. То есть от возбудителя туберкулеза, проникшего в организм, человека защищают именно те иммунные клетки, которые поражает ВИЧ.

У лиц, не имеющих существенного снижения функций иммунной системы, на микобактерии туберкулеза формируются специфические тканевые реакции, которые предупреждают развитие заболевания с поражением органов и систем. У пациентов с нормальным иммунным статусом заболевание туберкулезом, как правило, развивается в результате инфицирования чрезмерно большим числом микобактерий туберкулеза, с которыми не может справиться даже адекватно функционирующая иммунная система.

На основании этого целесообразно выделить две группы мероприятий, необходимых для предупреждения развития заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией: минимизация случаев контакта больных ВИЧ-инфекцией с очагами туберкулеза и помощь иммунной системе в борьбе с возбудителем.

Комплекс мероприятий, направленных на минимизацию случаев контакта больных ВИЧ-инфекцией с очагами туберкулеза

Для минимизации контакта с туберкулезной инфекцией больных ВИЧ-инфекцией необходимо:

- с учетом местных условий максимально обеспечивать предупреждение попадания пациентов с ВИЧ-инфекцией в очаги туберкулеза,
- информировать самих пациентов о мерах профилактики туберкулеза и путях избежания контакта с туберкулезной инфекцией.

Очаги туберкулеза могут быть образованы:

- больным с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза: в стационаре для больных ВИЧ-инфекцией; в центре СПИДа, куда ходит больной ВИЧ-инфекцией с недиагностированным туберкулезом; в доме, где находится больной туберкулезом, когда в нем проживают другие члены семьи, больные ВИЧ-инфекцией и т. д.;
- больным туберкулезом: в доме, где проживает пациент с ВИЧ-инфекцией, могут быть больные туберкулезом; в тубдиспансере, куда пациент в нарушение противоэпидемических требований может быть направлен; в компании лиц, совместно вводящих наркотики; в учреждении, сотрудники которого работают с гражданами из группы высокого риска заболевания туберкулезом и т. д.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

При организации амбулаторной помощи больным ВИЧ-инфекцией необходима система кабинетов скрининговой и референсной диагностики, как это было описано в разделах, посвященных выявлению туберкулеза и диспансерному наблюдению больных ВИЧ-инфекцией. Если на амбулаторном приеме в центре СПИДа у больного выявлены симптомы туберкулеза, необходимо создать условия, минимизирующие его контакт с остальными пациентами, имеющими иммунодефицит, и направить в кабинет референсной диагностики туберкулеза. При этом кабинеты центра СПИДа, где могут появиться такие больные, целесообразно обеспечить рециркуляторными дезинфицирующими лампами.

Госпитализировать больных ВИЧ-инфекцией с подозрением на заболевание туберкулезом необходимо в боксированные палаты.

Для минимизации опасности семейных или территориальных очагов фтизиатр-координатор должен обеспечить организацию системы госпитализации больных туберкулезом из очагов, в которых находятся больные ВИЧ-инфекцией, или изоляцию больного ВИЧ-инфекцией из очага туберкулеза (если первое оказывается по каким-либо причинам невозможным).

Больной ВИЧ-инфекцией из очага обязательно должен быть обследован на туберкулез. При отсутствии признаков заболевания туберкулезом ему проводится превентивное лечение туберкулеза. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции оно назначается независимо от результатов пробы Манту, так как на фоне иммунодефицита реакция на туберкулин оказывается в подавляющем большинстве случаев неинформативной (подробнее дано в разделе «Превентивное лечение туберкулеза»).

Больного ВИЧ-инфекцией из очага туберкулеза фтизиатр включает в группу высокого риска заболевания и осматривает его первые полгода ежемесячно, а затем – не реже одного раза в квартал. Объем обследования в этот период соответствует IVA диспансерного наблюдения по туберкулезу (Приказ Минздрава России от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» и Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1295-03 «Профилактика туберкулеза»).

Информирование пациента с ВИЧ-инфекцией о туберкулезе и мерах его профилактики целесообразно проводить фтизиатру кабинета скрининговой диагностики центра СПИДа при первой беседе с больным.

При этом фтизиатру необходимо сообщить больному, что туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией излечим, в том числе и на поздних ее стадиях. Необходимо объяснять, что на фоне тяжелого иммунодефицита туберкулез при задержке начала лечения может быстро принимать генерализо-

ванное течение, что приводит к неблагоприятному исходу заболевания. Поэтому для больных ВИЧ-инфекцией особое значение имеет его своевременная диагностика. Пациенту необходимо рассказать о характерных симптомах туберкулеза, особенностях его проявлений на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а также о возможных путях заражения туберкулезом и мерах его профилактики. Больной должен быть информирован об особой для него опасности попадания в очаги туберкулезной инфекции, о возможности контакта с больным туберкулезом в компании лиц, совместно вводящих наркотики, так как наркопотребители являются группой высокого риска заболевания туберкулеза. Кроме того, больным ВИЧ-инфекцией следует сообщить об опасности работы в местах часто пребывания лиц из группы риска заболевания туберкулезом и целесообразности в таких ситуациях использовать респираторы.

При возможности заражения пациентов с ВИЧ-инфекцией в семейных очагах туберкулеза их необходимо информировать:

- об опасности контакта с больными туберкулезом в семье,
- о необходимости соблюдать противозаразительные мероприятия в доме, рекомендованные фтизиатром и эпидемиологом (в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.1295-03 и Приказом Минздрава России от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»),
- о необходимости незамедлительного обследования членов семьи на туберкулез при наличии его симптомов.

Основным мероприятием, направленным на предупреждение развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями при снижении функций иммунной системы, является его превентивное лечение.

Превентивная терапия туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

Превентивная терапия туберкулеза больным ВИЧ-инфекцией назначается после исключения заболевания туберкулезом.

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции показания к превентивному лечению туберкулеза те же, что и у не инфицированных ВИЧ.

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции оно проводится лицам с положительной пробой Манту или относящимся к группам риска заболевания туберкулезом.

Показанием к началу превентивной терапии лицам из группы высокого риска заболевания туберкулезом является регистрация хотя бы

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

одного из трех критериев, свидетельствующих о выраженном иммунодефиците:

- уровень CD4 ниже 200 кл./мкл,
- число лимфоцитов менее 1200 кл./мкл,
- одно из СПИД-индикаторных состояний (которые даны в приложении к Приказу МЗ СР РФ от 17.03.2006 г. № 166 «Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией», часть 2, документ 4).

Превентивное лечение туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции проводится по следующей схеме: три месяца изониазид 0,3 г + пиразинамид 1,5 г. Дальнейшая тактика зависит от состояния пациента: при прогрессировании иммунодефицита прием препаратов продолжается, при повышении показателей иммунного статуса, исчезновении клинических проявлений иммунодефицита – прекращается, но пациент наблюдается и проходит контрольное обследование у фтизиатра в течение 4 месяцев 1 раз в 2 недели.

ВОЗ рекомендует проводить превентивное лечение туберкулеза всем лицам с ВИЧ-инфекцией, инфицированным микобактериями туберкулеза, для чего применять изониазид в дозе 5 мг/кг (максимальная доза 300 мг) один раз в день 6 месяцев.

Для профилактики периферической нейропатии, особенно у беременных, больных алкоголизмом и лиц с пониженным питанием, целесообразно назначение пиридоксина в дозе 6 мг один раз в день.

Для определения оптимальной схемы превентивного лечения в регионах с частой регистрацией устойчивости микобактерий туберкулеза к изониазиду ВОЗ рекомендует проведение дополнительных исследований по данному аспекту.

Порядок работы с детьми, рожденными от больных ВИЧ-инфекцией матерей, с целью профилактики заболевания туберкулезом

По данным Минздравсоцразвития России, на 31.12.2005 г. на учете состояло 15 237 детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей. Установлено, что 1463 ребенка заразились ВИЧ от матерей, из них 490 – в отчетном году. Остальные остаются под наблюдением с неустановленным диагнозом, так как у этих детей пока не прошел срок, который позволяет установить, чьи антитела к ВИЧ определяются – материнские или уже самого ребенка.

Широкое внедрение в России химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в России должно снизить заболеваемость этих детей ВИЧ-инфекцией. По данным ВОЗ, вероятность заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери в период беременности и родов при правильном проведении химиопрофилактики снижается до 1–2%. Подробнее информация о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку дана в приказе МЗ РФ № 606 от 19.12.2003 г. «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и образце информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции» и в рекомендациях ВОЗ (часть 2, документ 6).

В то же время актуальность проблемы туберкулеза у детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, растет. Это связано с тем, что не вакцинированные БЦЖ дети (она им запрещена приказом МЗ МП РФ от 16.08.1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию и лечению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации») из роддомов возвращаются в социально неблагополучные семьи, в которых имеются больные туберкулезом. В связи с этим только в одной туберкулезной больнице г. Москвы (ТКБ № 7), на базе которой мы работаем, за последние 2 года такие случаи составили 7% от числа всех поступивших с туберкулезом детей в возрасте до 3 лет. Причем в отличие от остальных детей этой возрастной группы, больных туберкулезом, дети из неблагополучных семей в 95% случаев имели тяжелые осложненные формы туберкулеза. В ходе обследования установлено, что никто из них от матерей ВИЧ-инфекцией не заразился. Заболевание тяжелыми формами туберкулеза этих детей связано с тем, что они попали в очаги туберкулезной инфекции, но при этом не были вакцинированы БЦЖ. Меры, регламентированные Приложением № 12 к Приказу МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», не были осуществлены, поскольку дети не попали в общий поток пациентов.

Такая ситуация требует скоординированной работы по профилактике заболевания туберкулезом детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей. Поэтому координаторы-фтизиатры должны особое внимание уделить данной проблеме.

Комплекс мероприятий, направленных на минимизацию заболевания туберкулезом детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, должен обеспечивать работу по двум основным направлениям:

- противоэпидемический контроль за детьми, рожденными от больных ВИЧ-инфекцией матерей, и их окружением,
- консультирование матерей, их родственников и близких об опасности для детей туберкулезной инфекции, а также о мерах ее профилактики и выявления.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

С целью контроля за детьми, рожденными от больных ВИЧ-инфекцией матерей, и их окружением необходимо обследование на туберкулез всех членов семьи, а также близких и друзей, бывающих в доме, до прибытия такого ребенка из роддома. Если в семье выявляется больной туберкулезом, ребенка необходимо из роддома перевести в медицинское учреждение до решения вопроса о дальнейшей тактике ведения этого ребенка в соответствии с Приложением № 12 к Приказу МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Для выявления у ребенка инфицирования микобактериями туберкулеза проводится туберкулинодиагностика. Детям, не вакцинированным БЦЖ, ее проводят с 5-месячного возраста 2 раза в год до получения ребенком прививки вакциной БЦЖ-М.

В настоящее время вакцину БЦЖ-М разрешается вводить детям только после исключения ВИЧ-инфекции, но рабочей группой МЗ СР РФ готовится приказ о дифференцированном подходе к вакцинации БЦЖ-М детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, что соответствует и рекомендациям ВОЗ для стран с широкой распространенностью туберкулезной инфекции.

В период беременности больных ВИЧ-инфекцией необходимо консультировать об опасности для их детей туберкулезной инфекции и мерах ее профилактики. В случаях социальной дезадаптации матерей такую информацию одновременно нужно давать кому-то из родственников или близких, которые заинтересованы в здоровье ребенка. При консультировании следует сообщать о клинических проявлениях туберкулеза, мероприятиях в очагах этой инфекции, о необходимых мерах при попадании детей в них, при появлении у них симптомов туберкулеза, о методах и кратности скрининговой диагностики его у детей раннего возраста; важности осмотра этих детей фтизиопедиатром. При этом консультируемому дается памятка с перечнем всех противотуберкулезных мероприятий.

Для работы с детьми, рожденными от наркозависимых больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, должна внедряться система централизованной социальной опеки.

Порядок работы с беременными, больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

При выявлении в противотуберкулезном учреждении у пациентки с ВИЧ-инфекцией беременности, которую планируется сохранить, рекомендуется комплекс мероприятий, направленных на предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку:

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

1. Беременную пациентку необходимо консультировать о важности проведения химиопрофилактики, предупреждающей в подавляющем большинстве случаев передачу ВИЧ ребенку на трех этапах (в период беременности, родов, новорожденному). В случае социальной дезадаптации женщины беседу следует провести с родственником и близким человеком, заинтересованным в здоровье ребенка.

2. Для консультации и решения вопроса о химиопрофилактике передачи ВИЧ от матери ребенку приглашается инфекционист центра СПИДа, курирующий эту работу. Обычно, если беременной раньше не проводилась антиретровирусная терапия, ее подключают с 24–28-й недели беременности. В том случае, если она уже получает ВААРТ по поводу ВИЧ-инфекции, требуется срочно решать вопрос о возможности дальнейшего приема этих препаратов на фоне беременности или их замене.

Обследование на ВИЧ-инфекцию экспресс-тестами показано пациенткам из группы высокого риска заболевания ВИЧ-инфекцией, а именно:

- употребляющим наркотики,
- имеющим инфекции, передающиеся парентерально, особенно гепатит С,
- с неблагополучным социальным статусом,
- лицам, имеющим высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией половым путем,
- поступающим для родовспоможения в экстренном порядке в специализированные отделения или роддома для больных туберкулезом, а также не состоявшим на учете по поводу беременности и обратившимся в противотуберкулезное учреждение за направлением в роддом.

Выявление даже на поздних сроках беременности не установленной ранее ВИЧ-инфекции позволит назначить ее химиопрофилактику в период родов и новорожденному. Эти мероприятия также будут способствовать снижению вероятности заражения ВИЧ ребенка от матери.

ЧАСТЬ 2
ОСНОВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО АСПЕКТАМ
ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Документ 1

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

13 мая 2005 г.

№ 332

**О КООРДИНАЦИОННОМ СОВЕТЕ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

В соответствии с пунктом 6.4 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162) и в целях совершенствования противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, и утвердить его состав (приложение № 1).
2. Утвердить Положение о Координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (приложение № 2).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И. Стародубова.

Министр
М. ЗУРАБОВ

**СОСТАВ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Председатель Координационного совета:

Хальфин Руслан Альбертович	директор Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
-------------------------------	--

Заместитель председателя Координационного совета:

Покровский Вадим Валентинович	заместитель директора Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом
----------------------------------	--

Секретарь Координационного совета:

Фролова Ольга Петровна	руководитель Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России
---------------------------	--

Члены Координационного совета:

Бобрик Алексей Владимирович	заместитель директора фонда «Открытый институт здоровья населения» (по согласованию)
--------------------------------	--

Виеслав Якубовяк	координатор программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации (по согласованию)
------------------	---

Гусейнова Нисса Гусейновна	заведующая клиническим отделом Орловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
-------------------------------	--

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Какорина Екатерина Петровна	заместитель директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
Кокотов Юрий Яковлевич	менеджер программ по борьбе с туберкулезом Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (по согласованию)
Кравченко Алексей Викторович	ведущий научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом
Кузнецова Агла Степановна	заместитель начальника Медицинского управления Федеральной службы исполнения наказаний Министерства юстиции Российской Федерации (по согласованию)
Мартынов Андрей Александрович	заместитель начальника отдела повышения структурной эффективности Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
Перельман Михаил Израйлевич	директор НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова
Губкина Марина Федоровна	ведущий научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза РАМН (по согласованию)
Тарасова Ольга Владимировна	главный специалист отдела нормативно-правового регулирования специализированной медицинской помощи Департамента развития медицинской помощи и курортного дела
Элтом Акрам	координатор программы ВОЗ по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации (по согласованию)

**ПОЛОЖЕНИЕ О КООРДИНАЦИОННОМ СОВЕТЕ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

I. Общие положения

1. Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (далее – Координационный совет), создается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – Министерство) в целях выработки единых принципов организации оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

2. В состав Координационного совета входят представители Министерства, подведомственных ему федеральных служб и агентств, других федеральных органов исполнительной власти, общественных организаций.

3. В своей деятельности Координационный совет руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства и настоящим Положением.

II. Задачи и функции Координационного совета

4. Основной задачей Координационного совета является формирование предложений по совершенствованию и выработке единых принципов организации оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

5. Координационный совет осуществляет следующие функции:

- 5.1. разрабатывает предложения по проектам нормативных правовых актов Министерства по вопросам профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- 5.2. готовит предложения при формировании образовательных программ для врачей-специалистов и населения по вопросам профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

- 5.3. разрабатывает предложения по поддержке проектов и программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, реализуемых в Российской Федерации государственными и общественными организациями;
- 5.4. взаимодействует с общественными организациями, средствами массовой информации с целью информационного обеспечения создания системы противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией;
- 5.5. разрабатывает предложения о проведении научных исследований по вопросам профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- 5.6. оказывает методическую помощь руководителям специализированных медицинских учреждений по вопросам профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- 5.7. участвует в организации научно-практических конференций, совещаний и семинаров, посвященных вопросам профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- 5.8. запрашивает и получает сведения, необходимые для решения вопросов, относящихся к компетенции Координационного совета;
- 5.9. готовит предложения по подготовке нормативных правовых актов Министерства по вопросам, относящимся к компетенции Координационного совета;
- 5.10. проводит заседания с привлечением специалистов в области оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

III. Организация деятельности Координационного совета

6. Положение о Координационном совете и его состав утверждаются приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

7. Общее руководство работой Координационного совета осуществляет председатель Координационного совета.

8. Заседания Координационного совета проводятся не реже одного раза в квартал.

9. Заседание Координационного совета считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины его членов.

10. Заседание Координационного совета ведет председатель Координационного совета или его заместитель. Решение Координационного

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

совета принимается большинством голосов присутствующих на заседании его членов и оформляется протоколом, который подписывает председатель Координационного совета. Особое мнение членов Координационного совета, голосовавших против принятого решения, излагается в письменном виде и прилагается к протоколу заседания Координационного совета. Каждый член Координационного совета извещается о планируемом заседании не позднее чем за пять дней.

11. Заседания Координационного совета оформляются протоколом, который ведет секретарь Координационного совета. Документы, рассмотренные на заседаниях Координационного совета, формируются в дела и хранятся в Департаменте развития медицинской помощи и курортного дела Министерства.

ПРИКАЗ

13 ноября 2003 г.

№ 547

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 263/у-ТВ
«КАРТА ПЕРСОНАЛЬНОГО УЧЕТА НА БОЛЬНОГО
ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»**

С целью изучения эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией, определения порядка учета больных данной патологией, а также организации системы мер противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в России

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. Учетную форму № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (приложение № 1).
- 1.2. Инструкцию по заполнению Учетной формы № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (приложение № 2).

2. Учетную форму № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» и Инструкцию по заполнению учетной формы № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» ввести в действие с 1 января 2004 г.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя Министра Р.А. Хальфина.

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Приложение № 1
Утверждено
приказом **Минздрава РФ**
от **13 ноября 2003 г. № 547**

Наименование учреждения
здравоохранения _____

Медицинская документация
Учетная форма № 263/у-ТВ
(ежемесячная)
Утверждена приказом
Минздрава России
от 13.11.2003 г. № 547

**КАРТА ПЕРСОНАЛЬНОГО УЧЕТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ,
СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

(представляется 5-го числа следующего за отчетным месяца)

1. Ф. И. О. больного _____
 2. Код _____
 3. Пол ___Ж___ М___
 4. Возраст _____ год рождения _____
 5. Место работы _____ профессия/должность _____
 6. Место жительства _____
 7. Дата регистрации туберкулеза _____
 8. В случае смерти – дата смерти _____
 9. Метод выявления туберкулеза: лучевой, бактериологический, морфологический (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____
 10. Контакт с больным туберкулезом: семейный, профессиональный, территориальный, внутрибольничный (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____
 11. Место выявления туберкулеза: районная поликлиника, общесоматический стационар, центр СПИДа, противотуберкулезный диспансер (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____
-

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

12. Обстоятельства, при которых выявлен туберкулез: обращение с жалобами, активное выявление, посмертное выявление (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____

13. Туберкулез в анамнезе (указать группу, диспансер, когда снят с учета или др.) _____

14. Пребывание в ИТУ: не было, менее года, 1–3 года, более 3 лет (нужное подчеркнуть) _____

15. Диагноз туберкулеза (в соответствии с российской клинической классификацией) _____

16. Наличие бактериовыделения подтверждено: мазком, посевом, ПЦР (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____

17. Резистентность к противотуберкулезным препаратам: не исследовалась, результат не получен, полирезистентность – множественная, к одному препарату (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____

18. Дата выявления ВИЧ-инфекции _____

19. Период времени, в который произошло заражение ВИЧ* _____

20. Путь передачи ВИЧ: при введении наркотиков, половой, не установлен (нужное подчеркнуть, другое вписать) _____

21. Другие больные ВИЧ-инфекцией в семье, кто _____

22. Стадия ВИЧ-инфекции _____ CD4 _____ число лимфоцитов _____

23. Вторичные заболевания ВИЧ-инфекции**: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 (нужное подчеркнуть) _____

24. Сопутствующая патология _____

25. В случае смерти – непосредственная причина _____

– основная причина _____

код по МКБ-10 _____

Должность исполнителя и Ф. И. О. _____

Контактный телефон _____ и адрес отправителя _____

Оборотная сторона карты

* Определение периода времени, в который произошло заражение ВИЧ

1. Когда, до выявления ВИЧ-инфекции, больной обследовался на ВИЧ-инфекцию с отрицательным результатом?

2. Для потребителей наркотиков: когда больной первый и последний раз употреблял наркотики внутривенно?

3. Когда были случайные половые контакты?

4. Болен ли кто-то из близких, друзей и т. д. ВИЧ-инфекцией? У них она выявлена раньше или позже, чем у данного пациента? Если раньше, то могло ли заражение произойти от них, примерный срок?

5. Если были переливания крови, плазмы, когда было первое и последнее?

6. Манипуляции с повреждением кожного покрова, проводимые в условиях сомнительной стерильности, в том числе наколки, прокалывание ушных раковин и т. д. – когда?

** Перечень вторичных заболеваний

1. Кандидоз

2. Кокцидиоидомикоз

3. Криптококкоз

4. Криптоспоридиоз

5. Цитомегаловирусная инфекция

6. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса

7. Саркома Капоши

8. Лимфома

9. Другие микобактериозы или недифференцированные микобактериозы

10. Пневмоцистная пневмония

11. Токсоплазмоз

12. Прочие

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ «КАРТЫ ПЕРСОНАЛЬНОГО
УЧЕТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ» (учетная форма № 263/у-ТВ)**

(утв. приказом Минздрава РФ от 13 ноября 2003 г. № 547)

«Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (далее Карта) заполняется на больного с вновь выявленной сочетанной патологией, а также умершего от нее.

При выявлении в центре СПИДа у больного ВИЧ-инфекцией туберкулеза или его рецидива на пациента заполняется Карта и направляется ответственному специалисту-фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации.

При первичном выявлении в противотуберкулезном учреждении у больного туберкулезом ВИЧ-инфекции на него заполняется Карта и направляется ответственному фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации.

На умершего от сочетанной инфекции патологоанатом направляет копию титульного листа протокола патологоанатомического исследования (содержащего паспортные данные, патолого-анатомический диагноз и соответствующие коды МКБ-10) ответственному фтизиатру по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации. На основании полученного протокола ответственный фтизиатр заполняет Карту.

Если вскрытие не проводится, о случае смерти сообщает лечебно-диагностическое учреждение, которым констатирована смерть.

Ответственный фтизиатр по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации ежемесячно до 5-го числа следующего за отчетным месяца направляет дубликат в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России.

При заполнении дубликата Карты, направляемого в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России:

в строке 1 ставится прочерк;

в строке 2 указывается код*, присвоенный больному;

* Кодом должно быть число, содержащее не более 7 цифр, например |- |- |- |- |5 |4 |3 |.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

в строке 5 «Место работы» указывается только категория учреждения: завод, магазин, школа, банк и т. д. – и должность или профессия;

в строке 6 «Место жительства» для жителей города указывается название города, для прочих жителей – уровень населенного пункта (например: поселок городского типа, село и т. д.);

в строке 10 «Контакт с больным туберкулезом» – к территориальному контакту относятся соседи по рабочему месту, квартире и т. д., в случае контакта в стационаре подчеркнуть внутрибольничный, а к профессиональному относятся лица, работающие с больными туберкулезом;

в строке 19 – «период времени, в который, вероятнее всего, произошло заражение ВИЧ, с точностью до месяца, года или ряда лет, например период 1996–1999 гг. или в январе–мае 2000 г. и т. д.;

в строке 21 «Другие больные ВИЧ-инфекцией в семье» указываются только семейные отношения: мать, жена, муж и т. д.;

в строку 25 вписывается причина смерти (основная и непосредственная) на основании заключения протокола патолого-анатомического исследования.

Адрес Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России: 107014, г. Москва, ул. Барболина, д. 3.

Телефон: 268-25-15, 268-76-83.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
«О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ
ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА
(ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)»

Принят Государственной думой 24 февраля 1995 г.

Признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, Государственная дума Федерального собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

Глава I. Общие положения

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие понятия: ВИЧ-инфекция – заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека; ВИЧ-инфицированные – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции

1. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской

Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

3. Если международными договорами Российской Федерации установлены иные, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, правила, то применяются правила международных договоров.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации, на находящихся на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе постоянно проживающих в Российской Федерации, а также применяется в отношении предприятий, учреждений и организаций, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, независимо от их организационно-правовой формы.

Статья 4. Гарантии государства

1. Государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее – медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных или стационарных условиях, а также их бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только Федеральным законом.

Статья 6. Финансирование деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

1. Финансирование федеральных и региональных целевых программ, а также деятельности предприятий, учреждений и организаций по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, лечению и социальной защите ВИЧ-инфицированных осуществляется за счет:

средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации;

средств целевых фондов;

средств, направляемых на добровольное медицинское страхование;

иных источников финансирования, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

2. Государственное финансирование деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Глава II. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным

Статья 7. Медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных статьей 9 настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

4. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

5. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

7. В учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия, а в случаях, указанных в пункте пятом статьи 7, – по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

4. Правила, в соответствии с которыми осуществляется обязательное медицинское освидетельствование лиц в целях охраны здоровья населения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются им не реже одного раза в пять лет.

5. Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей.

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

Лицо, прошедшее освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органом исполнительной власти.

Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направ-

ленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Глава III. Социальная защита ВИЧ-инфицированных и членов их семей

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

бесплатный проезд одного из родителей или иного законного представителя ВИЧ-инфицированного несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет при его сопровождении к месту лечения и обратно;

сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж;

внеочередное предоставление жилых помещений в домах государственного, муниципального или общественного жилищного фонда в случае, если они нуждаются в улучшении жилищных условий и если ВИЧ-инфицированный несовершеннолетний в возрасте до 18 лет проживает совместно с ними.

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной защиты ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Статья 19. Социальная защита ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних

ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются льготы, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками

Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в результате ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь, производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

Глава IV. Социальная защита лиц, подвергшихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей

Статья 21. Государственные единовременные пособия

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, в случае заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей имеют право на получение государственных единовременных пособий.

В случае смерти работников указанных категорий от заболеваний, связанных с развитием ВИЧ-инфекции, право на получение государственных единовременных пособий имеют члены их семей.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

2. Государственные единовременные пособия устанавливаются в следующих размерах:

в случае выявления у работников указанных категорий заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей (без установления инвалидности) – 100 минимальных размеров оплаты труда, установленных Федеральным законом на день осуществления выплаты данного пособия;

в случае заражения работников указанных категорий вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей, повлекшего установление инвалидности:

инвалиду I группы – 250 минимальных размеров оплаты труда, установленных Федеральным законом на день осуществления выплаты данного пособия;

инвалиду II группы – 200 минимальных размеров оплаты труда, установленных Федеральным законом на день осуществления выплаты данного пособия;

инвалиду III группы – 150 минимальных размеров оплаты труда, установленных Федеральным законом на день осуществления выплаты данного пособия;

каждому члену семьи работников указанных категорий, заразившихся при исполнении своих служебных обязанностей вирусом иммунодефицита человека и умерших от связанных с развитием ВИЧ-инфекции заболеваний, – 300 минимальных размеров оплаты труда, установленных Федеральным законом на день осуществления выплаты данного пособия. Круг членов семьи, имеющих право на данное пособие, определяется в соответствии со статьями 50 и 51 Закона РСФСР «О государственных пенсиях в РСФСР».

3. Выплата государственных единовременных пособий производится за счет средств федерального бюджета. Порядок назначения и выплаты этих пособий устанавливается Правительством Российской Федерации.

4. Перечень предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа в которых дает право на получение государственных единовременных пособий работникам, заразившимся вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей, а также категорий работников, указанных в пункте 1 настоящей статьи, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Статья 22. Льготы в области труда

Работникам предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, выплачивается надбавка к должностному окладу, устанавливаются сокращенный рабочий день и дополнительный отпуск за работу в особо опасных условиях труда. Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством Российской Федерации.

Глава V. Заключительные положения

Статья 23. Государственный контроль

Государственный контроль за деятельностью физических и юридических лиц, направленной на реализацию мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Нарушение настоящего Федерального закона влечет за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Статья 25. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом до 1 июля 1995 г.

Статья 26. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 августа 1995 г.

Президент Российской Федерации Б. Ельцин
Москва, Кремль
30 марта 1995 г.
№ 38-ФЗ

Приложение к Инструкции
по заполнению годовой формы
государственного федерального
статистического наблюдения № 61
«Сведения о контингентах
больных ВИЧ-инфекцией»,
утвержденной Приказом
Минздравсоцразвития России
от 17 марта 2006 г. № 166

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. Стадия инкубации
2. Стадия первичных проявлений

Варианты течения:

- A. Бессимптомное
- Б. Острая инфекция без вторичных заболеваний
- В. Острая инфекция с вторичными заболеваниями

3. Субклиническая стадия
4. Стадия вторичных заболеваний

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

Фазы: прогрессирующее в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии;

ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

4Б. Потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более месяца, повторные стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, локализованная саркома Капоши, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай.

Фазы: прогрессирующее в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии;

ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

4В. Кахексия. Генерализованные вирусные, бактериальные, микобактериальные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, в том числе: кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких; пневмоцистная пневмония; злокачественные опухоли; поражения центральной нервной системы.

Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии;

ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

5. Терминальная стадия.

Пояснения к клинической классификации ВИЧ-инфекции

Стадия 1 – «Стадия инкубации» – период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3 недель до 3 месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет и антитела к ВИЧ еще не выявляются. Следовательно, на данной стадии диагноз ВИЧ-инфекции, заподозренный на основании эпидемиологических данных, традиционным лабораторным методом (обнаружение антител к ВИЧ) подтвердить нельзя. Для этого необходимо использовать методики, позволяющие обнаружить вирус иммунодефицита человека либо его фрагменты (антигены, нуклеиновые кислоты) в сыворотке.

Стадия 2 – «Стадия первичных проявлений» – это первичный ответ организма на внедрение и репликацию ВИЧ в виде клинических проявлений и/или выработки антител. Данная стадия может иметь несколько вариантов течения:

2А – «Бессимптомная», характеризуется отсутствием каких-либо клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется лишь выработкой антител (сероконверсией);

2Б – «Острая инфекция без вторичных заболеваний», проявляется разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто регистрируются лихорадка, высыпания на коже и слизистых (уртикарные, папулезные, петехиальные), увеличение лимфатических узлов, фарингит. Может отмечаться увеличение печени, селезенки, диарея. Иногда развивается «асептический менингит», проявляющийся менингеальным синдромом. В этом случае при люмбальной пункции обычно получают неизменный ликвор, вытекающий под повышенным давлением, изредка в нем отмечается небольшой лимфоцитоз. Подобная клиничес-

кая симптоматика может отмечаться при многих инфекционных болезнях, особенно так называемых «детских инфекциях». Иногда такой вариант течения называют «мононуклеозоподобный» или «краснухоподобный» синдром. В крови больных в этот период могут обнаруживаться широкоплазменные лимфоциты – мононуклеары, что еще больше усиливает сходство такого варианта течения ВИЧ-инфекции с инфекционным мононуклеозом. Яркая мононуклеозоподобная или краснухоподобная симптоматика выявляется у 15–30% больных, у остальных имеет место 1–2 из вышеперечисленных симптомов в любых сочетаниях. У отдельных пациентов могут отмечаться поражения аутоиммунной природы. При таком течении стадии первичных проявлений часто регистрируется транзиторное снижение уровня CD4-лимфоцитов;

2В – «Острая инфекция с вторичными заболеваниями», характеризуется значительным снижением уровня CD4-лимфоцитов. В результате на фоне иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (кандидозы, герпетическая инфекция и т. д.). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония), в редких случаях возможен даже смертельный исход.

В целом стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б и 2В), регистрируется у 50–90% больных ВИЧ-инфекцией. Начало стадии первичных проявлений, протекающей в форме острой инфекции, как правило, отмечается в первые 3 месяца после заражения. Она может опережать сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ. Поэтому при первых клинических симптомах в сыворотке больного антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ можно не обнаружить.

Продолжительность клинических проявлений во второй стадии может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, однако обычно они регистрируются в течение 2–3 недель. Клиническая симптоматика стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции может рецидивировать.

В целом продолжительность стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции составляет один год с момента появления симптомов острой инфекции или сероконверсии.

В прогностическом плане бессимптомное течение стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции является более благоприятным. Чем тяжелее и дольше (более 14 дней) протекает эта стадия, тем больше вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых – минуя ее – сразу развивается стадия вторичных заболеваний.

Стадия 3 – «Субклиническая стадия», характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита, что связано с компенсацией иммунного ответа за счет модификации и избыточного воспроизводства CD4-клеток. Скорость репликации ВИЧ в этот период по сравнению со стадией первичных проявлений замедляется.

Основным клиническим проявлением субклинической стадии является «персистирующая генерализованная лимфоаденопатия» (ПГЛ). Для нее характерно увеличение не менее двух лимфоузлов не менее чем в двух не связанных между собой группах (не считая паховых), у взрослых – до размера в диаметре более 1 см, у детей – более 0,5 см, сохраняющихся в течение не менее 3 месяцев. При осмотре лимфатические узлы обычно бывают эластичными, безболезненными, не спаянными с окружающей тканью, кожа над ними не изменена.

Увеличение лимфоузлов в этой стадии может и не соответствовать критериям персистирующей генерализованной лимфоаденопатии (ПГЛ) или вообще не регистрироваться. С другой стороны, такие изменения лимфатических узлов могут отмечаться и на более поздних стадиях ВИЧ-инфекции. В отдельных случаях они имеют место на протяжении всего заболевания, но в субклинической стадии увеличенные лимфатические узлы являются единственным клиническим проявлением.

Длительность субклинической стадии варьирует от 2–3 до 20 и более лет, но в среднем она продолжается 6–7 лет.

Стадия 4 – «Стадия вторичных заболеваний», связана с истощением популяции CD4-клеток за счет продолжающейся репликации ВИЧ. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания. Их наличие обуславливает клиническую картину стадии вторичных заболеваний.

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

Стадия 4А обычно развивается через 6–10 лет с момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

Стадия 4Б чаще возникает через 7–10 лет с момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Начинают развиваться поражения внутренних органов и периферической нервной системы, локализованная саркома Капоши.

Стадия 4В преимущественно проявляется через 10–12 лет с момента заражения. Она характеризуется развитием тяжелых, угрожающих

жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы.

Несмотря на то что переход ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний связан с истощением защитных резервов макроорганизма, этот процесс имеет обратимый характер (по крайней мере, на какое-то время). Спонтанно или вследствие проводимой терапии клинические проявления вторичных заболеваний могут исчезать. Поэтому в этой стадии выделяют фазы прогрессирования (в отсутствие антиретровирусной терапии или на фоне антиретровирусной терапии) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой антиретровирусной терапии или на фоне антиретровирусной терапии).

Стадия 5 – «Терминальная стадия», проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев.

При постановке диагноза указывается нозологическая единица по МКБ-10 – ВИЧ-инфекция, далее – стадия ВИЧ-инфекции, фаза, вторичное заболевание. В случае если на фоне ВИЧ-инфекции хотя бы одно из вторичных заболеваний имеет степень проявления, соответствующую критериям синдрома приобретенного иммунодефицита, после фазы заболевания указывается СПИД.

Ниже приводится перечень состояний (всего 28), которые свидетельствуют о развитии у пациента СПИДа (определен рекомендациями ВОЗ). Он применяется в первую очередь для эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ в мире, поскольку случаи заболевания ВИЧ-инфекцией регистрируются не во всех странах.

**Перечень состояний, свидетельствующих о развитии
у пациента синдрома приобретенного иммунодефицита**

1. Бактериальные инфекции (множественные или возвратные) у ребенка в возрасте до 13 лет.
2. Кандидоз пищевода.
3. Кандидоз трахеи, бронхов или легких.
4. Рак шейки матки (инвазивный).
5. Кокцидиоидомикоз (диссеминированный или внелегочный).
6. Внелегочный криптококкоз.
7. Криптоспоридиоз кишечника с диареей >1 месяца.
8. Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов) у пациента в возрасте старше одного месяца.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

9. Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения.
 10. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ.
 11. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более 1 мес., или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца.
 12. Гистоплазмоз диссеминированный или внелегочный.
 13. Изоспороз кишечника (с диареей длительностью более 1 мес.).
 14. Саркома Капоши.
 15. Интерстициальная лимфоидная пневмония у ребенка в возрасте до 13 лет.
 16. Лимфома Беркитта.
 17. Иммунобластная лимфома.
 18. Лимфома мозга первичная.
 19. Микобактериозы, вызванные *M. kansasii*, *M. avium-intracellulare*, диссеминированные или внелегочные.
 20. Туберкулез легких у взрослого или подростка старше 13 лет <*>.
 21. Туберкулез внелегочный <*>.
 22. Другие недифференцированные диссеминированные или внелегочные микобактериозы.
 23. Пневмоцистная пневмония.
 24. Пневмонии возвратные (две и более в течение 12 месяцев).
 25. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
 26. Сальмонеллезные (нетифоидные) септицемии возвратные.
 27. Токсоплазмоз мозга у пациента в возрасте старше одного месяца.
 28. Синдром истощения, обусловленный ВИЧ.
- <*> Российские критерии случаев, в которых туберкулез следует рассматривать как проявление СПИДа у больных ВИЧ-инфекцией:
- выраженный иммунодефицит, подтвержденный лабораторными методами или диагностируемый на основании клинических проявлений ВИЧ-инфекции;
 - диссеминация туберкулезного процесса;
 - значительное снижение реактивности, регистрируемое при морфологическом исследовании тканей, вовлеченных в туберкулезный процесс (например, лимфатического узла).

**ЧАСТЬ ИЗ ДОКУМЕНТА «РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»,
ПОДГОТОВЛЕННОГО ТЕМАТИЧЕСКОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППОЙ
«ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Клиническая картина и течение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией зависят от стадии ВИЧ-инфекции и определяются степенью Т-клеточного дефицита.

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции (стадии 2, 3, 4А) при отсутствии выраженного снижения иммунного статуса туберкулез протекает без особенностей. Эффективность его лечения в этот период существенно не отличается от таковой у лиц без ВИЧ-инфекции.

Заболевание туберкулезом чаще регистрируется у больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, чем среди всего населения, главным образом из-за того, что около 80% больных сочетанной патологией составляют лица из группы высокого риска заболевания туберкулезом, среди которых заболеваемость туберкулезом и без ВИЧ-инфекции высокая (больные наркоманией, лица, ведущие асоциальный образ жизни).

Особенности в течении туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией начинают появляться в периоды значительного снижения иммунного статуса и находятся в прямой зависимости от степени его угнетения.

В стадии первичных проявлений, протекающей в форме острой инфекции, в результате транзиторного снижения иммунного статуса у лиц, уже больных туберкулезом, может происходить его обострение, но диагностика и лечение туберкулеза в этот период, как правило, не вызывают особых сложностей по сравнению с таковым у лиц без ВИЧ-инфекции. Это связано с тем, что компенсаторные возможности организма еще не утрачены. В случаях выраженного транзиторного иммунодефицита у лиц, уже больных туберкулезом, может происходить диссеминация и генерализация туберкулезного процесса с летальным исходом.

Наиболее часто мы наблюдали такую картину у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, которые при очередном введении наркотиков заражались ВИЧ-инфекцией. Как правило, они поступали в тяжелом состоянии из дома, с вокзала и пр. на госпитализацию в учреждения

противотуберкулезные или общей лечебной сети, откуда по поводу туберкулеза переводились в противотуберкулезные стационары, в которых у них и выявляли ВИЧ-инфекцию.

Наблюдение за такими больными показало, что нередко у этой категории больных развитие диссеминированного туберкулеза, связанное с временным снижением иммунного статуса (стадия 2В), расценивали как проявление поздних стадий ВИЧ-инфекции (стадии 4Б, 4В и 5). В связи с чем им необоснованно назначали соответствующее поздним стадиям ВИЧ-инфекции лечение и диспансерное наблюдение. Для определения стадий ВИЧ-инфекции у больных с диссеминацией и генерализацией туберкулезного процесса очень важно тщательно собирать анамнез (для оценки длительности течения ВИЧ-инфекции) и учитывать результаты морфологического исследования тканей (с целью определения утраты компенсаторных возможностей иммунной системы).

Длительное наблюдение за больными, перенесшими обострение туберкулеза в стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции, показало, что после транзиторного снижения иммунного статуса происходило его восстановление, а обычная терапия была эффективной. После завершения основного курса лечения туберкулеза у этих больных нередко еще многие годы общее состояние оставалось удовлетворительным, рецидивов туберкулеза не регистрировали, иммунный статус не претерпел значительных нарушений, вторичных заболеваний не было.

На стадии ВИЧ-инфекции 4А возникновение туберкулезного процесса связано с начавшейся утратой компенсаторных возможностей иммунного ответа, но существенных изменений в проявлении и течении туберкулеза в этот период не регистрируется. В частности, клинико-рентгенологическая и морфологическая картины, эффективность лечения принципиально не отличаются от таковых у лиц без ВИЧ-инфекции.

У больных ВИЧ-инфекцией, начиная со стадии 4Б, на фоне более значительного поражения иммунной системы исчезают формы с продуктивными процессами. Туберкулезный процесс в легких становится более распространенным, а при морфологическом исследовании все чаще регистрируется ареактивная картина [3].

Но наибольшие клинико-морфологические изменения появляются в стадиях 4В и 5.

Проведенные нами исследования [2] показали, что в целом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (стадии 4Б, 4В и 5) в структуре форм туберкулеза преобладали диссеминированные процессы и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, составляя суммарно 61,4%. У 36% больных в этот период имела место генерализация туберкулезного про-

цесса. При этом в среднем поражались 6 органов, чаще это легкие (97,8%), селезенка, печень, почки (по 13,6%), лимфатические узлы (11,6%), мозговые оболочки и мозговое вещество (5,8%).

Полости распада на поздних стадиях ВИЧ-инфекции имели место только в 20–36% случаев, что связано с резким снижением защитных, ограничивающих возбудителей реакций на фоне тяжелого иммунодефицита и быстрой диссеминацией и генерализацией туберкулезного процесса.

Диссеминированный туберкулез часто проявлялся возникновением по всем легочным полям мелких полиморфных или мономорфных очагов средней интенсивности, в ряде случаев яркая клиническая картина опережала на 4–14 недель появление диссеминации.

Среди клинических проявлений в данных наблюдениях преобладали выраженная интоксикация, лихорадка. Эти больные обычно поступали в специализированное инфекционное отделение, так как у них выявляли ВИЧ-инфекцию на основании лабораторного исследования, а о наличии туберкулеза даже и не подозревали.

Но особую сложность представляли случаи, в которых диссеминация в легких вообще рентгенологически не регистрировалась. При этом нередко имел место нечетко выраженный на рентгенограмме туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. А в отдельных случаях и жалобы на кашель вообще отсутствовали.

Проспективное наблюдение за данной категорией больных, а чаще ретроспективный анализ таких случаев показали, что многие из пациентов, до выявления туберкулеза (в том числе и посмертно), на протяжении нескольких месяцев жаловались только на периодические подъемы температуры до 39 градусов и выше, резкую потливость и слабость.

Процент бактериовыделителей среди больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции составил 18,2–36%, что связано с уменьшением числа случаев туберкулеза в фазе распада в этот период.

Туберкулиновые пробы на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в нашем исследовании в большинстве случаев являлись неинформативными. Так, если у больных туберкулезом на ранних стадиях ВИЧ-инфекции они были положительными в 75,1% случаев, а частота их выявления значимо не отличалась от таковой у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции, то на поздних – пробы оказывались положительными только в 6,7% случаев.

У многих больных имели место другие вторичные заболевания: кандидозный стоматит (30%), кандидоз висцеральный (9–14%), герпес рецидивирующий (11,4%), манифестная цитомегаловирусная инфекция

(11,4–18,2%), энцефалопатия, обусловленная ВИЧ (11%), саркома Капоши (7–15,2%), токсоплазмоз головного мозга (9,1%). Кроме того, в отдельных случаях регистрировали пневмоцистоз, криптококкоз, аспергиллез.

Лечение туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции оказалось эффективным только в 23,5% случаев. Его результат в этот период зависел во многих случаях от своевременности выявления туберкулеза и назначения адекватной терапии.

У большинства больных атипичная клиническая картина или отсутствие изменений на рентгенограммах легких, абациллярность мокроты и анергия на туберкулин, а также наличие других вторичных заболеваний, поражавших легкие (саркомы Капоши, цитомегаловирусной инфекции, пневмоцистной пневмонии и др.), существенно затрудняли своевременную диагностику туберкулеза.

В случаях, когда туберкулез не был своевременно диагностирован из-за сложности его распознавания на фоне тяжелого иммунодефицита, быстро происходила генерализация процесса и лечение оказывалось неэффективным.

У лиц, умерших от туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, тканевая реакция проявлялась в 73,4% случаев очагами казеозного некроза с очень слабо выраженными пролиферативными процессами, а в 27,3% определялся только гнойно-некротический процесс с большим числом микобактерий.

Анализ причин смерти у лиц, имевших активный туберкулезный процесс на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, показал, что он оказался ведущей причиной смерти в 86,7% случаев. Причем в 93,4% наблюдений имела место гематогенная диссеминация туберкулеза с множественными его локализациями, тогда как у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции смерть наступает преимущественно от осложнений фиброзно-кавернозного туберкулеза. Сочетанное развитие туберкулеза и других вторичных заболеваний (токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, саркома Капоши) послужило причиной смерти в 13,3–40% случаев.

**ЧАСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА
ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ
«ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ» [11]**

Сокращения:

ПКС – плановое кесарево сечение

ПМР – передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку

ППМР – профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

I. Основная концепция

- Клиническая профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) должна быть частью непрерывной комплексной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям. Службы ППМР должны работать сообща с другими государственными и негосударственными службами лечения и помощи при ВИЧ/СПИДе, охраны репродуктивного здоровья, педиатрической и наркологической помощи, снижения вреда от наркотиков, психологической и социальной поддержки, защиты детей и др.
- Беременные женщины, являющиеся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), должны иметь такой же свободный недискриминационный доступ к медицинской помощи, включая антиретровирусную терапию (АРТ), поддержку репродуктивного здоровья, ППМР и акушерскую помощь, как и беременные женщины, не употребляющие наркотики.
- Всю медицинскую документацию, независимо от того, содержит она или не содержит данные о ВИЧ-инфекции, необходимо вести и хранить в соответствии с правилами соблюдения врачебной тайны. Доступ к такой документации должны иметь только медработники, непосредственно участвующие в оказании помощи пациентке, и только в том объеме, который необходим для их работы.

II. Общие сведения

Все больше женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, хотят сохранить беременность; при этом их новорожденные дети будут подвергаться высокому риску заражения ВИЧ внутриутробно, во время родов и при кормлении грудью. Если не предпринимать никаких мер, риск передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) у детей, находящихся на искусственном вскармливании, составляет 15–30%; грудное вскармливание повышает риск до 20–45%.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Сегодня существуют эффективные методы ППМР. Там, где эти методы доступны и применяются, частоту ПМР удастся снизить до 1–2%. К этим методам относятся:

- антиретровирусная профилактика (АРВ-профилактика), которая проводится у матери во время беременности и родов и у ребенка в первые недели жизни;
- акушерские вмешательства, включая плановое кесарево сечение (ПКС);
- отказ от грудного вскармливания.

Сегодня стоит задача добиться такого же сокращения частоты ПМР во всем Европейском регионе ВОЗ, особенно в тех странах, где эпидемия ВИЧ-инфекции растет за счет потребления инъекционных наркотиков, а система здравоохранения ослаблена из-за переходного периода в экономике. Высокий охват дородовой помощью, наличие развитой инфраструктуры здравоохранения, высокий уровень грамотности, относительно низкая распространенность инфекций и доступность эффективных мер по ППМР предоставляют этому региону благоприятную возможность для того, чтобы искоренить младенческую ВИЧ-инфекцию и стать примером для всего мира.

ВОЗ пропагандирует комплексную стратегию профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев и маленьких детей, состоящую из четырех направлений:

- 1) первичная профилактика ВИЧ-инфекции;
- 2) предупреждение нежелательной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин¹;
- 3) профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку – ППМР;
- 4) предоставление лечения, помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным матерям и их семьям.

Этот протокол касается третьего направления стратегии – профилактики передачи ВИЧ от матерей их детям и соответствует региональной цели по профилактике ВИЧ-инфекции у младенцев в Европе: добиться к 2010 г. снижения частоты ВИЧ-инфекции у младенцев – до менее 1 случая на 100 000 живорожденных и частоты ВИЧ-инфекции у младенцев, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, – до менее 2%.

Европейская цель соответствует глобальной цели, поставленной на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 г., – снизить к 2010 г. долю ВИЧ-инфицированных младенцев на 50%.

¹ См. также Протокол 9 «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом».

III. Первичное обследование

1. Первичное обследование беременных в службах дородовой помощи

Дородовое консультирование и тестирование на ВИЧ – эффективное медицинское вмешательство, позволяющее снизить частоту ПМР. Кроме того, это удобный момент для начала лечения и оказания помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям.

Предложение провести тестирование на ВИЧ – это возможность выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин на самом раннем этапе беременности и предоставления им полного набора услуг по профилактике ПМР и минимизации риска передачи ВИЧ их детям во время беременности, родов и в послеродовой период.

Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным и проводиться без принуждения. Женщина должна дать письменное согласие на тестирование и иметь право отказаться от него. Тестирование должно сопровождаться обязательным консультированием.

Первичная оценка для выявления ВИЧ-статуса должна включать:

- дотестовое консультирование;
- исследование на антитела к ВИЧ (обычно ИФА и/или экспресс-тесты²) и подтверждение положительного результата ИФА методом иммуноблоттинга;
- послетестовое консультирование, включающее рекомендации по снижению рискованного поведения, независимо от результатов тестирования.

Если женщина инфицирована ВИЧ, необходимо провести дальнейшее обследование с участием специалиста по ВИЧ-инфекции для определения клинической стадии болезни и составления плана ППМР³.

Одна из основных задач дотестового консультирования – выявление потребления любых наркотиков (включая инъекционные), а также оценка риска заражения женщины от полового партнера. Употребление наркотиков и особенно зависимость от них отрицательно сказываются на течении беременности и развитии плода и требуют предоставления специализированной помощи во время беременности, родов и в послеродовой период как матери, так и плоду/новорожденному.

² Экспресс-тесты должны быть в наличии в роддомах для обследования рожениц, поступающих без данных предшествующего тестирования на ВИЧ.

³ Клиническое и лабораторное обследование описано в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков».

Более подробно оценка симптомов наркозависимости и абстиненции описана в разделе IV.

2. Консультирование

После первичного обследования ВИЧ-инфицированную беременную женщину необходимо проконсультировать по следующим вопросам в соответствии с конкретной ситуацией:

- использование презервативов для профилактики передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП при половых контактах;
- риск передачи ВИЧ плоду/новорожденному и способы профилактики;
- риск и польза АРВ-профилактики, являющейся частью стратегии ППМР;
- риск перинатальной передачи вирусов гепатита В и С и пути его снижения;
- риск перинатальной передачи сифилиса, необходимость лечения сифилиса, гонореи и хламидиоза для снижения риска передачи ВИЧ;
- влияние наркотиков на развитие плода, включая абстинентный синдром и лекарственные взаимодействия (см. раздел IV);
- направление в службы снижения вреда и лечения наркотической зависимости, включая при необходимости заместительную терапию;
- влияние способа родоразрешения на риск передачи ВИЧ, в том числе польза и риск кесарева сечения (КС);
- рекомендации по вскармливанию ребенка (см. также раздел IV).

После того, как ВИЧ-инфицированной женщине будет предоставлена полная и точная информация о вероятном риске и возможностях по предоставлению медицинской помощи, она должна принять информированное решение о сохранении или прерывании беременности. Ни при каких обстоятельствах недопустимо принуждать женщину прервать беременность.

IV. Проведение ППМР в службах дородовой помощи и в роддомах

Рандомизированные контролируемые испытания (РКИ), открытые испытания и обсервационные исследования подтвердили эффективность АРВ-профилактики и КС как способов ППМР.

- Назначение зидовудина ВИЧ-инфицированной женщине на ранних сроках беременности и во время родов, а также ей и ребенку в послеродовой период снижает частоту вертикальной передачи ВИЧ в популяции младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, с 25,5 до 8,3%.

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

- Использование для лечения матери и ребенка схемы из трех препаратов, включающей ингибиторы протеазы (ИП), может снижать частоту ПМР до 0,9–1,3%.
- Эффективность КС для ППМР подтверждена с использованием мета-анализа и в РКИ еще до начала широкого использования комбинированной терапии у беременных. Однако накопленные данные обсервационных исследований показали, что у женщин с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки (ВН) на фоне терапии передача ВИЧ ребенку при естественных родах происходит очень редко, поэтому рекомендации по профилактическому КС были изменены.
- Если принимается решение о проведении КС для профилактики передачи ВИЧ, его нужно проводить на сроке 38 недель гестации, установленном по наиболее достоверным клиническим показателям, и избегать амниоцентеза.

Вопрос о назначении АРВ-профилактики для ППМР необходимо решать в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом служб дородовой помощи и специалистами по ВИЧ-инфекции. Профилактические вмешательства для беременной женщины выбирают на основании:

- показаний к АРТ;
- срока гестации на момент обращения;
- уровня медицинского учреждения (учреждение первичной медицинской помощи, специализированное учреждение);
- использования АРВ-препаратов в анамнезе;
- наличия сопутствующих заболеваний или состояний;
- доступности АРВ-препаратов.

Предоставление ППМР ВИЧ-инфицированным беременным женщинам не должно зависеть от того, потребляют они наркотики или нет.

Решение о начале АРТ у беременной женщины должно основываться на классификации клинических стадий ВИЧ/СПИДа, разработанной ВОЗ, и на иммунологических критериях (см. Протокол 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков», табл. 6 и Приложение 2).

1. Возможные сценарии проведения ППМР в службах дородовой помощи и в роддомах

В большинстве случаев беременных женщин, инфицированных ВИЧ, можно отнести к одной из следующих категорий: 1) те, кто в настоящее время не нуждаются в АРТ по состоянию здоровья; 2) те, кто нуждаются в АРТ по состоянию здоровья; 3) те, кто начал АРТ до беременности; 4) те, кто не обращался в соответствующие службы до момента родов.

**1.1. ВИЧ-инфицированные беременные женщины,
которые по состоянию здоровья пока не нуждаются в АРТ**

Таблица 1

**ВИЧ-инфицированные беременные женщины,
пока не нуждающиеся в АРТ по состоянию здоровья**

Гестационный возраст и число CD4	АРВ-профилактика во время беременности	АРВ-профилактика во время родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения	
24–28 нед.	Если определены вирусной нагрузкой (ВН) возможно, она составляет $\leq 10\ 000$ копий/мл и пациентка ранее не получала зидовудин				
Число CD4 >350/мкл	Зидовудин 300 мг внутрь 2 раза в сут. Следить за уровнем гемоглобина	При плановом кесаревом сечении (ПКС): продолжать прием только зидовудина ^а . Если самопроизвольные роды начались до назначенной даты ПКС: зидовудин 300 мг ^а каждые 3 ч до рождения ребенка + ламивудин 150 мг внутрь 2 раза в сут + невирапин 200 мг однократно в начале родов	С невирапином во время родов (предпочтительный вариант)	Мать: зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг внутрь 2 раза в сут в течение 7 сут после родов. Ребенок: зидовудин (сироп) 4 мг/кг + ламивудин 2 мг/кг внутрь 2 раза в сут в течение 7 сут + невирапин 2 мг/кг однократно после рождения	ПКС на 38-й нед. или самопроизвольные роды ^г

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Окончание таблицы 1

Гестационный возраст и число CD4	АРВ-профилактика во время беременности	АРВ-профилактика во время родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения
	<p>Если определение ВН невозможно, ВН >10 000 копий/мл или женщина ранее получала зидовудин^д</p> <p>Зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг + саквинавир^е ритонавир^е 800/100 мг внутрь 2 раза в сут^ж</p>	<p>Продолжать ту же схему до рождения ребенка</p>	<p>Без невраина во время родов</p> <p>Мать: отменить зидовудин. Ребенок: 4 мг/кг внутрь 2 раза в сут в течение 7 сут^в. Начать в первые 8 ч жизни</p>	<p>Если на 36–38-й нед. ВН <1000 копий/мл, ждать самопроизвольных родов^з. Если на 36–38-й нед. ВН >1000 копий/мл, провести ПКС на 38-й нед. Если нет возможности определить ВН и соблюдать ВААРТ <95%, провести ПКС на 38-й нед. Если нет возможности определить ВН и соблюдение ВААРТ >95%, ждать самопроизвольных родов</p>

- ^а Если доступен зидовудин для в/в введения, начать инфузию зидовудина за 4 ч до начала ПКС (2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг/ч до перерезания пуповины).
- ^б Зидовудин + ламивудин в родах и в течение 7 сут после родов назначают для снижения риска развития устойчивости к невирапину у матери и ребенка. Если мать не получала невирапин, отменить АРТ сразу после ПКС.
- ^в Если мать во время беременности получала АРВ-профилактику менее 4 недель, ребенок должен получить зидовудин 4 недели. Недоношенным новорожденным зидовудин назначают в дозе 1,5 мг/кг в/в или 2,0 мг/кг внутрь.
- ^г Окончательное решение о способе родоразрешения женщина должна принять после консультирования о риске и преимуществах КС и естественных родов. При естественных родах нужно избегать инвазивных акушерских вмешательств, в частности мониторинга с наложением электродов на кожу головы и эпизиотомии.
- ^д Если женщина ранее получала АРТ или существует риск того, что инфекция вызвана устойчивым штаммом ВИЧ, в выборе АРТ поможет исследование лекарственной устойчивости.
- ^е В качестве альтернативы можно использовать лопинавир/ритонавир 400/100 мг или нелфинавир 1250 мг 2 раза в сут внутрь.
- ^ж Соблюдение режима лечения может быть проблемой из-за осложнений, связанных с беременностью.
- ^з Следует избегать инвазивных акушерских вмешательств, в частности мониторинга с наложением электродов на кожу головы и эпизиотомии. Эпизиотомии следует проводить только по строгим акушерским показаниям.

**Организация противотуберкулезной помощи
большим ВИЧ-инфекцией**

1.2. ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые по состоянию здоровья нуждаются или могут нуждаться в АРТ

Если у беременной женщины имеются показания к проведению АРТ в связи с состоянием ее собственного здоровья, но терапию она до сих пор не получала, необходимо назначить схему высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) первого ряда. В качестве терапии первого ряда и для профилактики ПМР рекомендуется использовать комбинации, содержащие зидовудин, ламивудин и невирапин. Для поддержания здоровья АРТ у таких женщин необходимо продолжать и после родов.

Таблица 2

**ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые
нуждаются или могут нуждаться в АРТ по состоянию здоровья**

Гестационный возраст и число CD4	АРВ-профилактика во время беременности и родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения
Любой гестационный возраст. Число CD4 <200/мкл	Зидовудин 300 мг ^а + ламивудин 150 мг + невирапин 200 мг ^б 2 раза в сут внутрь. <i>Примечания:</i> начать прием невирапина с 200 мг 1 раз в сут, через 2 нед. перейти на 200 мг 2 раза в сут. Измерять активность печеночных ферментов до начала лечения, через 2 и 4 нед. после начала лечения и затем один раз в 4 нед.	<i>Мать:</i> продолжать лечение по той же схеме. <i>Ребенок:</i> зидовудин (сироп) 4 мг/кг внутрь 2 раза в сут в течение 7 сут ^в . Начать в первые 8 ч после рождения	Если на 36–38-й нед. ВН <1000 копий/мл, целесообразно ждать самопроизвольных родов ^г . Если на 36–38-й нед. ВН >1000 копий/мл, провести на 38-й нед. ПКС. Если нет возможности определить ВН и соблюдение режима ВААРТ <95%, провести ИКС на 38-й нед.
Любой гестационный возраст. Число CD4 200–350/мкл	Зидовудин 300 мг ^а + ламивудин 150 мг + саквинавир/ ритонавир 800/100 мг ^д 2 раза в сут внутрь	<i>Мать:</i> решение о продолжении АРТ после родов должно быть основано на клинических и иммунологических показателях, так как из-за	Если нет возможности определить ВН, а соблюдение режима ВААРТ >95%, ждать самопроизвольных родов

**Организация противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией**

Окончание таблицы 2

Гестационный возраст и число CD4	АРВ-профилактика во время беременности и родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения
		физиологических изменений во время беременности (увеличение объема циркулирующей плазмы – гемодилуция) уровень лимфоцитов CD4 может временно снижаться, восстанавливаясь после родов. <i>Ребенок:</i> зидовудин (сироп) 4 мг/кг внутрь 2 раза в сут в течение 7 сут ^в . Начать в первые 8 ч после рождения	

- ^а Необходимо тщательно следить за уровнем гемоглобина. При анемии или непереносимости зидовудина последний можно заменить на тенофовир или абакавир.
- ^б При числе CD4 >250/мкл существенно возрастает риск гепатотоксичности невирапина.
- ^в Если мать во время беременности получала АРВ-профилактику менее 4 недель, ребенок должен получать зидовудин 4 нед. Недоношенным новорожденным зидовудин назначают в дозе 1,5 мг/кг в/в или 2,0 мг/кг внутрь.
- ^г Окончательное решение о способе родоразрешения женщина должна принимать после консультирования о риске и преимуществах естественных родов и КС. При естественных родах необходимо избегать инвазивных акушерских вмешательств, в частности мониторинга с наложением электродов на кожу головки и эпизиотомии. Эпизиотомию следует выполнять только по строгим акушерским показаниям.
- ^д Вместо саквинавира/ритонавира можно назначить лопинавир/ритонавир (400/100 мг 2 раза в сут) или нелфинавир (1250 мг 2 раза в сут внутрь). Если ИП недоступны, можно назначить эфавиренз, но не раньше второго триместра беременности, так как в первом триместре эфавиренз может вызывать пороки развития у плода.

*1.3. ВИЧ-инфицированные беременные женщины,
которые начали АРТ до беременности*

Таблица 3

**ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые начали
АРТ до беременности**

Гестационный возраст	АРВ-профилактика во время беременности и родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения
Любой	Продолжать текущую схему АРТ, если она не содержит эфавиренза. Если схема содержит эфавиренз ^а , а женщина на первом триместре беременности, можно заменить эфавиренз на сакинавир/ритонавир 800/100 мг ^б или на абакавир; при CD4 <250 мкл можно назначить невирапин ^в . Преимущества схем второго ряда перевешивают связанный с ними риск. Продолжать лечение по этой схеме во время беременности, родов и в дальнейшем	<i>Мать:</i> продолжать лечение по той же схеме после родов. <i>Ребенок:</i> зидовудин (сироп) 4 мг/кг внутрь 2 раза в сут в течение 7 сут. Начать в первые 8 ч после рождения. Для недоношенных доза зидовудина составляет 1,5 мг/кг в/в или 2,0 мг/кг внутрь	Если на 36–38-й нед. ВН <1000 копий/мл, целесообразно ждать спонтанных родов ^г . Если на 36–38-й нед. ВН >1000 копий/мл, провести на 38-й нед. ПКС. Если ВН определить невозможно, а соблюдение режима ВААРТ <95%, провести ПКС на 38-й нед. Если ВН определить невозможно, а соблюдение режима ВААРТ >95%, ждать самопроизвольных родов ^г

^а Описаны единичные случаи дефектов нервной трубки у плода при приеме эфавиренза в первом триместре беременности. Хотя важно прекратить прием эфавиренза до момента зачатия, решение о его замене другим АРВ-препаратом необходимо тщательно обдумать. Формирование нервной трубки у плода заканчивается к шестой неделе гестации, а замена препарата может привести к повышению ВН. Во многих клиниках Западной Ев-

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

ропы специалисты по ВИЧ-инфекции продолжают лечение по схемам с эфавирензом, если женщина первый раз обратилась в службу дородовой помощи на восьмой неделе беременности или позже. Если принимается решение отменить эфавиренз, не прерывайте лечение по схеме, содержащей эфавиренз, не заменив его на другой АРВ-препарат, для того чтобы предупредить риск развития устойчивости к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ).

- ^б Вместо саквинавира/ритонавира можно назначить лопинавир/ритонавир (400 мг/100 мг) или нелфинавир (1250 мг) внутрь 2 раза в сут.
- ^в При CD4 >250/мкл существенно повышается риск гепатотоксичности не-вирапина (дозы см. в табл. 2 выше).
- ^г Окончательное решение о способе родоразрешения женщина должна принимать после консультирования о риске и преимуществах естественных родов и КС. При естественных родах следует избегать инвазивных процедур, в частности мониторинга с наложением электродов на кожу головки и эпизиотомии. Эпизиотомия должна выполняться только по строгим акушерским показаниям.

1.4. ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые впервые обращаются за помощью к моменту родов

Роженицы, не получавшие дородовой помощи, нередко принадлежат к уязвимым группам населения, таким, как ПИН или работники коммерческого секса. В связи с высоким риском ВИЧ-инфекции у таких рожениц очень важно оценить их ВИЧ-статус. В таких случаях женщинам предлагают пройти экспресс-тестирование, и при положительном результате, подтвержденном иммуноблоттингом, назначают АРВ-препараты для ППМР.

Таблица 4

ВИЧ-инфицированные беременные женщины, впервые обратившиеся к моменту родов (не получили АРТ во время беременности)

Время поступления в клинику	АРВ-профилактика во время родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения
В процессе родов	Зидовудин 300 мг каждые 3 ч до рождения ребенка +	<i>Мать</i> : зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг 2 раза в сут в течение 7 сут после родов ^а .	Естественные роды ^а . Избегать инвазивных акушерских процедур,

Окончание таблицы 4

Время поступления в клинику	АРВ-профилактика во время родов	АРВ-профилактика после родов	Способ родоразрешения
	ламивудин 150 мг в начале родов и затем каждые 12 ч до рождения ребенка + невирапин 200 мг однократно в начале родов	<i>Ребенок^б</i> : зидовудин (сироп) ^в 4 мг/кг 2 раза в сут в течение 4 нед. + ламивудин 2 мг/кг 2 раза в сут в течение 4 нед. + невирапин 2 мг/кг однократно; начать в течение 48–72 ч после рождения ^г	в частности мониторинга с наложением электродов на кожу головки и эпиэпидуральной анестезии

^а Дальнейшая тактика АРТ и ведение женщин, у которых ВИЧ-инфекция выявлена во время родов, будут зависеть от числа CD4, ВН и результатов клинического обследования, которое нужно провести как можно раньше после родов.

^б Если мать получала профилактику зидовудином и ламивудином в родах, ребенку нужно дать зидовудин и ламивудин между 8–12 ч после рождения, а если мать не получала АРВ-профилактику во время родов, то как можно раньше после рождения.

^в Для недоношенных новорожденных доза зидовудина составляет 1,5 мг/кг в/в или 2,0 мг/кг внутрь.

^г Если мать не получала невирапин или от приема невирапина до рождения ребенка прошло менее двух часов, одну дозу невирапина необходимо дать ребенку сразу же после рождения и вторую дозу – в возрасте 72 ч.

^д Если нет активной родовой деятельности и плодные оболочки целы, можно предложить КС.

1.5. ППМР у ВИЧ-инфицированных беременных женщин с активным туберкулезом

У ВИЧ-инфицированной беременной женщины с активным туберкулезом (ТБ) в первую очередь необходимо лечить ТБ (см. Протокол 4 «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией»).

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

- Большинство противотуберкулезных препаратов первого ряда безопасны при использовании во время беременности, за исключением стрептомицина, который ототоксичен для плода.
- Если лечение ТБ длительное, а пациентке необходима АРВ-профилактика ПМР, она проводится на фоне лечения ТБ.
- Схемы АРТ, содержащие невирапин или неусиленные ИП, не должны назначаться вместе с рифампицином из-за лекарственных взаимодействий.
- Если ВИЧ-инфицированная беременная женщина получает рифампицин, то для ППМР рекомендуется использовать схему зидовудин + ламивудин + саквинавир/ритонавир (дозы см. в Протоколе 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*»). Необходимо внимательно следить за активностью печеночных ферментов. В отсутствие саквинавира/ритонавира можно назначить абакавир. Однако использование абакавира у беременных требует дальнейших исследований.
- Зидовудин/ламивудин/абакавир выпускаются в виде комбинации с фиксированной дозировкой (три препарата в одной таблетке). Схемы из трех нуклеозидных или нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) менее эффективны, чем схемы с ННИОТ и усиленными ИП.
- Если вместо рифампицина используется рифабутин, схемы АРТ для ППМР остаются такими же, как описаны выше. Уровни рифабутина могут повышаться на фоне лопинавира/ритонавира, поэтому иногда требуется снижать дозу рифабутина.

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных

Первый раз ПЦР на ДНК ВИЧ необходимо провести в течение 48 ч после рождения. Пуповинная кровь для исследования непригодна, так как нередко содержит материнскую кровь. Положительный результат означает, что, скорее всего, ребенок инфицирован ВИЧ. Второе исследование на ДНК ВИЧ проводят на 6–8-й неделе жизни независимо от результата первого исследования. Если ПЦР недоступна, рекомендуется провести исследование на антитела к ВИЧ в возрасте 15–18 месяцев с последующим подтверждением результата с помощью иммуноблоттинга.

ЧАСТЬ ПОСОБИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
«КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

В.В. Беляева, В.В. Покровский, А.В. Кравченко
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Исследования психологов показали, что сразу после приема у врача пациенты помнят 90% сказанного врачом, на другой день – 50%, а через 3 дня – 15% (Завьялов В.Ю., 1999). Это явление можно объяснить как плохим пониманием врачебных предписаний, так и нежеланием принять сам факт заболевания, т. е. психологической защитой пациента. Во врачебной практике существует множество способов сделать так, чтобы врачебные предписания были выполнены пациентом. Традиционной формой врачебной инструкции является рецепт. Врачи также часто используют так называемые положительные директивы (указывают, что именно нужно делать пациенту) и отрицательные директивы (называют то, что ему не следует делать). Существуют также такие способы усиления предписаний, как врачебное внушение и предупреждение. Инфекция ВИЧ принесла с собой необходимость поиска новых эффективных методов профилактики, лечения и преодоления последствий этого заболевания. Одним из таких методов является консультирование.

Согласно определению, данному в глобальной программе ВОЗ по борьбе со СПИДом (1990), *консультирование представляет собой конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, который дает возможность обратившемуся преодолеть стресс, а также принять решение относительно инфекции ВИЧ*. Из этого определения следует один важный вывод: консультирование является не только методом профилактики инфекции ВИЧ, но и методом оказания психологической поддержки всем тем, кого затрагивают проблемы, связанные с этим заболеванием. Другими словами, консультирование при инфекции ВИЧ позволяет:

- обучать население наименее опасному поведению в отношении ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем;
- индивидуально заниматься профилактикой распространения заболевания;
- оказывать психологическую поддержку;
- помогать людям осознавать проблемы, с которыми они реально сталкиваются;

- помогать понять, что люди могут сделать, чтобы ослабить влияние проблем на их жизнь;
- выявлять имеющиеся ресурсы.

Таким образом, консультирование при инфекции ВИЧ проводится для того, чтобы поддержать человека, помочь осознать его личную ответственность за изменение образа жизни относительно этого заболевания.

Если профилактическая составляющая консультативного процесса представляется медицинским работникам привычной и не вызывает возражений, то оказание психологической поддержки, по меньшей мере, вызывает целый ряд уместных вопросов. Первый из них: что это такое, психологическая поддержка, что скрывается за многообещающими словами? Что значит поддержать кого-либо психологически?

Поддержать психологически означает:

- признать человеческую ценность обратившегося, его личность независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров;
- создать атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания во время беседы.

Второй вопрос чаще всего заключается в том, что может дать пациенту психологическая поддержка. Зачем ее нужно оказывать? Психологическая поддержка дает возможность обратившемуся человеку преодолеть тревогу и страх. Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать. Психологическая поддержка повышает степень самоуважения человека, а это позволяет уменьшить то неблагоприятное влияние, которое оказывает ВИЧ-инфекция на личность пациентов.

Психологическая поддержка предоставляет редкую возможность непосредственно влиять на личность получающих ее людей. Это та редкая форма коррекции, которая без помощи лекарств позволяет влиять на самооценку людей, их представление о самих себе. Следовательно, в процессе консультирования можно изменять и поведение, в том числе относительно инфекции ВИЧ. То есть непосредственно заниматься профилактикой заболевания.

Третий вопрос заключается в том, кто может оказывать психологическую поддержку и вообще заниматься консультированием. В настоящее время широко распространено мнение о том, что консультирование – удел психологов и психотерапевтов. Подобная точка зрения во многом объясняется недостатком профессиональных навыков общения, при этом сторонники такого взгляда на консультирование не учитывают то обстоятельство, что они, врачи любой специальности, ежедневно работая с пациен-

тами, волей-неволей, осознанно или нет занимаются и консультированием, и психотерапией. В этой связи задачей настоящего пособия и служит повышение информированности медицинских работников, расширение круга их профессиональных возможностей в области консультирования.

Каждый, кто намерен овладеть консультированием или усовершенствовать свои умения в этой области, должен ясно представлять себе ряд принципов, лежащих в основе эффективного консультирования (Кочюнас Р., 2000).

Каждый человек важен, ценен и заслуживает уважения как таковой.

Каждый человек в состоянии отвечать за свои поступки.

Каждый человек имеет право принимать самостоятельные решения.

Каждый человек имеет право выбирать ценности и цели.

На первый взгляд, перечисленные утверждения носят общий гуманистический характер и далеки от реальности. На самом же деле, когда встает вопрос о том, почему один врач в своей деятельности успешен, а другой нет, значение этих, казалось бы, абстрактных принципов становится очевидным. Врач, личные установки которого вступают в противоречие с идеологией консультирования, не может быть достаточно убедительным в своей работе, так как затрудняется при установлении контакта с пациентами, теряет его, испытывает психологический дискомфорт и в конечном итоге его работа малоэффективна. К примеру, авторитарные склонности врача противоречат принципу ненавязывания советов. Такой специалист часто игнорирует правило, гласящее, что навязанные советы, даже данные из лучших побуждений, не выполняются. Следовательно, эффект от его консультации будет заведомо ниже, чем от консультации, проведенной врачом, который руководствуется правилом: в конечном итоге решение должен принять сам пациент, а не врач за него.

У врача любой специальности в силу его профессии постепенно формируется представление, что именно он должен принимать решение о том, что нужно пациенту. Несомненно, в ряде случаев, особенно при оказании неотложной медицинской помощи, так и происходит. Однако опыт работы с людьми, так или иначе затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, показывает, что стереотипы врачебного мышления, которые отводят обратившемуся за помощью человеку традиционно пассивную роль, нуждаются в пересмотре. В некоторых случаях желание принять на себя всю полноту ответственности за пациента, решить проблему за него, недостаточный учет его мнения и выбора могут привести врача в ситуацию, которая кажется безвыходной. Примером может служить случай из практики, когда специалистам одного из центров профилактики и борьбы со СПИ-Дом было поручено составить подробную информацию о том, что нужно предпринимать потерпевшему в случае изнасилования. При работе над

этим материалом врачи столкнулись с некоторыми затруднениями. В частности, для профилактики заражения инфекцией ВИЧ нужно было рекомендовать удалить следы насилия и провести обработку, однако для медицинского освидетельствования нужно было оставить все, как есть. При обсуждении создавшейся ситуации реальный выход был найден в рамках консультирования. Право выбора остается за потерпевшим человеком: он может принять решение заниматься профилактикой инфекции ВИЧ или отстаивать свои законные интересы в судебном порядке. Обязанность медицинского работника в данной ситуации заключается в предоставлении всей необходимой информации.

Помимо общих принципов нужно учитывать и некоторые конкретные предпосылки успешной консультативной работы.

Врачи должны отдавать себе отчет в собственных чувствах и предвзвешенных суждениях. Эти переживания могут мешать врачам дать объективную оценку ситуации и, в случае работы со страдающими и умирающими людьми, способны вызвать депрессию, препятствовать выполнению профессиональных обязанностей и общению с другими людьми. В этой связи врач должен уметь задать себе следующие вопросы.

Что я испытываю по отношению к людям, которые ведут себя иначе, чем я, к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией? Испытываю ли я страх, смятение, безразличие?

Могу ли я считать людей с рискованным поведением своими ближними, или я смотрю на них как на изгоев?

Способен ли я сохранить понимание того, что передо мной находится личность, обладающая достоинством, если даже культурный уровень и образ жизни этого человека сильно отличаются от моих собственных?

Насколько я готов к тому, чтобы позволить моим посетителям поступать так, как они решат сами, и в конечном итоге самим отвечать за свое благополучие?

Насколько во мне сильно желание влиять, управлять другими людьми?

Существуют ли в принципе такие категории людей, к которым я отношусь настолько неодобрительно, что не смог бы, пожалуй, обеспечить им профессиональную помощь?

В самом начале беседы врач подчеркивает, что все обсуждаемые вопросы носят частный, **конфиденциальный характер**, если сам посетитель не захочет поделиться этой информацией с третьими лицами. С одной стороны, это способствует уменьшению тревоги у консультируемого, а с другой – установлению контакта, необходимого для успешной беседы.

Важно иметь достаточно времени для того, чтобы **установить контакт и взаимопонимание**. Это необходимо как для собственно консультирования, так и для того, чтобы обратившийся человек осознал необходимость изменить поведение и мог принять решение по поводу своего образа жизни с инфекцией ВИЧ. Зачастую медицинские работники высказывают сомнения, что они смогут должным образом консультировать из-за недостатка времени. Эти сомнения могут быть связаны с недостатком практических навыков, а также с проявлениями психологической защиты, когда изменения привычного профессионального стереотипа и расширение навыков встречают сопротивление врачей. С опытом, как правило, приходит и осознание выгоды от применения консультирования в повседневной практике, и умение структурировать беседу, распределяя время таким образом, что его хватает и на работу с первично обратившимся пациентом, и на повторные консультации.

Важно также поддерживать у обратившегося за консультацией человека ощущение того, что врач настроен **доброжелательно и благосклонно** независимо от образа жизни посетителя, его сексуальных предпочтений, этнических и религиозных особенностей. Опытный врач не проявляет каких-либо субъективных эмоций по поводу индивидуальных особенностей посетителей. Вполне естественно, что медицинский работник может иметь отрицательное отношение к некоторым формам поведения, например к употреблению наркотиков. Однако привнесение личных мотивов в консультирование, как, впрочем, и в другую профессиональную деятельность, не позволяет осуществлять ее на должном уровне и в конечном итоге приводит к несостоятельности специалиста.

Любая **информация**, которую сообщает врач, **должна быть последовательна и изложена простым, понятным языком**. Опытные доктора просят своих пациентов коротко повторить основные положения беседы. Это придает им уверенность в том, что их рекомендации были правильно поняты.

Консультация должна быть доступной. Каждый желающий может ее получить. Люди, нуждающиеся в консультации, должны чувствовать, что они всегда могут попросить о встрече или связаться с врачом.

Важно помнить и об особенностях восприятия информации. Так, людям обычно бывает трудно понять смысл фразы, которая состоит более чем из 10–13 слов и которая произносится со скоростью большей, чем 2,5 слова в секунду. Большое значение имеют паузы. Фраза, произносимая без паузы более 5–6 секунд, перестает восприниматься. Любое эмоциональное возбуждение, за исключением сопереживания, затрудняет восприятие информации. Для лучшего восприятия целесообразно иногда повторять наиболее важные моменты беседы.

О возрастающей роли консультирования в нашей стране свидетельствует принятие Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», который был утвержден Государственной думой 24 февраля 1995 г. В нем, помимо других положений, было также указано, что тестирование на наличие в крови антител к ВИЧ должно сопровождаться консультированием. Действительно, среди частных вопросов консультирования в России в числе первых была разработана система консультирования при тестировании на антитела к ВИЧ. И мы начнем рассмотрение консультирования с этого же аспекта.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ

Осознание того факта, что квалифицированное проведение консультативных мероприятий в процессе тестирования на антитела к ВИЧ позволяет успешно сочетать профилактическую работу по изменению рискованного поведения в отношении инфекции ВИЧ с индивидуальной психологической поддержкой, привело к тому, что были разработаны нормативные документы, регламентирующие проведение добровольного тестирования на ВИЧ. Так, начиная с 1994 г., в Москве была создана сеть кабинетов психосоциального консультирования и добровольного (анонимного) обследования на ВИЧ (КПК). Порядок осуществления консультативных мероприятий определен в методических рекомендациях «Положение о кабинете психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ», которые были разработаны в процессе изучения особенностей психической адаптации людей при инфекции ВИЧ.

Вопросы консультирования при обследовании на ВИЧ изучены достаточно хорошо и подробно изложены в соответствующей литературе (Покровский В.В. с соавт., 2000). Поэтому задачей этого раздела является структурирование имеющихся знаний по данной теме.

Дотестовое консультирование

Консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ законодательно является обязательным. Существующая практика, когда забор крови на исследование на наличие антител к ВИЧ осуществляется без ведома обследуемого, является неправильной. Многие врачи различных специальностей рассматривают назначение такого анализа в качестве рутинной практики. Такие действия врачей, по существу, являются незаконными, т. к. нарушают права граждан и могут быть обжалованы в суде. Отсутствие же судебных разбирательств по этому поводу носит временный характер, а

вероятность их появления возрастает по мере повышения информированности пациентов и роста их правового самосознания. Поэтому каждый врач, который назначает обследование на антитела к ВИЧ без ведома и согласия больного, должен знать о возможных последствиях своих действий. *Очевидно, что владеть навыками консультирования и проводить его до и после тестирования на ВИЧ должен врач любой специальности.*

Учитывая интимный характер разговора о половом поведении, получение анамнестических сведений требует такта, терпеливого и внимательного разъяснения причин, которые побуждают консультанта задавать вопросы личного свойства, а также заверений относительно соблюдения конфиденциальности.

Врач должен быть готов к тому, что обратившийся может быть слишком напуган и растерян, чтобы осознать сказанное консультантом, не понимать, почему его спрашивают об интимной жизни и не желать отвечать на эти вопросы, возлагая надежды на благоприятные результаты теста.

Рассмотрим этапы дотестового консультирования.

Получение и оценка информации

1. Выяснение причин обращения. Начало консультирования с вопроса о причинах обращения сразу позволяет ориентироваться в предстоящей беседе. Так, в одном случае посетитель скажет, что ему нужна справка для трудоустройства, в другом будет утверждать, что «болен СПИДом уже 2 года, а антител нет», а в третьем выразит беспокойство по поводу рискованного эпизода и желание «провериться». В каждом случае последующее консультирование будет зависеть от конкретной ситуации, однако общая структура процесса останется неизменной.

2. Выявление следующих факторов риска: ***особенности полового поведения; частота смены половых партнеров; использование презервативов; наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров; внутривенное употребление наркотиков, наличие среди половых партнеров лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови, использование продуктов крови, пересадка органов, нестерильные проникающие процедуры.***

3. Оценка личности консультируемого: способность пациента усвоить предоставляемую информацию; способность сохранять самообладание; готовность к изменению рискованного поведения; возможность получить необходимую поддержку. Этот этап дотестового консультирования очень важен, т. к. в это время происходит подготовка к послетестовому консультированию. К примеру, если врач обнаружил факторы риска и может пред-

полагать, что результат тестирования будет положительным, уточнение того, что думает обратившийся о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования и кто поддержит его в случае положительного результата, позволит консультанту эффективно действовать в ситуации сообщения положительного результата. Не менее важна оценка способности консультируемого человека усвоить предоставляемую информацию. Так, известны случаи, когда слова врача о том, что «ВИЧ-инфекция и СПИД – разные вещи», воспринимались буквально и консультируемые, думая, что им не грозит СПИД, высказывали намерение вернуться к прежнему образу жизни.

4. Оценка уровня знаний пациента о ВИЧ-инфекции. Завершение этапа получения информации оценкой знаний консультируемого о ВИЧ-инфекции позволяет правильно оценить объем следующего этапа – этапа предоставления информации.

Предоставление информации

5. Предоставление информации об инфекции ВИЧ. Врач должен объяснить и обсудить все неверные представления об этом заболевании.

6. Предоставление информации о тесте. Врач также должен выявить и обсудить имеющиеся у посетителя неверные представления о планируемом тесте. Так, врач оговаривает, что присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других, связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях ни в настоящем, ни в будущем. Необходимо также дать разъяснение о существовании «окна» (промежутка времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Врач должен объяснить, что нужно делать, чтобы не приобрести и не передать инфекцию ВИЧ в этот период времени (3–6 месяцев).

7. Предоставление поддерживающей информации. Эффективность информирования посетителей возрастает при соблюдении в процессе беседы последовательности: ***цель – выгода – поддерживающая информация***. К примеру, обсуждая вопросы использования презервативов с целью профилактики передачи ВИЧ половым путем, врач говорит следующее: «Когда Вы правильно используете презерватив (***цель***), Вы значительно снижаете риск заразиться ВИЧ (***выгода***). Многочисленные исследования показали, что при правильном использовании презервативы предотвращают передачу ВИЧ (***поддерживающая информация***)». Апелляция к выгоде позволяет побудить человека осуществлять желаемые действия (в данной ситуации пользоваться презервативом), изменять его

поведение. В рассматриваемой ситуации выгода может быть эмоциональной. Тогда консультант говорит: «Когда Вы будете пользоваться презервативом (*цель*), Вы сможете меньше волноваться (*выгода*) в отношении заражения ВИЧ». Для того чтобы слова консультанта были наиболее эффективными, выгода должна соответствовать заботам и стилю жизни конкретного человека. К примеру, для работницы коммерческого секса выгода может заключаться в изменении самовосприятия. «Когда Вы используете презерватив (*цель*), Вы контролируете половой акт, защищаете свое здоровье и саму жизнь (*выгода*)». Поддерживающая информация при разных формах выгоды может оставаться однотипной.

Обсуждение

8. Обсуждение возможных результатов тестирования. При этом консультант должен убедиться в том, что обратившийся понимает, что означает положительный, отрицательный и неопределенный результат.

9. Обсуждение возможных реакций на результат.

10. Оценка возможных последствий тестирования.

11. Обсуждение имеющихся ресурсов при возможном положительном результате.

12. Обсуждение возможностей изменить рискованное поведение, если оно имело место.

13. Если посетитель принимает решение о прохождении тестирования, врач назначает дату и время сообщения результатов тестирования. В результате дотестового консультирования:

- *обратившийся получает информацию о ВИЧ-инфекции, тесте на антитела к ВИЧ, мерах профилактики ВИЧ-инфекции, возможных последствиях тестирования;*
- *получает объективную оценку наличия в его жизни риска заразиться ВИЧ-инфекцией;*
- *принимает осознанное решение о прохождении обследования на антитела к ВИЧ;*
- *обдумывает возможности для изменения своего поведения, рискованного в отношении ВИЧ-инфекции.*

Задачей дотестового консультирования является выработка обратившимся осознанного решения («информированного согласия») о прохождении обследования на антитела к ВИЧ. Другими словами, каждый, кто хочет взять кровь, которая будет в последующем подвергнута исследованию на ВИЧ, обязан предупредить об этом. Должно быть разъяснено, с какой целью это делается. Кровь для исследования на ВИЧ может

быть взята только после того, как обследуемый добровольно, т. е. без всякого прямого или косвенного принуждения (например, заявления о том, что ему будет отказано в оказании медицинской помощи на том основании, что он не согласен на анализ), и предварительно выразит свое согласие в ясной форме (например, в виде собственноручной записи о согласии в медицинской документации).

Получив согласие о прохождении теста, врач назначает время послетестового консультирования, во время которого обратившемуся лицу будет сообщен результат.

Практика показывает, что период ожидания результата тестирования на наличие антител к ВИЧ может иметь большое значение для принятия решения об изменении рискованного поведения в отношении этого заболевания. Многие обратившиеся люди впервые в жизни задумались об инфекции ВИЧ в индивидуально-личностном аспекте. В процессе беседы с врачом это заболевание утратило для них отвлеченный характер, что привело к размышлениям об особенностях своего поведения и осознанию необходимости перемен. Пренебрежение возможностями дотестового консультирования, к примеру автоматическое занесение анализа на антитела к ВИЧ в перечень лабораторных обследований, не позволяет врачам эффективно заниматься профилактической работой и нарушает права пациентов.

При тестировании может быть получен отрицательный, неопределенный или положительный результат. Рассмотрим возможные варианты послетестового консультирования.

Послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование при отрицательном результате

1. Пациент с низким риском относительно инфекции ВИЧ

- врач напоминает основную информацию, предоставленную до тестирования (можно попросить пациента самого «вспомнить» услышанное);
- обсуждает вопросы наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции;
- предлагает поддержку в виде дальнейших посещений, возможных обращений по телефону с целью закрепить установку на безопасное поведение.

2. Пациент с высоким риском относительно инфекции ВИЧ

- врач обсуждает значение полученного результата;
- повторяет основную информацию, предоставленную до тестирования;

- напоминает пациенту о существовании периода «окна»;
- рекомендует повторное тестирование через 3–6 месяцев;
- поддерживает ранее данную пациенту установку на наименее опасное в отношении ВИЧ-инфекции поведение. При этом врач повторяет поддерживающую информацию дотестового консультирования по схеме: цель – выгода – поддерживающая информация.

Послетестовое консультирование при неопределенном результате

Существует вероятность получения неопределенного результата в случае тестирования крови на АТ к ВИЧ методом иммунного блотинга (ИБ). Причиной такого результата теста могут быть как ошибки при постановке теста, так и наличие различных других острых и хронических заболеваний, а также явление сероконверсии. Сероконверсия – это этап развития ВИЧ-инфекции, когда в крови инфицированного ВИЧ человека после периода «окна» начинают образовываться антитела. В этот период тест может давать неопределенный результат.

1. Пациент с низким риском относительно ВИЧ-инфекции

- врач, проводящий консультирование, должен довести до сведения пациента, что означает неопределенный результат;
- объяснить, при каких обстоятельствах бывает неопределенный результат;
- направить пациента в центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где пациент будет поставлен на учет;
- назначить пациенту повторное обследование на ВИЧ через 3 месяца;
- обсудить вопросы профилактики ВИЧ-инфекции.

2. Пациент с высоким риском относительно ВИЧ-инфекции

- врач должен обсудить значение полученного результата, объяснить, что представляет собой неопределенный результат;
- обсудить возможные причины неопределенного результата;
- обсудить вероятность начала сероконверсии – объяснить пациенту сущность этого явления;
- направить пациента в центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где он будет поставлен на учет и ему будет назначено повторное обследование через 2 недели;
- поддержать ранее данную пациенту установку на наименее опасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции.

Послетестовое консультирование при положительном результате

О положительном результате теста пациенту сообщает консультант (в условиях КПК) или врач, который назначил пациенту обследование на ВИЧ.

- врач предоставляет время для осознания сообщения;
- оценивает реакцию пациента на сообщение о наличии антител к ВИЧ;
- объясняет разницу между ВИЧ-серопозитивностью и СПИДом;
- объясняет, что диагноз ВИЧ-инфекции и стадия заболевания будут окончательно определены в центре профилактики и борьбы со СПИДом врачом-инфекционистом на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных;
- поддерживает установку на наименее опасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции, болезней, передающихся половым путем, которые могут угнетать иммунитет и способствовать прогрессированию заболевания;
- обсуждает проблему оповещения половых партнеров и целесообразность информирования близких;
- объясняет ответственность за изменение поведения во избежание передачи возбудителя;
- в случае необходимости предлагает повторное консультирование. Пациент направляется в центр по профилактике и борьбе со СПИДом для подтверждения результата и постановки на диспансерный учет.

Консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ является не только обязательным, но и эффективным способом индивидуальной профилактической работы по вопросам инфекции ВИЧ. Как уже отмечалось, многие люди впервые задумываются об этом заболевании по отношению к себе лично, осознают индивидуальную степень риска, получают необходимую информацию, т. е. делают первый шаг к изменению поведения относительно инфекции ВИЧ. Квалифицированное консультирование позволяет помочь людям овладеть ситуацией в случае получения положительного результата тестирования и тем самым имеет большое значение для профилактики самоубийств в ситуации тяжелого стресса, вызванного получением этого известия.

Консультирование не ограничивается периодом тестирования на наличие антител к ВИЧ, а сопровождает пациента на всем протяжении заболевания.

ВТОРИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А.В. Кравченко

Федеральный научно-методический центр
по профилактике и борьбе со СПИДом

Общая характеристика вторичных заболеваний

Вторичные заболевания у больных ВИЧ-инфекцией представляют собой уникальную группу болезней. Более 95% смертельных исходов у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (стадии 4Б, 4В и 5) связаны с этими инфекциями и опухолями.

Развитие и течение этих заболеваний определяют клиническую картину и тяжесть болезни. От их своевременной диагностики зависит успех лечения, продолжительность и качество жизни больных. От своевременной диагностики вторичных заболеваний зависит проведение профилактических мероприятий с целью предупреждения их распространения среди больных и медицинского персонала в отделениях, где находятся больные ВИЧ-инфекцией. В 2005 г. более чем у 80% больных, имевших поздние стадии ВИЧ-инфекции, она была выявлена впервые при обращении и госпитализации по поводу развития вторичных заболеваний. Около 85% больных не знали о наличии у них ВИЧ-инфекции или не состояли на учете в центре СПИДа (не получали ВААРТ и профилактику вторичных инфекций). У больных ВИЧ-инфекцией основными вторичными заболеваниями, приведшими к летальному исходу в последние годы, были туберкулез, цитомегаловирусная инфекция и церебральный токсоплазмоз.

Этиологическими агентами, вызывающими вторичные заболевания, могут быть простейшие, грибы, бактерии, вирусы, гельминты (кишечная угрица – *Strongyloides stercoralis*), опухоли.

Среди представителей простейших основными агентами являются: пневмоцисты, токсоплазмы, кишечные кокцидии (криптоспоридии), изо-споры, микроспоридии, лейшмании, трипаносомы (в местах с эндемичным распространением американского трипаносомоза).

Грибковые поражения у больных ВИЧ-инфекцией, как правило, обусловлены кандидозами и криптококкозом. Почти у всех больных ВИЧ-инфекцией на разных стадиях болезни проявляется кандидоз – орофарингиальный кандидоз, эзофагит, висцеральный кандидоз, фунгемия (*C. albicans*, *C. krusei* и др.). Криптококкоз (*Cryptococcus neoformans*) в виде криптококкового менингита регистрируют в США у 10–12% больных с синдромом приобретенного иммунодефицита.

**Риск развития вторичных заболеваний в зависимости от числа
CD4-лимфоцитов**

Число CD4-лимфоцитов в 1 мкл	Вторичные заболевания
500–200	<ul style="list-style-type: none">• Бактериальные пневмонии• Большая часть герпетических инфекций• Кандидозный стоматит• Туберкулез легких• Саркома Капоши (локализованная)• Рак шейки матки• Лимфомы
Менее 200	<ul style="list-style-type: none">• Пневмоцистная пневмония• Диссеминированная или хроническая герпетическая инфекция• Диссеминированный туберкулез• Кандидоз висцеральный• Токсоплазмоз• Криптококкоз• Криптоспоридиоз
Менее 50	<ul style="list-style-type: none">• Цитомегаловирусная инфекция• Микобактериозы

Среди вирусных инфекций преобладают герпетические инфекции, вызванные вирусом простого герпеса 1-го и 2-го типов, *Herpes zoster*, вирусом Эпштейна–Барра и ЦМВ. ЦМВ-инфекция среди вирусных поражений является основной причиной летальных исходов. Развитие прогрессирующей многоочаговой энцефалопатии связано с вирусом полиомы типа JC. Этиологической причиной рака шейки матки является вирус папилломы человека, волосатой лейкоплакии и лимфом – вирус Эпштейна–Барра. Герпес-вирус 8-го типа обуславливает развитие саркомы Капоши.

Бактериальные инфекции у большинства больных ВИЧ-инфекцией обусловлены микобактериями, бартонеллами (бациллярный ангиоматоз), а также стафилококками и другими микроорганизмами, вызывающими, в первую очередь у потребителей инъекционных наркотиков, инфекции кожных покровов, пневмонии, инфекционный эндокардит, сепсис.

Вторичные заболевания у больных ВИЧ-инфекцией часто имеют отсутствие патогномичных симптомов, рецидивирующее течение. Частое сочетание нескольких вторичных заболеваний (2–3 и более) еще более затрудняет их своевременную диагностику. Лабораторные рутин-

ные методы верификации диагноза также часто оказываются неинформативными, например, серологические непригодны из-за низкой достоверности в условиях иммунодефицита. В связи с этим необходимо внедрение и использование современных диагностических методов: ПЦР, компьютерной томографии, ядерно-магнитного резонанса, более широкое применение эндоскопических методов (лапароскопия, бронхоскопия и др.), морфологического исследования биопсийного материала.

Лечение вторичных заболеваний также может представлять большие трудности вследствие поздней диагностики, микст-инфекции, тяжелого состояния больных, выраженного иммунодефицита, необходимости сочетания с ВААРТ. Если пациент ранее не получал ВААРТ, то целесообразно начать с лечения тяжелых вторичных заболеваний, а ВААРТ присоединить после улучшения клинического состояния пациента.

Диагностика и лечение основных вторичных заболеваний

Пневмоцистная пневмония

Пневмоцистная пневмония (*P. carinii*) продолжает быть самым характерным и серьезным проявлением тяжелого иммунодефицита (частота регистрации – до 80% при отсутствии профилактики). Уровень смертности от нее в странах Западной Европы и Северной Америки достигает 25%.

Диагностика: данные рентгенографии бывают отрицательными в 10–20% случаев. В таких случаях показана компьютерная томография. Характерным признаком при этом является «феномен матового стекла». Для выявления возбудителя используются стандартные методики: 1) анализ индуцированной мокроты обладает 60–95% чувствительностью; 2) мокрота, полученная при бронхоскопии, характеризуется 95% чувствительностью.

В качестве основного терапевтического режима для лечения пневмоцистной пневмонии используют комбинированный препарат – триметоприм/сульфаметоксазол (торговые названия: септрин, бисептол, бактрим, ко-тримоксазол), назначается из расчета триметоприма по 15–20 мг/кг/день в/в капельно или перорально в течение 21 дня. Суточная доза принимается в 3–4 приема.

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

Химиопрофилактика пневмоцистной пневмонии проводится больным ВИЧ-инфекцией с уровнем CD4-лимфоцитов ниже 200 клеток/мкл (превентивная терапия) и больным, перенесшим пневмоцистную пневмонию (профилактика рецидивов).

Профилактику проводят препаратом триметоприм/сульфаметоксазол 80/400 мг (детям 20/100 мг) по 2 таблетки 1 раз в день. В качестве альтернативного режима можно использовать триметоприм/сульфаметоксазол 3 раза в неделю (три дня подряд) в указанной выше суточной дозе.

При непереносимости триметоприм/сульфаметоксазола применяется дапсон по 100 мг в сутки внутрь ежедневно.

Первичную терапию и профилактику рецидивов пневмоцистной пневмонии можно прекратить при повышении числа CD4-лимфоцитов – более 200 клеток/мкл в течение 3 месяцев.

Церебральный токсоплазмоз

Церебральный токсоплазмоз (*T. gondii*) развивается у 20–40% больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (преимущественно в странах, где в обычаях питания сохраняется употребление сырого и полусырого мяса).

Диагностика: церебральный токсоплазмоз развивается при снижении CD4-Т-лимфоцитов <100 клеток/мкл. Типичным является: поражение 2 или более областей или наличие ЯРМ-симптомов, лихорадка, очаговые неврологические симптомы и положительный IgG анти- *T. gondii* (>90%). Реакция ПЦР со спинно-мозговой жидкостью на *T. gondii* чувствительна в 50% случаев и специфична в 96%.

Большинство пациентов хорошо отвечают на проведенное лечение: отмечается клиническое улучшение и исчезают симптомы на ЯРМ (через 2 или более недель).

Основные терапевтические режимы для лечения токсоплазмоза мозга у больных ВИЧ-инфекцией:

- пириметамин 200 мг – первый день, далее 75 мг/день внутрь + лейковорин 10–20 мг/день внутрь + сульфадиазин 4–6 г/день внутрь;
- триметоприм/сульфаметоксазол (торговые названия: бисептол, септрим, бактрим, котримаксозол) назначается из расчета триметоприм по 10 мг/кг/день в/в капельно или перорально.

Продолжительность терапии составляет 3–6 недель, а в отдельных случаях – до 8 недель.

Поддерживающую терапию необходимо проводить до улучшения показателей иммунитета. Ее можно отменить после проведенной первоначальной терапии и отсутствия на протяжении 6 месяцев симптомов заболевания при количестве CD4-лимфоцитов >200 клеток/мкл.

Предпочтительная схема поддерживающей терапии:

- пириметамин по 50–75 мг/день перорально + лейковорин по 10–20 мг/день + сульфадиазин по 1000–1500 мг перорально каждые 6 часов.

Превентивную терапию церебрального токсоплазмоза проводят инфицированным ВИЧ пациентам при количестве CD4-Т-лимфоцитов менее 100 клеток/мкл и наличии положительного результата при исследовании на антитела к токсоплазме (IgG).

Превентивную терапию и профилактику рецидивов проводят триметоприм/сульфаметоксазолом в дозе 160/800 мг/сутки (2 таблетки бисептола 480).

Превентивную терапию можно прекратить при увеличении числа CD4-лимфоцитов более 200 клеток/мкл, сохраняющемся в течение не менее 3 месяцев.

Кандидозная инфекция

Кандидозный стоматит. Его диагностика основывается на обнаружении типичных белых псевдомембранозных бляшек на слизистой оболочке при наличии определенных факторов риска: количество лимфоцитов CD4 <250 клеток/мкл, прием антибиотиков, постоянный прием кортикостероидных препаратов и пр. При отсутствии эффекта от стандартного лечения может потребоваться определение чувствительности грибка *in vitro*.

Основной терапевтический режим:

- клотримазол 10 мг 5 раз в день внутрь в виде сосательных пастилок.

Альтернативные режимы:

- нистатин по 500 000 ЕД 5 раз в день внутрь;
- кетоконазол по 200 мг/день перорально;
- флюконазол по 100 мг внутрь 1 раз в день.

Лекарственную терапию проводят до исчезновения клинических симптомов кандидоза, обычно в течение 10–14 дней.

Химиопрофилактика кандидозного стоматита не проводится.

При рецидивах кандидозного стоматита после излечения острого эпизода проводится поддерживающая терапия.

Основные режимы:

- клотримазол 10 мг 5 раз в день внутрь в виде сосательных пастилок;
- флюконазол по 100 мг внутрь 1 раз в день или 200 мг/день 3 раза в неделю.

Кандидозный эзофагит, бронхит, пневмония развиваются при более глубоких поражениях иммунной системы. Эмпирическое лечение назначают при молочнице либо при жалобах на боли при глотании у пациента с количеством лимфоцитов CD4 <100 клеток/мкл. При нетипичной симптоматике или неэффективности эмпирического лечения проводят эзофагоскопию. У большинства пациентов улучшение наступает через 5 дней.

При отсутствии ответа на терапию необходимо: 1) изменить схему лечения: увеличить дозу флюконазола, назначить другие препараты группы азолов (вориконазол или итраконазол) или внутривенно каспифунгин, амфотерицин или флюконазол; или 2) эзофагоскопия для уточнения диагноза, при выделении культуры *Candida* определяется чувствительность к препаратам *in vitro*. У большинства пациентов после прекращения лечения возникает рецидив заболевания, поэтому требуется проведение поддерживающей терапии или восстановление иммунной системы.

Лечение кандидозного эзофагита, бронхита, пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией проводится до исчезновения клинической симптоматики и эндоскопической картины кандидоза, вегетативных форм гриба в биоптате или соскобах, взятых со слизистой пищевода, но не менее 14 дней. При невозможности проведения контрольной эндоскопии – не менее 21 дня. У больных с нарушением глотания может потребоваться парентеральное введение препаратов. Курс лечения бронхита и пневмонии – не менее 21 дня.

Основной терапевтический режим:

- флюконазол 200–800 мг/день перорально в течение 14–21 дня.

В качестве альтернативных препаратов можно применять кетоконазол, итраконазол или амфотерицин В.

Основным терапевтическим режимом для лечения генерализованного кандидоза, кандидозного менингита у больных ВИЧ-инфекцией является:

- амфотерицин В по 0,7 мг/кг/день в/в капельно в течение 14 дней, затем флюконазол по 400 мг/день внутрь в течение 8–10 недель.

В качестве поддерживающей терапии применяют флюконазол в дозе 200 мг/день внутрь.

Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ, Herpes simplex virus)

При поражении слизистых и кожных покровов вирусом простого герпеса наиболее приемлемым методом диагностики является исследование культуры ткани (при выздоровлении количество выделяемого вируса быстро снижается). Другие диагностические тесты менее доступны, а также менее чувствительны и специфичны; к ним относятся DFA, серологические исследования, препарат по Тцанку + ПЦР. ПЦР на ВПГ в спинно-мозговой жидкости в сочетании с ЯМР является предпочтительным методом диагностики при ВПГ-энцефалите.

Для лечения первичной инфекции легкой или средней степени тяжести (поражение кожи и слизистых, генитальный герпес) применяют: ацикловир 400 мг 3 раза в день внутрь; фамцикловир 500 мг 2–3 раза в день

внутри; валацикловир 1 г 2 раза в день внутрь. Длительность приема препаратов 7–14 дней.

При тяжелом течении назначают ацикловир 5–10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов до начала регресса поражений (не менее 7–10 дней), далее терапию продолжают ацикловиром (внутри по 400 мг 3–5 раз в день), или фамцикловиром (по 500 мг 2 раза в день), или валацикловиром (по 1 г 2 раза в день) до полного излечения поражений.

Профилактика рецидивов ВПГ-инфекции проводится, если у пациента наблюдают 6 и более эпизодов герпетической инфекции в течение 1 года. Возможно применение следующих схем: ацикловир по 400 мг 2 раза в день внутрь; фамцикловир 250 мг 2 раза в день внутрь; валацикловир 0,5–1 г 1 раз в день внутрь. Длительность терапии составляет 6–12 месяцев.

При поражении вирусом простого герпеса внутренних органов (пневмония, эзофагит, гепатит) используют следующие схемы:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов в течение 14–21 дня;
- ацикловир 5–10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов в течение 2–7 дней или до момента клинического улучшения, далее переход на терапию валацикловиром в дозе 1 г 2 раза в день.

Общая длительность терапии не менее 10 дней, далее продолжается прием внутрь фамцикловира, ацикловира, валацикловира.

При поражении ВПГ головного мозга (энцефалит) назначают ацикловир по 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов в течение 14–21 дня.

Инфекция, вызванная вирусом *Varicella zoster*

Диагноз инфекции, вызванной вирусом *Varicella zoster* (VZV), можно установить на основании кожных высыпаний (везикул), расположенных в пределах дерматома. Ее также можно диагностировать на основании выделения культуры и реакции DFA отделяемого везикул. Препарат по Тцанку является вспомогательным методом (его чувствительность только 60%). Диагностика методом ПЦР находится на стадии разработки и более приемлема для исследования спинно-мозговой жидкости. У пациентов с дерматомальным герпесом очень часто бывает положительная ПЦР на VZV без признаков энцефалита.

Основные терапевтические режимы при лечении опоясывающего лишая (кожной формы инфекции, вызванной *Varicella zoster*): фамцикловир 500 мг 3 раза в день внутрь; валацикловир 1 г 3 раза в день внутрь.

Альтернативный режим: ацикловир 800 мг 5 раз в день внутрь.

Длительность терапии 7–10 дней или не менее 5 дней от момента появления последних высыпаний.

Лечение следует начинать в течение первых 4 дней появления высыпаний или в период новых высыпаний. Назначение препарата в ранние сроки заболевания облегчает его течение и снижает частоту развития осложнений (постгерпетической невралгии тройничного нерва). Некоторые авторы рекомендуют применение кортикостероидных гормонов. Поддерживающая терапия не проводится.

При диссеминированном поражении кожи или внутренних органов назначают ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 часов не менее 7–10 дней.

Цитомегаловирусная инфекция

Поражения сетчатки ЦМВ обычно устанавливают по данным офтальмоскопии глазного дна. Посевы крови и серологические методы исследования не обладают диагностической ценностью. Обнаружение в крови ДНК ЦМВ (особенно высокой концентрации) методом ПЦР может быть полезно для подтверждения диагноза.

Для установления поражения ЦМВ пищевода, кишечника необходима визуализация типичных включений (обнаружение цитомегалоклеток) в биоптате ткани, положительный результат посева из биоптата или обнаружение ДНК ЦМВ в нем.

Подтверждающим тестом поражения ЦМВ центральной нервной системы является обнаружение ДНК ЦМВ в ликворе (ПЦР). Чувствительность полимеразной цепной реакции на ЦМВ в спинно-мозговой жидкости составляет 80%, специфичность – 90% (посев спинно-мозговой жидкости обычно отрицательный).

При энцефалите в анализе спинно-мозговой жидкости отмечается мононуклеарный плеиоцитоз, при радикуломиелопатии – полиморфно-ядерный лейкоцитоз.

Диагностика ЦМВ-пневмонии основывается на обнаружении:

- легочного инфильтрата;
- ЦМВ, а также антигенов к нему и нуклеарных включений в посевах мокроты, наличии ДНК ЦМВ (ПЦР) в лаважной жидкости и биоптате бронха;
- характерных внутриклеточных включений в легочной ткани и макрофагах при отсутствии признаков другого патогенного микроорганизма.

Основной режим лечения:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь.

Альтернативные режимы:

- ганцикловир 5–6 мг/кг/день в/в капельно 5–7 дней в неделю;
- ганцикловир 1000 мг 3 раза в день внутрь.

Поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) может быть прекращена при отсутствии клинических симптомов заболевания, повышении числа CD4-лимфоцитов в крови до уровня более 100–150 клеток/мкл, сохраняющемся не менее 3–6 месяцев, и при регулярных осмотрах офтальмолога. При отсутствии восстановления системы иммунитета поддерживающая терапия проводится пожизненно. При рецидиве заболевания назначается повторный терапевтический курс.

При цитомегаловирусном поражении пищеварительного тракта (эзофагит, колит) или легких назначают:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно 21–28 дней или более длительный срок до исчезновения симптомов заболевания;
- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь во время еды.

Длительность терапии 21–28 дней.

Поддерживающий курс проводят валганцикловиром – 900 мг 1 раз в день внутрь.

В качестве альтернативы можно использовать ганцикловир по 5–6 мг/кг/день в/в капельно 5–7 дней в неделю.

Поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) может быть прекращена при отсутствии клинических симптомов заболевания, повышении числа CD4-лимфоцитов до уровня более 100 клеток/мкл, сохраняющемся не менее 3–6 месяцев.

Наиболее тяжело протекают поражения ЦМВ нервной системы (энцефалит, миелит, полирадикулопатия). Для лечения в этом случае используют ганцикловир по 5 мг/кг 2 раза в день в течение 21–42 дней и более до клинического улучшения состояния. Поддерживающее лечение ганцикловиром проводят по 5 мг/кг/день в/в капельно или валганцикловиром по 900 мг 1 раз в день внутрь.

При отсутствии восстановления системы иммунитета поддерживающая терапия проводится пожизненно.

Химиопрофилактику манифестной ЦМВ-инфекции проводят пациентам при снижении числа CD4-лимфоцитов менее 50 клеток в 1 мкл и обнаружении ДНК ЦМВ в крови методом ПЦР. Для этого назначают валганцикловир по 900 мг 1 раз в день внутрь или ганцикловир по 1000 мг 3 раза в день внутрь. Профилактику можно прекратить при повышении числа CD4-лимфоцитов до уровня 100 клеток в 1 мкл, сохраняющемся 3–6 месяцев.

**ДОПОЛНЕНИЯ И ПОЯСНЕНИЯ К ИНСТРУКЦИИ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ**

**«КАРТЫ ПЕРСОНАЛЬНОГО УЧЕТА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ,
СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»**

(Учетная форма № 263/у-ТВ, приказ МЗ РФ от 12.11.2003 г. № 547)

При заполнении «Карты персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (далее Карты) необходимо в ее левом верхнем углу делать пометку о причине заполнения (далее П/з) с помощью цифры, указывающей причину:

- 1 – регистрация впервые выявленного больного сочетанной инфекцией;
- 2 – регистрация рецидива туберкулеза;
- 3 – сочетанная инфекция впервые выявлена при аутопсии;
- 4 – летальный исход у уже взятого на учет больного.

Для пребывающих в заключении еще добавляется – УИС.

Пример написания:

Больной впервые зарегистрирован в УИС:

П/з – 1, УИС.

У больного ВИЧ-инфекцией выявлен рецидив туберкулеза:

П/з – 2.

Пояснения к пункту 23

С целью сопоставимости Карты с введенной в 2005 г. новой Годовой формой федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» кодификатор вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции в ней расширен. При этом вторичным заболеваниям ВИЧ-инфекции присвоены новые номера, они приводятся ниже.

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней	1
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции:	2
<i>Из них туберкулез (стадии 4Б, 4В, 5)</i>	3
<i>Из строки 2 – M. kansasii и M. avium</i>	4

**Организация противотуберкулезной помощи
большим ВИЧ-инфекцией**

Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций	5
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания	6
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций	7
<i>Из них с простым герпесом с хроническими язвами продолжительностью более месяца, бронхитом, пневмонией, эзофагитом (у пациентов старше одного месяца)</i>	8
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза	9
<i>Из них кандидоз бронхов, трахеи, легких, пищевода</i>	10
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов	11
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i>	12
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций	13
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней	14
<i>Из них криптококкоз внелегочный или с диареей более одного месяца</i>	15
<i>Из строки 14 – токсоплазмоз</i>	16
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней	17
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований	18
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши	19
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта	20
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом	21
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей	22
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований	23
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований	24
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований	25
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней	26
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии	27
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита	28
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома	29

Пояснения к пункту 25

Анализ заполнения карт персонального учета (форма 263/у ТВ) показал отсутствие единого понимания и подхода к ответу в строке «основная причина смерти» в пункте 25. В связи с этим даны дополнительные рекомендации по его заполнению (с помощью шифра).

1. Летальный исход:
 - 1.1 – на ранних стадиях ВИЧ-инфекции
 - 1.2 – на стадии вторичных заболеваний
2. Летальный исход на ранних стадиях ВИЧ-инфекции от:
 - 2.1 – туберкулеза
 - 2.2 – передозировки наркотиков
 - 2.3 – цирроза печени
 - 2.4 – других заболеваний, не связанных с ВИЧ-инфекцией
 - 2.5 – других причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией
3. Основная причина летального исхода на стадии вторичных заболеваний:
 - 3.1 – туберкулез
 - 3.2 – не туберкулез
4. У умерших от туберкулеза на вскрытии выявлены еще другие вторичные заболевания:
 - 4.1 – нет
 - 4.2 – *M. kansasii*, *M. avium*
 - 4.3 – другая микобактериальная инфекция
 - 4.4 – другая бактериальная инфекция
 - 4.5 – цитомегаловирусная инфекция
 - 4.6 – бронхит, пневмония, эзофагит, вызванные вирусом простого герпеса
 - 4.7 – другие вирусные инфекции
 - 4.8 – кандидоз бронхов, трахеи, легких, пищевода
 - 4.9 – другой кандидоз
 - 4.10 – другие микозы
 - 4.11 – пневмония, вызванная *Pneumocystis carinii*
 - 4.12 – множественные инфекции

- 4.13 – криптококкоз внелегочный
 - 4.14 – токсоплазмоз
 - 4.15 – другие инфекционные и паразитарные болезни
 - 4.16 – неуточненные инфекционные и паразитарные болезни
 - 4.17 – саркома Капоши
 - 4.18 – лимфома Беркитта
 - 4.19 – другие неходжкинские лимфомы
 - 4.20 – другие злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани
 - 4.21 – множественные злокачественные новообразования
 - 4.22 – другие злокачественные новообразования
 - 4.23 – неуточненные злокачественные новообразования
 - 4.24 – лимфатический интерстициальный пневмонит
 - 4.25 – изнуряющий синдром
 - 4.26 – другие уточненные болезни
5. Если основная причина летального исхода на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции не туберкулез, следует указать порядковый номер причины смерти
- 5.1 – нет
 - 5.2 – *M. kansasii*, *M. avium*
 - 5.3 – другая микобактериальная инфекция
 - 5.4 – другая бактериальная инфекция
 - 5.5 – цитомегаловирусная инфекция
 - 5.6 – простой герпес, бронхит, пневмония, эзофагит
 - 5.7 – другие вирусные инфекции
 - 5.8 – кандидоз бронхов, трахеи, легких, пищевода
 - 5.9 – другой кандидоз
 - 5.10 – другие микозы
 - 5.11 – пневмония, вызванная *Pneumocystis carinii*
 - 5.12 – множественные инфекции
 - 5.13 – криптококкоз внелегочный
 - 5.14 – токсоплазмоз
 - 5.15 – другие инфекционные и паразитарные болезни
 - 5.16 – неуточненные инфекционные и паразитарные болезни

Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией

- 5.17 – саркома Капоши
- 5.18 – лимфома Беркитта
- 5.19 – другие неходжкинские лимфомы
- 5.20 – другие зл. новообр. лимфатической и кроветворной ткани
- 5.21 – множественные злокачественные новообразования
- 5.22 – другие злокачественные новообразования
- 5.23 – неуточненные злокачественные новообразования
- 5.24 – лимфатический интерстициальный пневмонит
- 5.25 – изнуряющий синдром
- 5.26 – другие уточненные болезни
- 5.27 – передозировка наркотиков
- 5.28 – цирроз печени
- 5.29 – другие заболевания, не связанные с ВИЧ-инфекцией
- 5.30 – другие причины, не связанные с ВИЧ-инфекцией

Пример заполнения в карте пункта 25 – основная причина смерти

- А. Больной умер на ранней стадии ВИЧ-инфекции от цирроза печени – 1.1, 2.3
- Б. На поздней стадии ВИЧ-инфекции основная причина – туберкулез – 1.2, 3.1
- В. На поздней стадии ВИЧ-инфекции основная причина – туберкулез, но зарегистрирована еще саркома Капоши и кандидоз пищевода – 1.2, 3.1, 4.17, 4.8
- Г. На поздней стадии ВИЧ-инфекции у больного туберкулезом основной причиной смерти явился токсоплазмоз мозга – 1.2, 3.2, 5.14

Дополнительную информацию о заполнении карт можно получить в Центре противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией по телефонам: 268-25-15, 268-25-66

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

1. *Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и др.* Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 96 с.
2. *Фролова О.П., Рахманова А.Г., Приймак А.А.* Особенности течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и меры его профилактики // ЖМЭИ. – 1999. – № 1. – С. 67–69.
3. *Фролова О.П., Тишкевич О.А., Приймак А.А. и др.* Туберкулез у ВИЧ-инфицированных в России // Русский журнал инфекционной патологии. – 1997. – № 3. – С. 19–23.
4. *Фролова О.П., Якубовяк В., Кравченко А.В. и др.* Рекомендации по снижению заболеваемости туберкулезом среди населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. – М., 2004. – 104 с.
5. *Хоменко А.Г.* Патогенез туберкулеза // Туберкулез органов дыхания. – М., 1988. – С. 26–29.
6. *Шахгельдян В.И., Литвинова Н.Г., Морозова С.В. и др.* Клиническое обнаружение методом ПЦР ДНК *M. tuberculosis*, *Cytomegalovirus*, *Toxoplasma gondii*, *Candida albicans*, *Herpes simplex virus I, II types* в бронхоальвеолярной лаважной жидкости и биоптатах бронхов у ВИЧ-инфицированных больных с поражением легких // Генодиагностика инфекционных болезней: Сборник трудов 5-й научно-практической конференции, Москва, 19–21 октября 2004. – Т. 1. – С. 228–231.
7. *Bartlett J.G.* 2005–6 Guide to Medical care of patients with HIV-infectin. – 12-th Edition. – Lippincott Wilkins, 2005. – 308 p.
8. *Chretien J.* Tuberculosis today // Eur. Resp. J. – 1995. – Vol. 8. – Suppl. 20. – P. 617s–619s.
9. *European framework to decrease the burden of TB/HIV.* WHO Regional Office for Europe 2003. – 14 p.
10. *Interim policy on Collaborative TV/HIV Activities* WHO Geneva 2004. – 14 p.
11. *Prevention of HIV transmission from HIV infected mother to their infants.* Clinical protocol for the WHO European Region. http://www.euro.who.int/document/SHA/Chap_10_MCT_for_web.pdf.
12. *Small P.M.* Treatment of tuberculosis in patients with advanced human immunodeficiency virus infection // New. End. J. Med. – 1991. – Vol. 324. – P. 289–292.

Подписано к печати 15.03.2007. Формат 62×94 ¹/₁₆.
Гарнитура Arial. Печать офсетная. Бумага мелованная.
Усл. печ. л. 7,5. Тираж 10 000 экз.

ООО «Издательство «Триада».
ИД № 06059 от 16 октября 2001 г.
170034, г. Тверь, пр. Чайковского, д. 9, оф. 504,
тел./факс (4822) 42-90-22, 35-41-30.
E-mail: triada@stels.tver.ru
<http://www.triada.tver.ru>

Заказ № .

Отпечатано в филиале ГУПТО «ТОТ» Ржевская типография.
г. Ржев, ул. Урицкого, д. 91

