

Приложение 2
к приказу МЗ КР № 335 от 16.03.2022

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР «СПИД»**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

для всех уровней здравоохранения

Бишкек – 2022

*Буйрук №335
16.03.2022*

**Клиникалык колдонмолорду жана протоколдорду бекитүү
жөнүндө**

Кыргыз Республикасынын «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Мыйзамын, Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 2018-жылдын 20-декабрындагы №600 “2019-2030-жылдарга калктын ден соолугун сактоо жана саламаттык сактоо системасын өнүктүрүү боюнча “Ден соолугу чын адам – өнүккөн өлкө” жөнүндө программасын” аткаруунун алкагында **буйрук кылам:**

1. Бекитилсин:
 - 1.1. Учурдагы буйруктун 1-тиркемесине ылайык КИТВ-инфекциясын алдын алуу тууралуу клиникалык колдонмосу.
 - 1.2. Учурдагы буйруктун 2-тиркемесине ылайык КИТВ-инфекциясын алдын алуу тууралуу клиникалык протоколу.
 - 1.3. Учурдагы буйруктун 3-тиркемесине ылайык уролителиаз оорусун аныктоо жана дарылоо тууралуу клиникалык колдонмосу.
 - 1.4. Учурдагы буйруктун 4-тиркемесине ылайык уролителиаз оорусун аныктоо жана дарылоо тууралуу клиникалык протоколу.
 - 1.5. Учурдагы буйруктун 5-тиркемесине ылайык көптөгөн склероз оорусун аныктоо жана дарылоо тууралуу клиникалык колдонмосу.
 - 1.6. Учурдагы буйруктун 6-тиркемесине ылайык көптөгөн склероз оорусун аныктоо жана дарылоо тууралуу клиникалык протоколу.
 - 1.7. Учурдагы буйруктун 7-тиркемесине ылайык балдардын омуртка булчуң атрофия оорусун аныктоо жана дарылоо тууралуу клиникалык колдонмосу.
 - 1.8. Учурдагы буйруктун 8-тиркемесине ылайык балдардын омуртка булчуң атрофия оорусун аныктоо жана дарылоо тууралуу клиникалык протоколу.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКTOO МИНИСТРЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КОЧУРМОСУ АНЫК / КОПИЯ ВЕРНА
" " 20 ж.б.

Клинические протоколы по вопросам ВИЧ-инфекции разработаны на основе Клинического руководства по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и Клинического руководства по лечению ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний (приказ МЗ КР № 759 от 25.09.2020)

Клинические протоколы по вопросам ВИЧ-инфекции утверждены приказом МЗ КР № 335 от 16.03.2020

Клиническая проблема

ВИЧ-инфекция

Этапы оказания помощи

Первичный, вторичный и третичный уровни оказания медицинской помощи

Целевые группы

Инфекционисты, семейные врачи, врачи первичного уровня здравоохранения, наркологи, акушер-гинекологи, дерматологи, врачи других специальностей; организаторы здравоохранения; специалисты, контролирующие качество оказания медицинской помощи (ФОМС).

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется по мере появления новых ключевых доказательств или в 2024 г.

Адрес для переписки с рабочей группой

Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Логвиненко 8, 720040

e-mail: rospid@mail.ru

Оглавление

Список сокращений	4
Состав рабочей мультидисциплинарной группы	6
Раздел I. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции	7
Раздел II. Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции	9
Раздел III. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	11
Раздел IV. Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих инъекционные наркотики	15
Раздел V. Иммунизация людей, живущих с ВИЧ	18
Раздел VI. Поддержка репродуктивного и сексуального здоровья у ЛЖВ.....	21
Раздел VII. Антиретровирусная терапия.....	25

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРТ - антиретровирусная терапия
АРВП - антиретровирусный препарат
АДС-М - анатоксин дифтерийно-столбнячный в малой дозировке
АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АлАТ (АЛТ) - аланинаминотрансфераза
АсАТ (АСТ) – аспаратаминотрансфераза
БЦЖ - вакцина БЦЖ (бацилла Кальметта–Герена)
ВГВ - вирус гепатита В
ВГС - вирус гепатита С
ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
ВМК (ВМС) - внутриматочный контрацептив (спираль)
ВН - вирусная нагрузка
ВПЧ - вирус папилломы человека
ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
ДКП – доконтактная профилактика
ДМПА - депо-медроксипрогестерон ацетат
ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота
ЕИК - ежемесячные инъекционные контрацептивы
ИИ - ингибиторы интегразы
ИП - ингибиторы протеазы
ИПВ - инактивированная вакцина от полиомиелита
ИППП - инфекции, передающиеся половым путем
ИФА - иммуноферментный анализ
КИК - комбинированные инъекционные контрацептивы
КОК - комбинированные оральные контрацептивы
КПК - комбинированная вакцина против кори, паротита и краснухи
КПР - контрацептивы прогестинового ряда
КП/КР – клинический протокол/руководство
КС - кесарево сечение
ЛЖВ - люди, живущие с ВИЧ
ЛНГ-ВМК - левоноргестрел-содержащие внутриматочные контрацептивы
ЛПСН – лицо, подвергнутое сексуальному насилию
ЛУИН - лица, употребляющие инъекционные наркотики
МКБ-10 - международная классификация болезней десятого пересмотра
МЛА - метод лактационной аменореи
МОПАПД - медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия
МСМ - мужчины, имеющие секс с мужчинами
НИОТ - нуклеозидный или нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ - ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НПО - неправительственная организация
НЭТ-ЭН - норэтистерон энантат
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОВИ - острая ВИЧ-инфекция
ОДНЛ - отдел диспансерного наблюдения/лечения
ОЗ – организация здравоохранения
ОИ - оппортунистические инфекции
ОПВ - оральная полиовакцина
Пап-мазок - окрашенный по Папаниколау мазок с шейки матки для цитологического исследования

ПКВ - пневмококковая конъюгированная адсорбированная 13-ти валентная вакцина
ПКП - постконтактная профилактика
ПКС - плановое кесарево сечение
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
ПОДСБ - приемлемо, осуществимо, доступно, стабильно и безопасно
ППМР - профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПТК - профилактическая терапия котримоксазолом
ПТМ – поддерживающая терапия метадонном
ПЦР - полимеразная цепная реакция
/р – ритонавир (низкая доза для усиления ингибитора протеазы)
РВ - ротавирус
РДМ - ранняя диагностика ВИЧ у младенцев
рСКФ - расчетная скорость клубочковой фильтрации
СДКП – ситуативная ДКП
СКФ - скорость клубочковой фильтрации
СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита
СР – секс-работники
СРЗ - сексуальное и репродуктивное здоровье
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ТБ – туберкулез
ТГ - трансгендерные люди
ТиК - тестирование и консультирование
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХИБ – вакцина против гемфильной палочки типа В
ЦИН - цервикальная интраэпителиальная неоплазия
ЦПБС - центр профилактики и борьбы со СПИДом
ЦСМ - центр семейной медицины
ЧПИК - чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы
АВС– абакавир
Anti-HCV – антитела к ВГС
АТV– атазанавир
АZТ– зидовудин
ВНІVА - Британская ассоциация ВИЧ
СDС - Центры по контролю и профилактике заболеваний
СD4-лимфоциты - лимфоциты, экспрессирующие рецептор CD4
Cu-ВМК (Cu-ВМС) - медьсодержащий внутриматочный контрацептив (средство)
СУР – клеточные ферменты из группы цитохромов
DRV– дарунавир
DTG– долутегравир
ЕАСС - Европейское клиническое общество СПИД
EFV– эфавиренц (EFV400 – эфавиренц в дозе 400 мг/сутки)
НВsAg – поверхностный антиген ВГВ
LЕЕР - петлевая электроэксцизия
LPV– лопинавир
NН - Национальные институты здоровья
NVP– невирапин
RTV, /r – ритонавир
RАL– ралтегравир
TDF– тенофовир
ЗТС – ламивудин
FTC – эмтрицитабин

СОСТАВ РАБОЧЕЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ГРУППЫ

Руководитель группы

Чокморова У. Ж. Директор Республиканского центра «СПИД» МЗ КР

Ответственные исполнители

Бекболотов А. А. заместитель директора Республиканского центра «СПИД»
Бердалиева Т. Ч. заведующая ООДНиЛ РЦ «СПИД»
Тойтукова М. М. врач ООДНиЛ РЦ «СПИД»
Тостоков Э. Т. врач ООДНиЛ РЦ «СПИД»
Янбухтина Л. Ф. заведующая отделом МиО РЦ «СПИД»
Асанов А. А. врач отдела МиО РЦ «СПИД»
Джусупбекова А.К. Консультант по лечению и уходу за ЛЖВ РЦ «СПИД» /ПРООН
Шералиева Б. А. Координатор проекта РЦ «СПИД» /СиДиСи
Сарымсаков У. Ш. Клинический специалист по улучшению качества РЦ «СПИД» /СиДиСи

Консультанты

Кутманова А. З. д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней МВШМ
Усманова Н. Р. к.м.н., советник по клиническим вопросам СиДиСи
Абдувалиева С. Т. к.м.н., заведующая отделением патологии новорожденных НЦИОМид
Бакирова Ж. К. заместитель директора Республиканского центра наркологии
Малышева М. А. врач, Республиканский центр иммунопрофилактики
Акматова Б. А. к.м.н., специалист по клиническим вопросам, ICAP
Башмакова Л. Н. к.м.н., национальный эксперт
Эрназаров Н. ОО «Кыргыз Индиго», консультант

Рецензент

И. Айтмагамбетова к.м.н., исполнительный директор программ по ВИЧ и туберкулёзу регионального офиса СиДиСи

Методологическая экспертная поддержка

Зурдинова А. А. д.м.н., профессор, главный клинический фармаколог МЗ и СР КР

Процесс разработки клинических протоколов был проведен при поддержке проекта «Нарращивание потенциала Республиканского центра «СПИД» МЗ и СР КР по реализации программ профилактики, ухода и лечения ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике в рамках Чрезвычайного плана Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР)».

РАЗДЕЛ I. ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ [1-14]

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

Мероприятия	Рекомендации
Оценка контакта	Должны быть учтены следующие факторы: форма контакта; тип биологической жидкости; давность контакта.
Обследование потенциального источника заражения	Рекомендуется как можно скорее выяснить ВИЧ-статус этого лица: ✓ провести экспресс-тест на ВИЧ (по капиллярной крови или околодесневой жидкости); ✓ учесть результаты предыдущего тестирования на ВИЧ (при наличии).
Обследование контактировавшего лица	Обследование пострадавшего после контакта проводят как можно скорее, желательно, в течение первых часов, при этом необходимо: ✓ провести экспресс-тест на ВИЧ (по капиллярной крови или околодесневой жидкости).

2. Оказание помощи после случайного контакта с ВИЧ или с биологическими жидкостями лица с неизвестным ВИЧ-статусом

Мероприятия	Рекомендации
При ранении иглой или другим острым инструментарием	✓ Сразу вымыть поврежденное место с мылом; ✓ Подержать раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны; ✓ Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, йод, так как они могут вызвать раздражение раневой поверхности и ухудшать состояние раны; ✓ Нельзя сдавливать или тереть поврежденное место; ✓ Нельзя высасывать кровь из ранки, оставшейся от укола/ пореза.
При разбрызгивании крови или других биологических жидкостей	а) На неповрежденную кожу: ✓ Немедленно вымыть загрязненный участок с мылом; ✓ Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, йод, так как они могут вызвать раздражение пораженной поверхности; ✓ Нельзя тереть или скрести место контакта. б) В глаза: ✓ Сесть, запрокинуть голову и самостоятельно или с помощью коллеги осторожно лить на глаза воду или физиологический раствор (чтобы вода или раствор затекали и под веки, необходимо осторожно оттягивать их время от времени); ✓ Не снимать контактные линзы во время промывания, так как они создают защитный барьер; ✓ После того как глаза промыли, контактные линзы снять и обработать как обычно, после этого они совершенно безопасны для дальнейшего использования; ✓ Нельзя промывать глаза с мылом или дезинфицирующим раствором. в) В рот: ✓ Немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость; ✓ Тщательно прополоскать рот водой или физиологическим раствором и снова выплюнуть. Повторить полоскание несколько раз.

3. Предоставление ПКП антиретровирусными препаратами

- Показания для начала ПКП антиретровирусными препаратами:
 - Наличие риска заражения ВИЧ;
 - Информированное согласие пациента;

- Обращение пациента в течение первых 2-х часов и не позднее 72 часов после вероятного контакта с ВИЧ.
- Продолжительность ПКП 28 дней, после первичной оценки степени риска следует выдать АРВП на весь 28-дневный курс.

4. Схемы ПКП ВИЧ-инфекции:

Взрослые и подростки*:

Предпочтительная схема	Альтернативные схемы
TDF (или TAF) + 3TC (или FTC) + DTG или RAL	TDF + 3TC (или FTC) + DRV/г или LPV/г или ATV/г AZT + 3TC + DTG или RAL AZT + 3TC + DRV/г или LPV/г или ATV/г

Дети**:

Предпочтительная схема	Альтернативные схемы
AZT + 3TC + DTG или RAL или LPV/г TDF + 3TC (или FTC) + DTG или RAL	ABC + 3TC + LPV/г TDF + 3TC + LPV/г

*Дозы АРВП рассчитываются как для проведения АРТ (см. КР «Лечение ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний»).

**При назначении ПКП детям дозы препаратов рассчитываются в зависимости от веса и возраста (см. КР «Лечение ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний»).

5. Наблюдение за контактировавшими лицами

- Тестирование на ВИЧ проводят сразу после контакта, а затем через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после контакта, даже если решено ПКП не проводить.
- При наличии ресурсов проводится обследование на ИППП, вирусные гепатиты В и С, поскольку эти заболевания имеют схожие с ВИЧ пути передачи.
- У лиц, получающих АРВП, необходимо следить за появлением возможных побочных эффектов и соблюдением режима профилактического лечения.
- Если по окончании ПКП у контактировавшего произошла сероконверсия, его берут на диспансерное наблюдение.
- Через 6 месяцев, при отрицательных результатах тестирования на ВИЧ, наблюдаемый снимается с учета.

РАЗДЕЛ II. ДОКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ [1-14]

1. Показания к проведению ДКП

- 1) Отрицательный результат тестирования на ВИЧ у клиента, и наличие полового партнера с ВИЧ, который (ая) не получает эффективного лечения:
 - с начала АРТ прошло менее 6 мес.;
 - нерегулярный прием АРВП (низкая приверженность к АРТ);
 - ВН более 200 копий/мл за последние 6 месяцев (или результат ВН неизвестен).
- 2) Сексуально активный человек с отрицательным результатом тестирования на ВИЧ из группы населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ и наличие хотя бы одного из следующих факторов **за последние 6 месяцев**:
 - вагинальные или анальные половые контакты без применения презервативов более чем с одним партнером;
 - половой партнер с одним или более факторами риска инфицирования ВИЧ;
 - лабораторно подтвержденные ИППП в анамнезе/ сообщение об их наличии/ синдромное лечение ИППП;
 - применение ПКП ВИЧ-инфекции.
- 3) Клиент, который подтверждает, что в анамнезе есть совместное использование с другими людьми инъекционных наркотиков **за последние 6 месяцев**.
- 4) Запрос от клиента на получение ДКП (инструменты оценки риска не должны использоваться для исключения людей из услуг ДКП, если они считают себя подверженными риску и хотят принимать ДКП).

2. Противопоказания к проведению ДКП

- Наличие ВИЧ-инфекции.
- Расчетный показатель клиренса креатинина* <60 мл/мин (если известно), однако, если уровень креатинина неизвестен, это не должно быть основанием для отказа от ДКП.
- Признаки / симптомы острой ВИЧ-инфекции (ОВИ)**.
- Противопоказание к приёму любого компонента в режиме ДКП.
- Наличие ВГВ-инфекции у клиентов, получающих.

3. АРВП для проведения ДКП для взрослых и подростков

- Ежедневный пероральный прием ДКП рекомендован всем клиентам, независимо от их пола, сексуальной ориентации и гендерной идентичности.
- Следующие схемы могут быть рассмотрены для использования в качестве **ежедневной ДКП** (прием препаратов проводится ежедневно, в одно и то же время суток):
 - TDF 300 мг/FTC 200 мг (предпочтительный вариант)
 - TDF 300 мг/ЗТС 300 мг (альтернативный вариант)
 - TDF 300 мг (альтернативный вариант, не рекомендуется в качестве ДКП у MSM).

4. Ситуативная ДКП - СДКП (2+1+1)

СДКП (2 +1 + 1) – это курс ДКП, предназначенный для профилактики ВИЧ-инфекции у следующих групп населения:

- Цисгендерные мужчины;
- Трансгендерные женщины, НЕ принимающие гормональные препараты в целях коррекции самоидентифицируемого пола;
- Небинарные люди, у которых зафиксирован биологический мужской пол при рождении, НЕ принимающие гормональные препараты в целях коррекции самоидентифицируемого пола.

- СДКП для указанных групп населения основана на использовании двойной дозы (две таблетки) TDF/FTC (или TDF/3TC) в период от 2 до 24 часов до полового акта; затем третью таблетку через 24 часа после приема первых двух таблеток и четвертую таблетку через 48 часов после приема первых двух таблеток (рисунок 1).

Рисунок 1. Схема приема СДКП (2+1+1)



5. Остановка ДКП

ДКП может быть прекращена:

- Когда человек более не подвергается риску инфицирования ВИЧ:
 - прекращение рискованных форм полового поведения;
 - прекращение употребления инъекционных наркотиков;
 - подавление вирусной нагрузки у ВИЧ-положительного партнера, получающего АРТ (ВН ниже 200 копий/мл);
- При желании клиента.
- рСКФ менее 60 мл/мин.
- Положительный результат тестирования на ВИЧ у лица, получающего ДКП.

Ежедневная ДКП должна быть прекращена через 7 дней после последнего контакта, при котором клиент подвергался риску инфицирования ВИЧ. Для клиентов, получающих СДКП, прием таблеток прекращается через 2 дня после последнего полового рискованного контакта.

РАЗДЕЛ III. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ (ППМР) [1-14]

Шифр В20 – В 24, О98.7, R 75, Z 21

1. Тестирование на ВИЧ

- Показания к ТИК, беременной женщины:
 - при взятии на учет по беременности, и повторно в 3 триместре беременности;
 - однократно, ее полового партнера (при наличии риска);
 - при поступлении на роды без обследования на ВИЧ;
 - при искусственном прерывании беременности.
- Экспресс-тестирование проводится в случаях поступления женщины на роды без наличия результатов обследования на ВИЧ или отсутствия результатов тестирования в 3-ем триместре беременности (приказ МЗ КР № 640 «О двукратном обследовании беременных женщин на ВИЧ-инфекцию» от 24.08.2020).
- Получение первого положительного результата экспресс-теста или ИФА в родах являются достаточным основанием для решения вопроса о назначении АРТ для профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

2. Использование АРВП у ВИЧ-позитивных женщин во время беременности, родов и после родов

АРТ рекомендуется начинать всем ВИЧ-позитивным беременным и кормящим грудью женщинам, независимо от клинической стадии заболевания, срока гестации и количества лимфоцитов CD4, и продолжать лечение пожизненно

- Предпочтительные схемы АРТ для беременных и кормящих грудью женщин:
 - TDF/3ТС (или FTC) /DTG - необходимо проинформировать женщину о возможных преимуществах и рисках приема долутегравира, для самостоятельного принятия решения.
 - В случае отказа женщины от долутегравира рекомендуется назначить TDF/3ТС (или FTC) /EFV + 600 или 400 мг*, схемы АРТ с ИП.

2.1 ВИЧ-позитивная беременная женщина, обратившаяся за помощью поздно или к моменту родов (во время беременности АРТ не получала)

- Женщинам необходимо предложить пройти экспресс-тестирование и при положительном результате, НЕ дожидаясь подтверждения результата, назначить АРТ по схеме TDF/3ТС (или FTC) /DTG и продолжать АРТ.

2.2 ВИЧ-позитивная женщина, выявленная после родов

- Новорожденному назначаются АРВП (в первые 4 часа жизни) для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ.
- Женщина направляется в ОЗ (ЦСМ, ЦПБС) для дальнейшего обследования и лечения.

3. Выбор метода родоразрешения у ВИЧ-позитивных женщин

- Решение о способе родоразрешения принимается в соответствии с конкретной ситуацией, в зависимости от уровня вирусной нагрузки (ВН), с учетом выбора женщины.
- Для выбора оптимального метода родоразрешения необходимо определить уровень вирусной нагрузки (ВН) у женщины в сроке 36 недель беременности. Если ВН менее

50 копий/мл (или ниже порога используемых тест-систем), то следует проводить роды через естественные родовые пути.

- Женщина должна быть проконсультирована о преимуществах и возможных осложнениях кесарева сечения.

3.1 Показания для проведения планового кесарева сечения на 39-й неделе до начала родовой деятельности:

- Нет возможности определить ВН.
- Уровень ВН более 50 копий/мл.
- Продолжительность приема АРТ во время беременности менее 4-х недель (при невозможности определения вирусной нагрузки).
- На 36-й неделе беременности при ВН <50 копий/мл: рекомендуются роды через естественные родовые пути, если нет акушерских показаний к ПКС.
- На 39-й неделе беременности: ПКС, если на 36-й неделе у матери ВН >50 копий/мл или неизвестна.

4. Применение АРВП у новорожденного, рожденного от ВИЧ-позитивной женщины

- Детям, с высоким риском заражения ВИЧ, находящимся на искусственном вскармливании с весом ≥ 2500 г и/или неизвестным уровнем ВН у матери назначается двухкомпонентная профилактика: зидовудин* по 15 мг два раза в день и невирапин по 15 мг один раз в день в течение первых 6 недель жизни.
- Дети, с высоким риском** заражения ВИЧ, находящиеся на грудном вскармливании, а также дети, у которых контакт с ВИЧ впервые был установлен не позднее 48 часов после родов, или если неизвестен уровень ВН у матери, должны продолжать профилактику еще в течение 6 недель: невирапин по 20 мг один раз в день либо зидовудин* по 20 мг два раза в день (продолжительность младенческой профилактики 12 недель).
- Детям, независимо от вида вскармливания с весом ≥ 2500 г., рожденным от ВИЧ-позитивных матерей, получающих АРТ с ВН <1000 копий/мл, назначается младенческая профилактика продолжительностью 6 недель с использованием: невирапин 15 мг один раз в день (или зидовудин* по 15 мг два раза в день).

**Недоношенным детям с массой тела при рождении 2000–2499 г назначается зидовудин по 10 мг два раза в день и невирапин по 10 мг один раз в день.*

***К группе высокого риска относятся:*

– младенцы, родившиеся от ВИЧ-позитивных женщин, которые к моменту родоразрешения получили АРТ менее четырех недель; ИЛИ

– младенцы, родившиеся от ВИЧ-позитивных женщин с документированным уровнем ВН >50 копий/мл (или неизвестна) в течение четырех недель перед родоразрешением; ИЛИ

– младенцы, родившиеся от ВИЧ-позитивных женщин, обратившихся за помощью поздно, к моменту родов или кормящих грудью и не получающих АРТ; ИЛИ

– младенцы, родившиеся от матерей с отсутствием пренатального тестирования на ВИЧ, и впервые выявленной ВИЧ-инфекцией в родах и послеродовом периоде.

- Начать прием препаратов у новорожденного необходимо в течение первых 4 часов после рождения.

5. Вскармливание новорожденного

- Детям, рожденным ВИЧ-позитивными женщинами, рекомендуется искусственное вскармливание при соблюдении критериев ПОДСБ (приемлемо, осуществимо, доступно, стабильно и безопасно).
- Смешанное вскармливание недопустимо, т. к. повышает риск инфицирования ребенка по сравнению с исключительно грудным или искусственным вскармливанием, из-за увеличения риска травматизации слизистой кишечника новорожденного ребенка.

- Окончательное право выбора метода вскармливания остается за женщиной.

6. Уход и наблюдение за ВИЧ-положительной женщиной во время беременности и послеродовом периоде

Семейный врач, ответственное лицо по ВИЧ-инфекции ПМСП и специалист отдела ОДН ЦПБС обсуждают ведение беременности и подготавливают информационный лист для ведения родов и послеродового периода (выбор метода родоразрешения, выбор АРВП для новорожденного, вскармливание ребенка, сроки проведения лабораторных исследований новорожденного, вакцинация).

6.1 Направление для получения дальнейшей помощи ВИЧ-положительных женщин (ПМСП)

Педиатрическая помощь новорожденному, рожденному от ВИЧ-положительной матери включает:

- АРВП с целью профилактики передачи ВИЧ;
- Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции;
- Профилактика пневмоцистной пневмонии сульфаметаксазол/триметопримом (ко-тримоксазолом®) проводится с 4-6 недель жизни:
 - а) детям с положительным результатом ДНК ВИЧ (48 часов и 4-6 недель);
 - б) детям, не охваченным ранней диагностикой ВИЧ-инфекции, ПТК проводится до возраста 18 месяцев;
 - в) детям, находящимся на грудном вскармливании и относящимся к группе высокого риска передачи ВИЧ (см. выше), независимо от результатов обследования на ДНК ВИЧ (в течение 48 часов и на 4-6 неделе);
 - г) детям с низким риском передачи ВИЧ, при получении отрицательного результата обследования на ДНК ВИЧ ПТК не назначается.

6.2 Доза сульфаметоксазола/триметоприма (ко-тримоксазола®):

- в возрасте с 4-6 недель до 6 месяцев по 1 таблетке 100/20 мг один раз в сутки;
- в возрасте с 6 месяцев до 18 месяцев по 2 таблетки 100/20 мг один раз в сутки.

6.3 Критерии отмены ПТК:

- детям, не охваченным ранней диагностикой ВИЧ-инфекции, в случае отрицательного результата ДНК ВИЧ в более поздние сроки (3-18 месяцев), при условии, что они не относятся к группе высокого риска и не получают грудного вскармливания;
- детям, находящимся на грудном вскармливании и относящимся к группе высокого риска передачи ВИЧ, в случае, если через 4-6 недель после прекращения грудного вскармливания получен отрицательный результат на ДНК ВИЧ.

7. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденного

- Диагностика ВИЧ-инфекции у младенца проводится методом ПЦР на ДНК ВИЧ в течение 48 часов после рождения. Положительный результат ПЦР является основанием предварительного диагноза ВИЧ-инфекции и начала АРТ. Независимо от результата, второе исследование необходимо повторить в возрасте 4-6 недель жизни.
- При положительных результатах предыдущих ПЦР исследований в возрасте 3-4 месяца жизни ребенка проводится определение ВН методом ПЦР РНК и продолжается АРТ.
- Если результаты ПЦР отрицательные, то рекомендуется провести исследование методом ИФА на определение антител/антигена к ВИЧ в 18-месячном возрасте.

- При появлении симптомов ВИЧ до возраста 18 месяцев жизни, необходимо провести ПЦР тестирование.
- Если в возрасте 18 месяцев у ребенка не обнаружены антигены/антитела к ВИЧ методом ИФА, то результат трактуется, как отрицательный и дальнейшее наблюдение как здорового ребенка.
- Если ребенок находится на грудном вскармливании ВИЧ-позитивной матерью и в 18 месяцев в его крови антигены/антитела к ВИЧ отсутствуют, исследование необходимо повторить через 6 недель после прекращения грудного вскармливания (если до этого срока у ребенка появятся клинические признаки, указывающие на ВИЧ-инфекцию, исследование проводят раньше).

8. Иммунизация

- При получении отрицательного результата РДМ, необходима вакцинация БЦЖ против туберкулеза в роддоме или по месту наблюдения в ГСВ.
- У ВИЧ-позитивных младенцев или с неизвестным ВИЧ-статусом вакцинация БЦЖ не проводится.
- Другие прививки проводятся в соответствии с Национальной программой иммунизации (см. «Иммунизация людей, живущих с ВИЧ»).

РАЗДЕЛ IV. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ [1-14]

Шифр по МКБ-10: В-20 – В-24, F – 11

1. Основные принципы

АРТ для ЛУИН предоставляется по таким же принципам, что и для ЛЖВ, не употребляющих ПАВ. При лечении ЛЖВ с наркозависимостью необходимо сотрудничество следующих служб: служба СПИД, ПМСП, наркологической помощи и программ снижения вреда, психологической и социальной помощи.

2. Поддерживающая терапия опиоидным препаратом

В Кыргызской Республике для поддерживающей терапии опиоидной зависимости с 2001 года используется раствор метадона гидрохлорид; также рассматривается вопрос о применении бупренорфина в рамках ПТМ. Метадон гидрохлорид (метадон) – один из самых эффективных и наиболее часто используемых препаратов для поддерживающей терапии. Использование доз, превышающих 60–80 мг в сутки, позволяет удержать в программе больше пациентов и снизить потребление запрещенных наркотиков.

3. Программы детоксикации (воздержание от наркотиков под медицинским наблюдением)

Детоксикация при опиоидной зависимости является начальным компонентом некоторых лечебных программ, но не может рассматриваться как самостоятельный метод лечения опиоидной зависимости. Она позволяет ослабить симптомы и соматические проявления абстиненции и должна назначаться строго индивидуально.

4. Взаимодействия между АРВП и метадоном

АРВП	Влияние АРВП на метадон	Влияние метадона ¹ на АРВП	Примечания
НИОТ			
ABC	Небольшое снижение уровня метадона. Низкий риск опиоидной абстиненции. Коррекция доз маловероятна, но в некоторых случаях может быть повышение дозы метадона	Максимальная концентрация снижается (на 34%). Увеличивается время достижения максимальной концентрации	Данные немногочисленны, хотя в одном исследовании показано повышение клиренса метадона на 22%. Низкий риск опиоидной абстиненции. Может потребоваться коррекция дозы метадона.
AZT	Не сообщалось. Коррекция дозы необязательна.	Значительное повышение концентрации (на 43%). Клиническая значимость не ясна. Возможны побочные эффекты	Следить за побочными эффектами AZT. Если минимальный уровень метадона в норме, вероятно, токсические эффекты связаны с AZT.
ЗТС, FTC	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно.
TDF	Не сообщалось	Не сообщалось	Взаимодействие неизвестно
ННИОТ			

АРВП	Влияние АРВП на метадон	Влияние метадона ¹ на АРВП	Примечания
NVP	Значительное снижение концентрации метадона (на 46%). Часто развивается метадоновая абстиненция. Для большинства пациентов требуется существенное повышение дозы метадона	Не сообщалось	Начало терапии NVP может потребовать увеличение суточной дозы метадона на 50–100% для снятия опиоидной абстиненции. Симптомы абстиненции обычно развиваются через 4–8 суток приема NVP, хотя реакция может развиваться и через 2–3 недели.
EFV	Значительное снижение концентрации метадона (на 60%). Часто развивается метадоновая абстиненция. Обычно требуется существенное повышение дозы метадона (на 50%).	Неизвестно	Тщательно контролировать признаки метадоновой абстиненции и повышать дозу при необходимости. Симптомы абстиненции могут появиться через 2–3 недели.
ИП			
LPV/r, ATZ/r, DRV/, DRV/c	Снижение уровня метадона. Может возникнуть абстиненция, требующая увеличения дозы.	Не сообщалось	Описана метадоновая абстиненция. Может потребоваться увеличение дозы метадона.
ИИ			
DTG	Коррекция дозы не требуется	Не сообщалось	Клинических значимых взаимодействий не выявлено
За уровень метадона принимают его min концентрацию в плазме, измеренную через 24 ч после приема последней дозы. Для достоверности оценки необходимо, чтобы пациенты принимали ту же дозу метадона в течение 5 дней перед измерением.			

5. Психоактивные вещества, нелегальные наркотики и АРВП

Вещества	Основной путь метаболизма	Взаимодействия	Рекомендации
Амфетамины	CYP2D6	↑ уровня RTV ⇒ токсичность	Не назначать RTV и LPV/r даже в низких дозах, если пациент принимает амфетамины.
Барбитураты	CYP3A4	Барбитураты (фенобарбитал) – мощные индукторы CYP3A4	Избегать назначения других индукторов (например, EFV и NVP) пациентам, употребляющих барбитураты.
Бензодиазепины	CYP3A4 для мидазолама, триазолама, алпразолама и флунитразема	ИП ⇒ усиление седативного эффекта, NVP ⇒ абстинентный синдром	Избегать сочетанного применения алпразолама, мидазолама и триазолама со всеми ИП и NVP.
Героин	Плазма	Ритонавир ⇒ абстинентный синдром	Взаимодействие с АРВП такое же, как с метадоном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию. Требуется наблюдение.
Кодеин	Уридиндифосф атглукуронилтрансфераза 2B7	↑ или ↓ метаболизм ИП ⇒ возможна передозировка ⇒ ослабление анальгезии	Взаимодействие с АРВП такое же, как с метадоном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Требуется наблюдение.
Кокаин	CYP3A4	↑ уровни ИП и EFV ⇒ передозировка.	Наблюдение за возможным усилением гепатотоксичности.

		NVP⇒ гепатотоксический метаболит	
МДМА (экстази) Гамма- гидроксибутират	CYP2D6	↑ уровень RTV⇒ токсичность	Не назначать ИП, даже в низких дозах, если пациент принимает МДМА или гамма-гидроксибутират. Взаимодействие МДМА с RTV может быть летальным.
Морфин	Уридиндифосф атглюкуронилт рансфераза 2B7	RTV⇒ абстиненция, ослабление анальгезии	Взаимодействие с АРВП такое же, как с метадоном. Поэтому ННИОТ и некоторые ИП могут вызывать опиоидную абстиненцию и потерю анальгезии. Рекомендован клинический контроль.
Тетрагидроканнаб иол	CYP3A4	Возможно ↑ уровня ИП. Возможно ↓ уровня ННИОТ	Клинически значимого взаимодействия не обнаружено.
Фенциклидин	CYP3A4	ИП и EFV⇒ токсичность	Контроль токсичности фенциклидина.

РАЗДЕЛ V. ИММУНИЗАЦИЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ [1-14]

Шифр B20-B24, R75, Z21

Иммунизация людей с ВИЧ, в рамках Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики

Наименование вакцины	Рекомендации по применению	Оптимальные сроки
БЦЖ (живая)	Применение должно ограничиваться только теми детьми, у которых имеется отрицательный результат обследования на ВИЧ-инфекцию по результатам ПЦР ДНК (в связи с риском диссеминированного поствакцинального ТБ). Вакцинацию БЦЖ не рекомендуется проводить подросткам и взрослым, в том числе ВИЧ-положительным, поскольку это мало влияет или вообще не влияет на заболеваемость ТБ легких.	Во время пребывания в роддоме или в ЦСМ по месту жительства
ИПВ (инактивированная полиомиелитная вакцина)	Используется для иммунизации всех детей с ВИЧ (в том числе и с клиническими проявлениями) и детей с перинатальным контактом.	V1 - 3,5 месяца
ОПВ (живая)	Применяется детям с бессимптомной формой ВИЧ-инфекции (в связи с риском тяжелого прогрессирующее поражение нервной системы - паралитической формы поствакцинального полиомиелита). Следует также избегать тесных контактов между лицами, недавно получившими ОПВ, и детьми с ВИЧ, т.к. иммунизированные ОПВ могут на протяжении месяца выделять вакцинный вирус в окружающую среду, представляя угрозу для детей с иммунодефицитом.	V1 – 2 месяца, V2 - 3,5 месяца, V3 - 5 месяцев
ВГВ	Вакцинацию против гепатита В следует проводить всем новорожденным детям, не зависимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции (не менее 3 вакцинаций).	V1 – в течении 24 часов после рождения
ВГВ в составе пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ)	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация с использованием ВГВ в составе пентавакцины проводится по тому же графику и в тех же дозах, как и у детей без ВИЧ-инфекции.	V2 - 2 месяца, V3 - 3,5 месяца, V4 - 5 месяцев
АКДС	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация с использованием АКДС проводится в составе пентавакцины по тому же графику и в тех же дозах, как и у детей без ВИЧ-инфекции.	V 1 - 2 месяца, V 2 - 3,5 месяца, V 3 - 5 месяцев, RV - 2 года
ХИБ-вакцина, входит в состав пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ)	Детям с ВИЧ до 2-х лет рекомендуется получить 3-х кратную вакцинацию.	V2 - 2 месяца, V3 - 3,5 месяца, V4 - 5 месяцев
АДС (инактивированная)	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация АДС проводится согласно календарным срокам.	V- 6 лет
АДС-М (инактивированная)	У детей с ВИЧ, независимо от тяжести иммунодефицита, вакцинация АДС-М проводится согласно календарным срокам.	11 лет – однократно 16 лет – однократно 26 лет – однократно 36 лет – однократно 46 лет – однократно 56 лет - однократно

КПК (живая)	Применяется для иммунизации ЛЖВ с бессимптомной или слабо выраженной иммуносупрессией в соответствии с общенациональным календарем вакцинации. При тяжелой иммуносупрессии (число лимфоцитов CD4<200клеток/мкл) вакцинация КПК противопоказана.	V- 12 месяцев, V-6 лет.
РВ (ротавирусная инфекция)	Независимо от количества лимфоцитов CD4	V 1 - 2 месяца, V 2 - 3,5 месяца, V 3 - 5 месяцев
ПКВ (Пневмококковая конъюгированная вакцина)	Применяется для иммунизации детей от 0 до 2 лет, не зависимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции	V1 - 2 месяца, V2 - 5 месяцев, V3 - 12 месяцев
ВПЧ	Вакцинация проводится только девочкам.	11 лет (для ЛЖВ в любом возрасте рекомендовано введение трех доз - начальной, через 1–2 и 6 месяцев)

Иммунизация людей, живущих с ВИЧ, проводимая по эпидемическим показаниям

Наименование вакцины	Рекомендации по применению	Оптимальные сроки
Вакцина против гриппа	Рекомендуется иммунизация всех ЛЖВ, независимо от клинических проявлений, начиная с 6-месячного возраста.	Ежегодно однократно
Менингококковая вакцина	Иммунизацию проводят всем лицам, проживающим или направляющимся в страны, эндемичные по менингококковой инфекции, начиная с 1 года жизни, независимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции.	Однократно
Вакцина против холеры WC/rBs (инактивированная)	Иммунизацию проводят всем лицам, проживающим или направляющимся в страны, с неблагоприятной ситуацией по холере, независимо от клинических проявлений ВИЧ-инфекции.	2-х кратно с интервалом в 2 недели
Вакцина против вирусного гепатита А (инактивированная)	Иммунизация рекомендуется лицам с повышенным риском ВГА-инфекции, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции и ее клинических проявлений: - Лица с хроническими заболеваниями печени - MSM - Лица, потребляющие наркотики - Лица с нарушением свертываемости крови - Лица с профессиональным риском заражения ВГА - Лица, старше 1 года, планирующие посещение страны, эндемичной по ВГА.	2-кратно: V1, V2 через 6-12 месяцев
Вакцина против вирусного гепатита В (инактивированная)	Иммунизация рекомендуется лицам с повышенным риском ВГВ-инфекции, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции и ее клинических проявлений: - MSM - СР - Гетеросексуалы с большим числом половых партнеров - Лица с ИППП	0-1-6 месяцы 0-1-2-6 месяцы

	<ul style="list-style-type: none"> - Партнеры и члены семей носителей ВГВ - Заключенные - Лица, находящиеся на гемодиализе - Медицинские работники <p>Иммунизацию проводят по разным схемам:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Если число лимфоцитов CD4 > 500 клеток /мкл – 3-кратно - Если число лимфоцитов CD4 от 200 до 500 клеток /мкл – 4-х кратно - Если число лимфоцитов CD4 < 200 клеток /мкл, то сначала назначается АРТ, и иммунизация проводится по результатам лечения, если число лимфоцитов CD4 становится > 200 клеток /мкл – 4-х кратно. 	
Брюшнотифозная субъединичная вакцина (Vi-полисахаридная)	<p>Рекомендуется вводить всем ЛЖВ перед выездом в страны, в которых повышен риск брюшного тифа, а также тем, кто будет тесно контактировать с носителем <i>Salmonella typhi</i>.</p> <p>Одну дозу вакцины следует ввести не менее чем за 2 недели до предполагаемого контакта.</p> <p>Рекомендуется проводить ревакцинацию каждые 3 года, а лицам с числом лимфоцитов CD4 < 200 клеток /мкл этот интервал можно сократить до 2 лет.</p>	Однократно, с ревакцинацией каждые 3 (2) года.
Вакцина против клещевого энцефалита	<p>Вакцинация рекомендуется ЛЖВ, которые собираются в эндемичные по клещевому энцефалиту районы.</p> <p>ЛЖВ с числом лимфоцитов CD4 > 400 клеток /мкл рекомендуется получить 3 дозы.</p> <p>ЛЖВ с числом лимфоцитов CD4 < 400 клеток /мкл рекомендуется получить 4 дозы.</p>	<p>V1, V2 через 4-12 недель, V3 через 9-12 месяцев</p> <p>0-1-2-(9-12) месяцев</p>
Антирабическая вакцина (культуральная)	<p>Используют для постконтактной профилактики бешенства у ЛЖВ.</p> <p>После одного курса вакцинации необходимо определить уровень нейтрализующих антител, если он < 0,5 МЕ/мл, необходимо ввести дополнительные дозы антирабической вакцины.</p>	4-5 раз в неделю в течение 4 недель
Вакцина против чумы и вакцина против сибирской язвы	<p>Рекомендуются к применению у ЛЖВ, независимо от клинических проявлений болезни на общих основаниях.</p>	Согласно наставлению

РАЗДЕЛ VI. ПОДДЕРЖКА РЕПРОДУКТИВНОГО И СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛЖВ [1-14]

1. Методы контрацепции у ЛЖВ

Рекомендации по методам контрацепции основаны на материалах ВОЗ по критериям приемлемости использования контрацептивов и практическим рекомендациям. ВИЧ-инфекция включена в руководство как один из факторов, определяющих приемлемость основных методов контрацепции (таблица. 1).

Таблица 1. Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции (ВОЗ)

Категория	Методы контрацепции	Метод допускается использовать
1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	Да, но надо взвесить преимущества и недостатки
3	Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента	Нет, но надо взвесить преимущества и недостатки
4	Использование метода абсолютно противопоказано	Нет (использовать метод не рекомендуется)

2. Медицинские критерии допустимости применения барьерных методов контрацепции (ВОЗ)

Состояние	Мужские и женские презервативы	Спермициды	Диафрагмы
Высокий риск инфицирования ВИЧ	1	4	4
ВИЧ-инфекция, стадия 1 и 2	1	3	3
ВИЧ-инфекция, стадия 3 и 4	1	3	3
АРТ (НИОТ)	1	3	3
АРТ (ННИОТ)	1	3	3
АРТ (ИП)	1	3	3
АРТ (ИИ ралтегравир)	1	3	3

3. Медицинские критерии допустимости применения комбинированных гормональных методов контрацепции (ВОЗ)

Состояние	Комбинированные оральные контрацептивы	Комбинированные инъекционные контрацептивы	Комбинированный контрацептивный пластырь и комбинированное вагинальное кольцо
Высокий риск инфицирования ВИЧ	1	1	1
ВИЧ-инфекция, стадия 1 и 2	1	1	1

ВИЧ–инфекция, стадия 3 и 4	1	1	1
АРТ (НИОТ)	1	1	1
АРТ (ННИОТ, содержащий эфавиренц и невирапин)	2	2	2
АРТ (ИП)	2	2	2
АРТ (ИИ ралтегравир)	1	1	1

4. Медицинские критерии допустимости применения контрацептивов прогестинового ряда (ВОЗ)

Состояние	Чистопрогестиновые оральные контрацептивы	Чистопрогестиновые инъекционные контрацептивы	Имплантаты
Высокий риск инфицирования ВИЧ	1	2	1
ВИЧ–инфекция, стадия 1 и 2	1	1	1
ВИЧ–инфекция, стадия 3 и 4	1	1	1
АРТ (НИОТ)	1	1	1
АРТ (ННИОТ, содержащий эфавиренц и невирапин)	2	1-ДМПА/ 2-НЭТ-ЭН**	2
АРТ (ИП)	2	1-ДМПА/2-НЭТ-ЭН**	2
АРТ (ИИ ралтегравир)	1	1	1

5. Медицинские критерии допустимости применения внутриматочных контрацептивов (ВОЗ)

Состояние	Сu (медь) – ВМК	ЛНГ-ВМК
Высокий риск инфицирования ВИЧ	2	2
ВИЧ–инфекция, стадия 1 и 2	2	2
ВИЧ–инфекция, стадия 3 и 4	2/3	2/3
АРТ (НИОТ)	2/3*	2/3*
АРТ (ННИОТ)	2/3*	2/3*
АРТ (ИП)	2/3*	2/3*
АРТ (ИИ ралтегравир)	2/3*	2/3*

6. Применение метода экстренной контрацепции

1. Левоноргестрел в дозе 1,5 мг (2 таблетки по 0,75 мг в один прием или с интервалом 12 часов). Следует принять как можно раньше после незащищенного полового акта, не позднее 120 часов после.
2. Низкодозированные мини-пили, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела, первую дозу (4 таблетки) необходимо принять как можно раньше, но не позднее чем через 120 часов после незащищенного полового акта. Вторую дозу (еще 4 таблетки) принимают через 12 часов после первой.
3. Комбинированные оральные мини-пили, содержащих 5мкг этинилэстрадиола и 250 мкг левоноргестрела. Первую дозу (2 таблетки) необходимо принять как можно раньше, но не позднее, чем через 120 часов после незащищенного полового акта. Вторую дозу (еще 2 таких же таблетки) принимают через 12 часов после первой.
4. Медьсодержащие ВМК также могут использоваться в течение 5 суток после незащищенного полового акта в качестве средства экстренной контрацепции. Если

возможно определение времени овуляции, Су-ВМК при необходимости можно вводить и позднее 5 суток после незащищенного полового акта при условии, что оно введено не позднее 5 суток после самого раннего предполагаемого срока овуляции.

5. При приеме антипрогестина мифепристона (10мг внутрь) в течение 120 часов (5 суток) после незащищенного полового акта наблюдается высокая эффективность при незначительных побочных эффектах.

7. Методы прерывания беременности

- Медикаментозные методы (медикаментозный искусственный аборт) – применение лекарственных средств для прерывания беременности (см. КП «Медикаментозный аборт в I и во II триместрах беременности» № 42 от 18.01.2017).
- Хирургические методы прерывания беременности (хирургический искусственный аборт) – применение трансцервикальных хирургических вмешательств для прерывания беременности, в том числе расширение (дилатация) канала шейки матки и эвакуация содержимого полости матки (ДиЭ), а также вакуумная аспирация (см. СОП по проведению операции мануальной/ручной вакуум аспирации (МВА/РВА) № 379 от 04.07.2014).
- В настоящее время нет данных об эффективности рекомендованных доз мифепристона и мизопростола (или гемепроста) у женщин с ВИЧ, поэтому эти препараты им назначают в тех же дозах, что и женщинам без ВИЧ.

8. Ведение цервикальных интраэпителиальных поражений и рака шейки матки у ВИЧ-положительных женщин.

- Цитологическое исследование Пап-мазков необходимо предлагать женщинам, живущим с ВИЧ, не реже 1 раза в год. Исследование проводят так же, как женщинам без ВИЧ.
- При наличии предраковых заболеваний в анамнезе цитологическое исследование Пап-мазков проводят каждые 4–6 месяцев до получения 3 нормальных результатов подряд.
- При обнаружении атипичных клеток плоского эпителия неопределенной значимости (АПНЗ) или атипичных клеток плоского эпителия, не позволяющих исключить плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести, проводят исследование для выявления генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (ПЦР).

8.1 Общие принципы ведения пациенток с ЦИН

- Тактика ведения женщин с ВИЧ, у которых обнаружена ЦИН, не отличается от таковой у женщин без ВИЧ. Несмотря на то, что АРТ иногда вызывает спонтанную регрессию ЦИН, тактика лечения пациенток, получающих и не получающих АРТ, одинакова.
- При гистологически подтвержденном диагнозе ЦИН 1 (легкая степень) рекомендуется наблюдение. Исключение составляют следующие случаи:
 - поражения персистируют в течение более 18–24 месяцев;
 - поражения эволюционируют в ЦИН 2 или наблюдается еще более тяжелая степень поражения;
 - пациентка не выполняет рекомендации по наблюдению.

8.3 Лечение цервикальных интраэпителиальных поражений (КП «Ведение больных раком и преинвазивными заболеваниями шейки матки на первичном и вторичном уровнях здравоохранения»; Руководство № 392 от 08.07.2015 «Ведение больных раком шейки матки на третичном уровне» № 29 от 22.01.2015).

- Конусовидная биопсия проводится под местной анестезией в амбулаторных условиях с использованием техники «холодного ножа» или петлевой электроэксцизии (LEEP).
- При ЦИН 2 и ЦИН 3 применяют как методы деструкции, так и иссечения измененных тканей.
- У женщин с ВИЧ, наблюдается высокая вероятность рецидива, персистенции и прогрессирования умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки (ЦИН 2 и ЦИН 3) после лечения (40–60% случаев), поэтому обследование необходимо проводить каждые 6 месяцев. При обнаружении рецидива, персистенции или прогрессирования поражений высокой степени злокачественности показано неотложное лечение.
- В отсутствие сопутствующих гинекологических заболеваний, подлежащих хирургическому лечению, гистерэктомия по поводу предраковых заболеваний шейки матки противопоказана.
- Лечение ЦИН у пациенток, получающих и не получающих АРТ, одинаково; ЦИН не является показанием к назначению или изменению схемы АРТ.

8.4 Лечение инвазивного рака

- Если число лимфоцитов CD4 <200 клеток/мкл, предпочтительно хирургическое лечение (по показаниям) или щадящая химио- или лучевая терапия.
- На поздних стадиях ВИЧ-инфекции прогноз при всех методах лечения рака шейки матки плохой. Если число лимфоцитов CD4 >200 клеток/мкл, возможно стандартное лечение.

9. Вакцинация против ВПЧ

Лицам, живущим с ВИЧ, а также женщинам старше 15 лет также рекомендуется пройти курс вакцинации против ВПЧ, при этом для обеспечения полной защиты от инфекции необходимо введение трех доз (0, через 1–2 и 6 месяцев).

РАЗДЕЛ VII. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ [1-14]

1. Ключевые определения.

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

Приверженность к АРТ - это степень, в которой прием АРВП пациентом соответствует согласованным рекомендациям врача.

Пациенты с продвинутой стадией заболевания - определяются как те, кто в момент обращения за помощью имеет количество лимфоцитов CD4 <200/мм³ или клиническую стадию заболевания 3 и 4 по классификации ВОЗ. Все дети до 5 лет считаются пациентами с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции.

Стабильные пациенты – пациенты в возрасте 18 лет и старше, которые:

- получали АРТ в течение не менее одного года, не имеют побочных эффектов АРТ, требующих постоянного мониторинга;
- не имеют беременности, не кормят грудью; не имеют активных оппортунистических заболеваний (2, 3, 4 клинические стадии ВИЧ-инфекции);
- осознают важность приверженности к лечению, и имеют доказательства успешности лечения (ВН при двух последовательных измерениях ниже 50 (или 500) копий/мл) и количество лимфоцитов CD4 выше 200 клеток/мм³.

Нестабильные пациенты - те, кто не соответствует критериям стабильного пациента.

ЛЖВ считается **потерянным для последующего наблюдения**, если срок неявки (на прием к врачу либо для получения АРВП) превышает 28 дней после запланированной даты визита. В случае, если пациент не явился на приём в течение 28 дней после запланированной даты визита, в системе электронного слежения за случаями ВИЧ следует зафиксировать остановку АРТ.

Снятие с диспансерного учета ЛЖВ (в том числе в системе электронного слежения за случаями ВИЧ) производится в следующих случаях: документально подтвержденная смерть пациента (медицинское свидетельство о смерти); документально подтвержденный факт выбытия пациента из места проживания (например, справка с айыл окмоту, домоуправления); письменный отказ пациента от диспансеризации. В остальных случаях снятие с диспансерного учета должно быть в обязательном порядке согласовано с отделом организации диспансерного наблюдения и лечения РЦ «СПИД», с предоставлением письменного извещения о причинах снятия ЛЖВ с диспансерного учета и проведенных мероприятиях по поиску ЛЖВ.

Возрастные группы: взрослый - это лицо с 18 лет; подростком считается лицо в возрасте 10–17 лет включительно; ребенком считается лицо в возрасте от одного года до 10 лет; младенец - это ребенок младше одного года.

2. Обследование ЛЖВ при первичном и последующих посещениях.

Послетестовое консультирование при ВИЧ-инфекции должно проводиться для всех ЛЖВ, включая предоставление информации по следующим вопросам:

- соблюдение конфиденциальности (Уголовный Кодекс КР, Статья 160 «Разглашение врачебной тайны») и ответственность за заражение ВИЧ других лиц (Уголовный Кодекс КР, Статья 149 «Заражение неизлечимой инфекционной болезнью»);
- раскрытие статуса перед своим половым партнером и индексное тестирование;
- преимущества быстрого начала АРТ и приверженность к АРТ;
- стратегия Н=Н (U=U) «Нельзя обнаружить = Нельзя передать» (ЛЖВ, получающие эффективную АРТ и достигшие неопределяемого уровня вирусной нагрузки, не могут передать ВИЧ половым путем);
- определение даты следующего визита.

Перечень и частота обследований

Оценка/обследование*	Частота	Примечание
Семейный анамнез	Первый визит	ССЗ, сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронические заболевания почек и печени, аутоиммунные и эндокринные заболевания и др.
Использование АРВП в прошлом	До начала или возобновления АРТ	Все АРВП, которые принимал пациент, включая ПКП/ДКП и результаты тестов на резистентность ВИЧ к АРВП.
Сопутствующая лекарственная терапия	Каждый визит	Включая биодобавки, лекарственные травы.
Наличие половых партнеров	Каждый визит	Предлагать индексное тестирование каждые 6-12 мес., если партнер не обследован или предыдущий результат тестирования на ВИЧ у партнера отрицательный, и у ЛЖВ нет вирусной супрессии или ВН неизвестна. Предлагать ДКП, если у ЛЖВ нет вирусной супрессии, или ВН неизвестна.
Оценка побочных эффектов и приверженности к АРТ	Каждый визит	Для определенной группы пациентов может понадобиться поддержка сотрудников общественных организаций и равных консультантов.
Объективный осмотр	Каждые 1-6 мес.	Каждые 1-3 мес. для нестабильных пациентов, включая детей и подростков. Каждые 3-6 мес. для стабильных пациентов.
Оценка на социальные и бытовые условия, включая курение, употребление ПАВ и алкоголя	Каждые 3-6 мес.	Перенаправить в соответствующие программы при выявлении социальных, бытовых проблем или наркотической/алкогольной зависимости.
Оценка сексуального и репродуктивного здоровья	Каждые 3-6 мес.	Безопасный секс, контрацепция, проблемы зачатия, статус партнера и раскрытие статуса, менопауза.
Оценка индекса массы тела	Каждые 6 мес.	Чаще, если есть прогрессирующее увеличение или уменьшение массы тела.
Выдача АРВП	Каждые 1-12 мес.	Стабильные пациенты - до 6 мес. Мигранты в стабильном состоянии – до 12 мес. (при условии, что каждые 12 мес. пациентами предоставляются результаты обследования, подтверждающие эффективность и безопасность АРТ - ВН, ОАК, ОАМ, АЛТ и АСТ, билирубин, креатинин). Нестабильные пациенты (в том числе мигранты) - каждые 1-3 мес. до тех пор, пока они не перейдут в категорию стабильных пациентов. Каждые 3 месяца нестабильным пациентам (в том числе мигрантам) необходимо обследоваться на ВН и предоставлять результат обследования лечащему врачу. В дальнейшем количество выдаваемых АРВП зависит от результатов обследования, подтверждающих эффективность и безопасность АРТ. В целях снижения риска развития лекарственной устойчивости ВИЧ и тяжелых побочных эффектов не рекомендуется выдавать

		АРВ-препараты сроком более, чем на 3 месяца в случае, если отсутствуют доказательства (клинические и/или лабораторные) эффективности и безопасности АРТ. См. также приказ МЗ КР № 622 от 14.08.2020 «Об утверждении стандартных операционных процедур доставки и выдачи АРВП в ОЗ и на базе сообществ».
Сопутствующие заболевания и состояния		
Заболевания почек, легких, печени, костной ткани и ССЗ	Оценка риска один раз в 1-2 года	См. КР «Лечение ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний»
Депрессия	По показаниям	Использовать стандартный опросник. Перенаправить к специалисту (семейному врачу, психиатру) при выявлении депрессии.
Оценка развития детей	Каждые 3 мес.	Оценка физического развития: масса тела, рост в любом возрасте и окружность головы (до 2-х летнего возраста). Оценка психомоторного и умственного развития. Коррекция дозы АРВП в зависимости от массы тела. Оценка и поддержка питания у детей.
Другие виды скрининга (в соответствии с действующими клиническими протоколами, при наличии доступа к обследованию и при согласовании с семейным врачом, гинекологом и др.)	Один раз в 1-3 года.	Маммография для женщин старше 40 лет. ПАП-мазок или жидкостная цитология, или тест на ДНК вируса папилломы человека для женщин, живущих половой жизнью. Ректальное исследование, анальный ПАП-мазок для MSM. УЗИ и тест на альфа-фетопротеин для пациентов с ВГВ, или с ВГС и циррозом печени.
Тест на беременность (проводится при доступности экспресс-тестов)	По показаниям	Для женщин репродуктивного возраста и девочек-подростков, не использующих эффективную контрацепцию.
Лабораторные исследования		
Вирусная нагрузка	Каждые 3-12 мес.	Перед началом АРТ, затем через 3, 6, 12 мес. Далее каждые 12 мес. стабильные, каждые 3-6 мес. нестабильные пациенты.
Тест на генотипическую резистентность	По показаниям	АРТ более 12 мес., ВН более 500-1000 копий в 2-х последовательных исследованиях при высокой приверженности к АРТ.
Количество лимфоцитов CD4	Каждые 3-6 мес.	Перед началом АРТ, затем каждые 3-6 мес. Определение процентного числа лимфоцитов CD4 у детей <6 лет. У взрослых стабильных пациентов в дальнейшем исследование можно не проводить, если CD4 > 200/мм ³ .
HLA B*57:01 (при доступности обследования)	Однократно	Перед началом АРТ с абакавиром (профилактика реакции гиперчувствительности).
ОАК, ОАМ, АЛТ/АСТ, билирубин, креатинин и рСКФ	Каждые 3-12 мес.	Кратность может быть более частой, и зависит от исходных данных, сопутствующих заболеваний и принимаемых пациентом по этому поводу лекарственных препаратов, схемы

		лечения и наличия побочных эффектов АРВП, возраста и других факторов. Для расчета рСКФ использовать стандартные формулы, например, формулу Кокрофта-Голта.
Глюкоза	Ежегодно	
Липидный профиль (при доступности обследования)	Ежегодно	
Инфекции		
Клинический скрининг на ТБ	Каждый визит	Снижение массы тела, ночная потливость, кашель, лихорадка. У детей также оценивается контакт с больным активным ТБ, плохая прибавка в массе, снижение активности (игривости).
ТБ (лучевое исследование легких)	Ежегодно	Рентгенография, флюорография и др.
ТБ - LF-LAM тест (TB-LAM)	По показаниям	В соответствии с утвержденным алгоритмом
ТБ (микроскопия мокроты, Хpert МТВ/ RIF, проба Манту и др.)	По показаниям	Проводится в соответствии с действующими клиническими протоколами, при наличии доступа к лабораторному и диагностическому обследованию и при согласовании с фтизиатром.
Клинический скрининг на ИППП	Каждые 3-6 мес.	Синдромальный подход.
Серологический скрининг на сифилис (по показаниям и при доступности обследования)	Первый визит	Далее проводить скрининг в соответствии с действующими клиническими протоколами каждый год при наличии риска (например, МСМ, СР).
Скрининг на ВГВ и ВГС - ИФА, экспресс-тесты (при доступности обследования)	Первый визит	Проводить скрининг (anti-HCV, HBsAg) в соответствии с действующими клиническими протоколами каждый год при наличии риска (например, МСМ, ЛУИН) и отсутствии вакцинации против ВГВ. В случае отрицательного результата скрининга на ВГВ - вакцинация против ВГВ (при доступности вакцины). При положительном результате скрининга оказание помощи пациенту проводится в соответствии с клиническим протоколом по сочетанной инфекции ВИЧ/ВГ.
Скрининг на антиген криптококка (при доступности обследования)	По показаниям	Если количество лимфоцитов CD4 < 100/мм ³ .
Профилактика ОИ	По показаниям	См. Приложение 7.4.
Управление данными		
Своевременный ввод данных	В день оказания услуги	Записи в медицинской карте, рабочих журналах. Ввод данных в систему электронного слежения за случаями ВИЧ и другие электронные базы данных.

**При информированном согласии ЛЖВ, часть услуг, связанных с ВИЧ, может предоставляться на базе общественных организаций, включая выдачу АРВП, ДКП и индексное тестирование (при наличии ресурсов и необходимой нормативно-правовой базы) – Приложение 7.5..*

4. Показания к АРТ

- Быстрое начало АРТ в течение **семи рабочих дней** со дня постановки диагноза ВИЧ-инфекции должно предлагаться всем ЛЖВ после подтвержденного диагноза ВИЧ-инфекции, независимо от клинической стадии заболевания и при любом количестве лимфоцитов CD4.
- АРТ необходимо назначать в тот же день (в день выявления ВИЧ-инфекции) следующим группам пациентов:
 - ЛЖВ, которые готовы начать лечение в тот же день (особенно беременные женщины с ВИЧ);
 - в случаях, когда не существует эффективной терапии ОИ (например, криптоспоририоз, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия).
- АРТ может быть отсрочена в следующих клинических ситуациях:
 - при ко-инфекции ТБ/ВИЧ - начать противотуберкулезную терапию, затем в течение первых 2-х недель лечения начать АРТ;
 - при туберкулёзном менингите (отложить АРТ на 4 недели, и начать АРТ в течение 8 недель после начала лечения ТБ);
 - криптококковый менингит (отложить АРТ на 4–6 недель от начала лечения менингита);
 - бессимптомная криптококковая антигенемия (отложить АРТ на 2 недели от начала лечения антигенемии);
 - ретинит, вызванный цитомегаловирусом (отложить АРТ на 2 недели от начала лечения ретинита);
- До начала АРТ следует приложить усилия для забора образцов крови для лабораторного исследования (в первую очередь на ВН). Однако, если провести забор крови не удалось, или результаты анализов задерживаются, для начала АРТ нет необходимости дожидаться результатов исследований на ВН, количество лимфоцитов CD4, клинических и биохимических исследований, за исключением следующих клинических ситуаций:
 - высокий риск опасных для жизни пациента лекарственных взаимодействий между АРВП и другими препаратами;
 - высокий риск тяжёлых побочных эффектов АРВП, суммирования побочных эффектов АРВП и других препаратов;
 - тяжёлое сопутствующее заболевание, лечение которого является более актуальным, чем АРТ.
- В случае, если результат ВН (образец, взятый до начала АРТ, в день начала АРТ, или в течение 10 дней после начала АРТ) окажется менее порога определения применяемых тест-систем, рекомендуется повторное обследование методом ИФА и ПЦР на ДНК ВИЧ для верификации диагноза ВИЧ-инфекции (см. приказ МЗ КР № 303 «Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике» от 28.04.2018).
- Перед началом АРТ необходимо получить письменное информированное согласие у взрослых, для ВИЧ-позитивного ребенка – у родителей или опекуна (Приложение 7.1).

5. Схемы АРТ первой линии

Предпочтительные схемы АРТ первой линии

Категории пациентов*	Предпочтительные схемы
Взрослые и подростки, включая беременных женщин с ВИЧ, ЛУИН с ВИЧ, пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, ВИЧ/ВГ	TDF или TAF + 3TC или FTC) + DTG
Дети	ABC + 3TC + DTG
Новорожденные	AZT + 3TC + RAL

Альтернативные схемы АРТ первой линии

Категории пациентов	Альтернативные схемы
Взрослые и подростки	TDF (или TAF) + 3TC (или FTC) + EFV _{400/600} ABC + 3TC + DTG
Дети	ABC + 3TC + LPV/г или RAL TAF + 3TC (или FTC) + DTG TDF (или TAF) + 3TC (или FTC) + EFV
Новорожденные	ABC + 3TC + LPV/г ABC + 3TC + RAL

Схемы АРТ первой линии в особых ситуациях

Категории пациентов	Альтернативные схемы
Взрослые и подростки	ABC + 3TC + EFV ₆₀₀ TAF + FTC + BIC DTG + 3TC
Дети	ABC + 3TC + EFV AZT + 3TC + LPV/г (или RAL)
Новорожденные	AZT + 3TC + LPV/г

Режимы дозирования АРВП у взрослых, подростков и детей

МНН	Доза
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ):	
EFV эфавиренц	600 мг или 400 мг 1 раз в сутки.
Ингибиторы протеазы (ИП)	
LPV/г лопинавир/ритонавир	400/100 мг 2 раза в сутки (масса тела более 35 кг)
DRV/г дарунавир/ритонавир	800/100 мг 1 раз в сутки, или 600/100 мг 2 раза в сутки - ЛЖВ, ранее принимавшие ИП или по крайней мере с одной мутацией, связанной с устойчивостью к дарунавиру (масса тела более 40 кг)
DRV/с дарунавир/кобицистат	800/150 мг 1 раз в сутки (масса тела более 40 кг)
ATV/г атазанавир/ритонавир	300/100 мг 1 раз в сутки (масса тела более 35 кг)
ATV/с атазанавир/кобицистат	300/150 мг 1 раз в сутки (масса тела более 35 кг)
Ингибиторы интегразы (ИИ)	
DTG долутегравир	50 мг 1 раз в сутки (масса тела более 20 кг), или 50 мг 2 раза в сутки (в случае резистентности ВИЧ к ИИ, или при одновременном приеме с рифампицином)
Комбинированные препараты в фиксированных дозировках	
ABC/3TC абакавир/ламивудин	600/300 мг 1 раз в сутки (масса тела более 25 кг)
AZT/3TC зидовудин/ламивудин	300/150 мг 2 раза в сутки (масса тела более 30 кг)
TDF/FTC тенофовир/эмтрицитабин	300/200 мг 1 раз в сутки (масса тела более 30 кг)
TDF/3TC тенофовир/ламивудин	300/300 мг 1 раз в сутки (масса тела более 30 кг)
TAF/FTC тенофовира алафенамид /эмтрицитабин	25/200 мг 1 раз в сутки (масса тела более 25 кг в комбинации с ИИ или ННИОТ, более 35 кг в комбинации с ИП)
TDF/FTC/EFV тенофовир / эмтрицитабин/эфавиренц	300/200/600 мг 1 раз в сутки (масса тела более 40 кг). 300/200/400 мг 1 раз в сутки (масса тела более 35 кг).
TDF/3TC/DTG тенофовир/ ламивудин/ долутегравир	300/300/50 мг 1 раз в сутки (масса тела более 30 кг)
ABC/3TC/DTG абакавир/ ламивудин/долутегравир	600/300/50 мг 1 раз в сутки (масса тела более 25 кг)
TAF/FTC/BIC тенофовира алафенамид/эмтрицитабин/ биктегравир	25/200/50 мг один раз в сутки (масса тела более 25 кг)
TAF/FTC/DTG тенофовира алафенамид/эмтрицитабин/ долутегравир	25/200/50 мг один раз в сутки (масса тела более 25 кг)

3ТС/DTG ламивудин/долутегравир	300/50 мг 1 раз в сутки (только взрослые пациенты)
-----------------------------------	--

Режимы дозирования в зависимости от формы выпуска АРВП

АРВП и форма выпуска	Доза в зависимости от массы тела, кг									
	3,0– 5,9		6,0– 9,9		10,0–13,9		14,0–19,9		20,0–24,9	
	утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер
EFV (таб.), 200 мг					1		1,5		1,5	
LPV/r (p-p), 80/20 мг/мл	1 мл	1 мл	1,5 мл	1,5 мл	2 мл	2 мл	2,5 мл	2,5 мл	3 мл	3 мл
LPV/r (пеллеты)*, 40/10 мг	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
ABC/3ТС (таб.), 60/30 мг	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3
ABC/3ТС (таб.), 120/60 мг	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5
AZT/3ТС (таб.), 60/30 мг	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3
RAL (жев. таб.), 100 мг	-	-	-	-	-	-	1	1	1,5	1,5
RAL (гранулы), 100 мг/пакет	2,5 мл	2,5 мл	5 мл	5 мл	8 мл	8 мл	-	-	-	-
DTG (дисп. таб.), 5 мг	1		3		4		5		-	
DTG (дисп. таб.), 10 мг	0,5		1,5		2		2,5		-	
DTG (таб.), 50 мг	-		-		-		-		1	

*Таблетки для взрослых 200/50 мг могут использоваться для детей с массой тела 14,0-24,9 кг (по 1 таблетке утром и вечером) и для детей с массой тела 25,0-34,9 кг (по 2 таблетки утром и 1 таблетка вечером).

Выбор режима для начала АРТ в зависимости от клинической ситуации

Клиническая ситуация	Рекомендация
ВН >100000 копий/мл	Избегать ABC/3ТС + EFV или ATV/r или ATV/c (высокий уровень вирусологической неудачи).
ВН >500000 копий/мл	Не назначать DTG + 3ТС.
ВГВ-инфекция (HbSAg)	Не назначать 3ТС без TDF или TAF, или другого активного в отношении ВГВ препарата (резистентность ВГВ).
Отсутствуют результаты исследования на резистентность ВИЧ.	Не назначать DTG + 3ТС.
Хроническая болезнь почек (снижение рСКФ <60 мл/мин)	Вместо TDF использовать TAF (если рСКФ > 30 мл/мин) или ABC, или DTG + 3ТС. Требуется коррекция дозы АРВП у пациентов с ХПН или у лиц, находящихся на гемодиализе. ATV может быть ассоциирован с хронической болезнью почек.
Болезни печени и цирроз	Некоторые АРВП (например, ABC, AZT, ATV, DRV) противопоказаны или могут потребовать изменения дозировки у пациентов с циррозом печени класса В и С по

	Чайлд-Пью.
Остеопороз	Вместо TDF использовать ABC или TAF.
Психиатрические заболевания	Избегать схем с EFV. Пациенты на схемах с ингибиторами интегразы должны находиться под тщательным контролем.
ВИЧ-ассоциированная деменция	Избегать схем с EFV.
Высокий риск ССЗ	Избегать схем с ABC и LPV/г.
Удлинение интервала QT	Высокие концентрации EFV могут вызывать удлинение интервала QT.
Одновременный прием препаратов, содержащих положительные катионы (Ca ⁺² , Mg ⁺² , Al ⁺² , Fe ⁺² и др.)	DTG, BIC, RAL – принимаются за 2 часа до или через 6 часов после приема препаратов, содержащих Ca ⁺² , Mg ⁺² , Al ⁺² , Fe ⁺² и другие поливалентные катионы. Допустимо принимать одновременно во время еды долутегравир и препараты, содержащие Ca ⁺² и Fe ⁺² .

Меры предосторожности при проведении АРТ

Препарат	Комментарии
ИП	В качестве ИП (ингибиторы протеазы) в схемах АРТ у взрослых и подростков могут применяться бустированные дарунавир, атазанавир или лопинавир.
ABC	Перед назначением ABC при наличии возможности провести тест на HLA-B*57:01. Консультация по поводу реакции гиперчувствительности обязательна.
ATV/r, ATV/c	С осторожностью при совместном применении с ингибиторами желудочной секреции (ингибиторы протонной помпы и блокаторы H ₂ -рецепторов). Принимать с едой.
BIC	Не рекомендуется назначать беременным.
COBI	Совместное применение с TDF не рекомендуется пациентам с рСКФ <70 мл / мин. Не рекомендуется назначать беременным.
DRV/r, DRV/c	Принимать с едой.
DTG	Взрослым женщинам и девушкам-подросткам, способным к деторождению, следует предлагать эффективную контрацепцию. Может быть назначен взрослым женщинам и девушкам-подросткам детородного возраста или способным к деторождению, желающим забеременеть или не применяющим эффективную контрацепцию, если они были полностью информированы о возможном повышении риска развития дефектов нервной трубки (с момента зачатия до окончания первого триместра) – пациенты могут применять DTG или EFV и делают выбор, будучи информированными о рисках и пользе каждой схемы лечения. Если женщина узнает, что беременна, по истечению первого триместра, следует начать терапию DTG или продолжать ее в течение беременности. У детей можно применять DTG в зарегистрированных дозах в возрастных группах и группах, выделенных по массе тела. Не рекомендуется назначать новорожденным.
EFV	Не следует проводить АРТ на основе EFV в условиях, при которых национальная оценка исходной резистентности к EFV составляет 10% или выше. EFV не следует назначать детям младше 3-х лет. Не назначать, если в анамнезе были попытки суицида или психическое заболевание. Принимать перед сном, или за 2 часа до ужина.
LPV/r	Раствор или гранулы LPV/г можно применять при начале лечения в возрасте старше двух недель. LPV/г в пеллетах не следует применять у младенцев младше 3-х месяцев
RAL	Новорожденных, начавших получать АРТ по схеме на основе RAL, следует как можно скорее переводить на LPV/г или DTG. У детей RAL следует применять в качестве альтернативной схемы только в случае недоступности твердых лекарственных форм LPV/г или DTG.
TAF	Может быть рассмотрен для назначения при доступности препарата в стране, особенно у лиц с установленным остеопорозом и/или нарушением функции почек.

	У детей можно применять в зарегистрированных дозах в качестве альтернативного НИОТ в возрастных группах и группах, выделенных по массе тела. Не рекомендуется назначать беременным.
--	---

6. Схемы АРТ второй линии

Схемы АРТ второй линии для взрослых и подростков*

Неудачная схема первой линии	Предпочтительная схема второй линии	Альтернативная схема второй линии	Особые ситуации
TDF (или TAF или ABC) + 3TC (или FTC) + DTG	AZT + 3TC + ATV/r (или ATV/c)	AZT + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + DRV/r (или DRV/c)
TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + EFV (или NVP)	AZT + 3TC + DTG	AZT + 3TC + ATV/r (или ATV/c, или LPV/r)	AZT + 3TC + DRV/r (или DRV/c)
AZT + 3TC + EFV (или NVP)	TDF (или TAF) + 3TC (или FTC) + DTG	TDF (или TAF) + 3TC (или FTC) + ATV/r (или ATV/c, или LPV/r)	TDF (или ABC) + 3TC (или FTC) + ATV/r (или ATV/c, или LPV/r или DRV/r или DRV/c)
TAF/FTC/BIC	AZT + 3TC + ATV/r (или ATV/c)	AZT + 3TC + DRV/r (или LPV/r, или DRV/c)	AZT + 3TC + DTG

*RAL + LPV/r можно применять в качестве АРТ второй линии у взрослых и подростков в отдельных ситуациях.

Схемы АРТ второй линии для детей грудного и более старшего возраста*

Неудачная схема первой линии	Предпочтительная схема второй линии	Альтернативная схема второй линии	Особые ситуации
ABC + 3TC + DTG	AZT + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + ATV/r	AZT + 3TC + DRV/r
ABC (или AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (или ABC) + 3TC + DTG	AZT (или ABC) + 3TC + RAL	
TDF (или TAF) + 3TC (или FTC) + DTG	AZT + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + ATV/r	AZT + 3TC + DRV/r
ABC (или AZT) + 3TC + EFV	AZT (или ABC) + 3TC + DTG	AZT (или ABC) + 3TC + LPV/r (или ATV/r)	AZT (или ABC) + 3TC + DRV/r
TDF (или TAF или ABC) + 3TC (или FTC) + RAL	AZT + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + ATV/r (или DRV/r)	AZT + 3TC + DTG
AZT (или ABC) + 3TC + NVP	ABC (или AZT) + 3TC + DTG	ABC (или AZT) + 3TC + LPV/r	ABC (или AZT) + 3TC + ATV/r (или DRV/r)

*ATV/r можно применять в качестве альтернативы LPV/r у детей старше 3 месяцев, но при выборе данной схемы следует учесть ограниченную доступность подходящих лекарственных форм для детей младше шести лет, отсутствие лекарственной формы с фиксированной дозой и необходимость отдельного введения ритонавира в качестве бустера. DRV не следует применять у детей младше трех лет, его необходимо комбинировать с подходящей дозой ритонавира.

Схемы АРТ третьей линии (см. КР «Лечение ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний»).

7. Оценка эффективности АРТ (см. приложение 7.2)

8. Вирусологическая неэффективность АРТ

Термин	Определение
Вирусная супрессия	ВН, равная или менее 50 (или 500) копий/мл.
Низкоуровневая вирусемия	Один или несколько поддающихся обнаружению результатов вирусной нагрузки (более 50 копий/мл), но равных или менее 1000 копий/мл.
Вирусологическая неудача	Постоянно определяемая ВН, превышающая 1000 копий/мл, по крайней мере, через шесть месяцев использования АРТ. Для подтверждения вирусологической неудачи следует провести повторное измерение ВН с интервалом в 3 месяца с усиленной поддержкой приверженности к АРТ между измерениями.
Дискордантный ответ на АРТ	Ситуация, при которой несмотря на вирусную супрессию не наблюдается устойчивого повышения количества лимфоцитов CD4. Иммунологическая эффективность АРТ зависит от: - возраста; - исходного уровня CD4; - приема некоторых ЛС (кортикостероиды, миелосупрессивная химиотерапия и др.); - сопутствующих заболеваний.

9. Мониторинг и замена препаратов в связи с побочным действием АРВП (см. Приложение 7.3).

В соответствии с Постановлением Правительства КР от 6 апреля 2011 года N 137 «Об утверждении Технического регламента «О безопасности лекарственных средств для медицинского применения» врачи всех ОЗ обязаны предоставлять в уполномоченный государственный орган КР в сфере обращения лекарственных средств информацию о любых побочных реакциях или случаях отсутствия эффективности лекарственного средства («жёлтая» карта заполняется врачом или фармацевтическим работником на бумажном носителе или онлайн), особенно в случаях, когда побочная реакция привела к замене схемы АРТ или к остановке лечения. См. <http://www.pharm.kg/ru/farmakonadzor/>. Кроме того, рекомендуется загрузить на смартфон и использовать мобильное приложение Med Safety.

10. Важнейшие взаимодействия АРВП (см. КР «Лечение ВИЧ-инфекции и коморбидных состояний»).

11. Воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ)

- ВСВИ представляет собой спектр клинических признаков и симптомов, которые ассоциируются с восстановлением иммунитета при проведении АРТ.
- Это общепризнанное явление, которое наблюдается у 10%–30% лиц, приступающих к АРТ, обычно в течение первых 4–8 недель от начала лечения.
- Низкие дозы глюкокортикоидов (20—60 мг/сутки в пересчете на преднизолон в течение 2-4 недель) позволяют смягчить клинические проявления ВСВИ.
- АРТ при возникновении ВСВИ прекращать не рекомендуется.

Бланк информированного согласия на проведение АРТ

Ф.И.О. пациента _____

Я осведомлен (а) о том, что схема АРТ: _____
 предназначена для лечения ВИЧ-инфекции и основана на рекомендациях клинического протокола по лечению ВИЧ-инфекции, утвержденного приказом МЗ и СР КР.

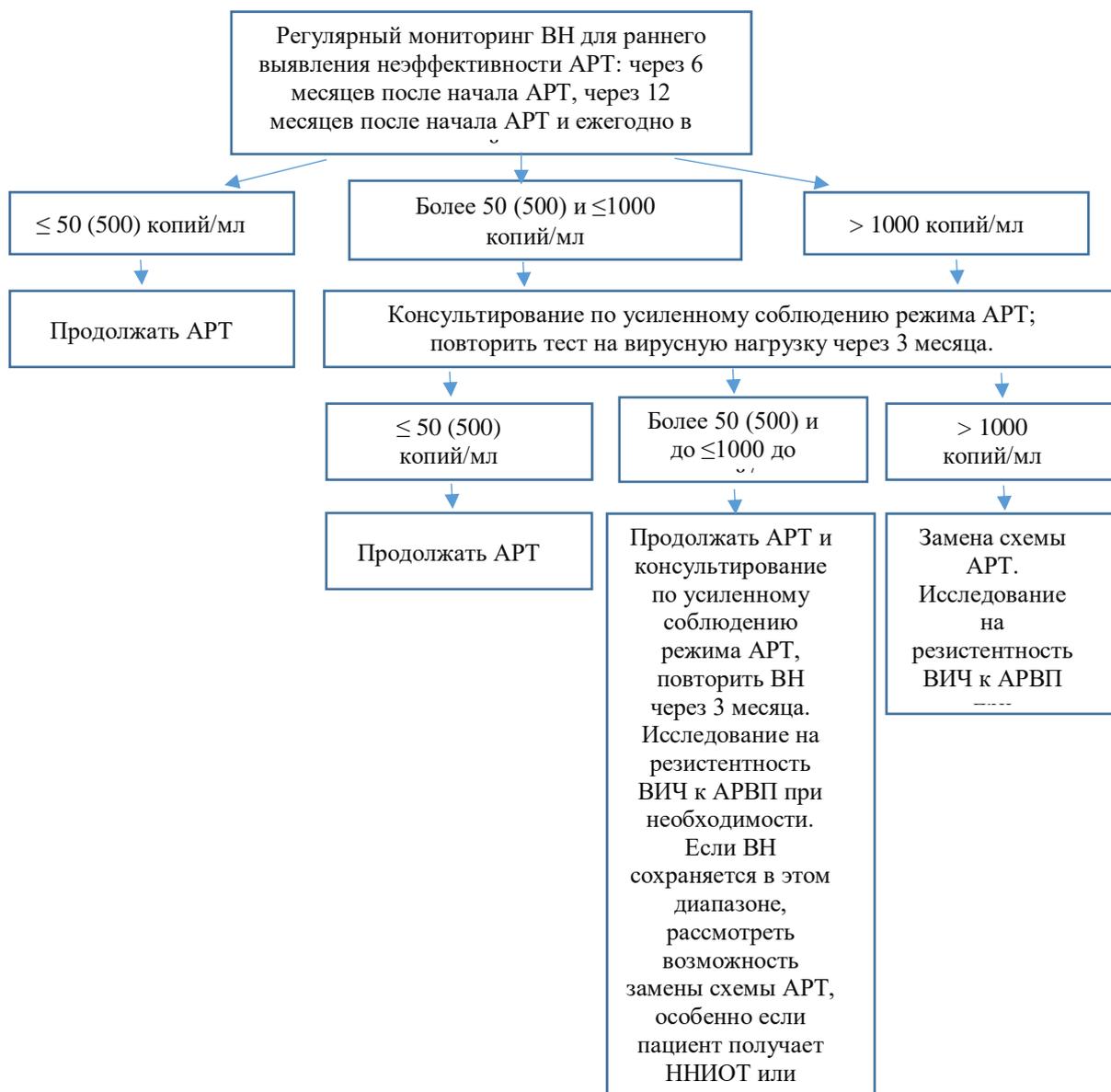
Я осведомлен (а) о том, что АРТ назначена с целью клинического, иммунологического, вирусологического и эпидемиологического эффектов.

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

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

Подпись _____ Дата _____

Алгоритм мониторинга эффективности АРТ



Общие и/или серьезные побочные эффекты, связанные с АРТ

Побочные эффекты	Класс АРВП			
	НИОТ	ННИОТ	ИП	ИИ
Опорно-двигательный аппарат	TDF: снижение минеральной плотности костей, остеопороз, ↑ риска переломов костей AZT: миопатия и рабдомиолиз			RAL и DTG: ↑ КФК, рабдомиолиз и миопатия или миозит.
Костный мозг	AZT: Анемия, нейтропения			
Сердечно-сосудистая система	ABC: Ишемическая болезнь сердца	EFV: удлинение QT	DRV/г и LPV/г: ИБС ATV/г и LPV/г: удлинение PR, изменение сердечного ритма	
ЖКТ	AZT чаще, чем другие НИОТ: тошнота и рвота		LPV/г > DRV/г и ATV/г: тошнота и диарея. COBI: Тошнота и диарея	RAL и DTG: тошнота
Кожные покровы, включая синдром Стивенса-Джонсона/токсический эпидермальный некролиз	FTC: гиперпигментация кожи AZT: гиперпигментация ногтей ABC: сыпь	Все ННИОТ: сыпь NVP > EFV: ССД/ТЭН	Все ИП: сыпь DRV, LPV и ATV: имеются отдельные сообщения о ССД/ТЭН	Все ИИ: сыпь RAL: ССД/ТЭН
Гепатотоксичность	AZT: стеатоз В случае отмены TAF, TDF, 3ТС и FTC у пациентов с ВГВ/ВИЧ или в случае резистентности ВГВ к этим АРВП может развиваться тяжелое обострение ВГВ.	EFV: повышение активности трансаминаз и гепатит, в том числе фульминантный. NVP: тяжелая гепатотоксичность. Риск выше для женщин с количеством CD4 > 250 кл/мм ³ и для мужчин с количеством CD4 > 400 кл/мм ³ . EFV и NVP не рекомендуются пациентам с печеночной недостаточностью (класс В или С по Чайлд-Пью).	Все ИП: имеются сообщения о лекарственном гепатите и печеночной декомпенсации. ATV/г: непрямая гипербилирубинемия и желтуха без повреждения гепатоцитов, холелитиаз	DTG: гепатит у пациентов с ВГС или ВГВ
Мочеполовая система	TDF: ↓ рСКФ, протеинурия, гипофосфатемия, потеря фосфата мочой, глюкозурия, гипокалиемия и метаболический ацидоз без анионного		ATV/г и LPV/г: ↓ рСКФ ATV/г и DRV/г: нефролитиаз COBI: ↓ рСКФ без снижения гломерулярной функции почек.	DTG, BIC: ↓ рСКФ без снижения гломерулярно

	разрыва. Одновременное использование TDF со схемами, содержащими RTV, увеличивает риск. TAF: меньшее влияние на функцию почек, чем TDF.			й функции почек.
Нервная система	AZT: периферическая нейропатия	EFV: расстройство сна, головокружение, головная боль, нарушение концентрации внимания, депрессия, психоз и суицидальные мысли. В большинстве случаев эти побочные эффекты проходят сами по себе через 2-4 недели и не требуется прекращения приема препарата. К факторам риска относятся наличие психиатрических заболеваний, одновременный прием препаратов с психоневрологическим эффектом и повышение концентрации EFV из-за генетических факторов или повышенной абсорбции с пищей.		Все ИИ: расстройство сна, головная боль, депрессия и суицидальные мысли
Масса тела и жировые отложения	AZT: липоатрофия TAF: увеличение массы тела	EFV: гинекомастия EFV: липогипертрофия (возможно)	Все ИИ: липогипертрофия (возможно)	Все ИИ: увеличение массы тела
Реакция гиперчувствительности	ABC: противопоказан пациентам с HLA-B*5701.	NVP: риск выше у женщин, не получавших APB с CD4 > 250 кл/мм ³ и у мужчин с CD4 > 400 кл/мм ³ .		DTG и RAL
Метаболизм	AZT и другие НИОТ: дислипидемия AZT: гиперлактатемия AZT: СД и резистентность к инсулину	EFV: дислипидемия EFV: ↓ 25(ОН) витамин D в плазме	LPV/r > DRV/r и ATV/r: дислипидемия COBI: дислипидемия LPV/r: СД и резистентность к инсулину	

Первичная профилактическая терапия ОИ

ОИ	Показания	Препараты выбора	Примечания
Профилактика ко-тримоксазолом (взрослые)	Количество лимфоцитов CD4 <200 клеток /мм ³ или Активный туберкулёз	ТМП/СМК (котримоксазол) 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 1 раз в сутки Альтернативный режим ТМП/СМК 80/400 мг 1 таблетка внутрь 1 раз в сутки, или ТМП/СМК 80/400 мг по 2 таблетки внутрь 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница)	Профилактика может быть прекращена у стабильных пациентов (количество лимфоцитов CD4 >200 клеток /мм ³ в течение 3-6 месяцев) У пациентов с ТБ/ВИЧ профилактика должна проводиться как минимум на протяжении всего курса лечения ТБ.
Профилактика ко-тримоксазолом (подростки и дети)	Все пациенты до 5 лет. Все пациенты 5 лет и старше, если количество лимфоцитов CD4 <200 клеток /мм ³ .	См. таблицу ниже	Профилактика может быть прекращена у детей старше 5 лет, клинически стабильных, при наличии признаков вирусной супрессии и количестве лимфоцитов CD4 >200 клеток /мм ³ в течение 3-6 месяцев.
Профилактика флуконазолом (взрослые и подростки). Профилактика флуконазолом детям не рекомендована.	Положительный результат скрининга на криптококковый антиген среди людей с числом CD4 <100 клеток/мм ³ (если люмбальная пункция отрицательна, или если люмбальная пункция исключает криптококковый менингит). Если скрининг на криптококковый антиген недоступен, первичная профилактика флуконазолом показана взрослым и подросткам с ВИЧ, у которых число лимфоцитов CD4 <100 клеток/мм ³	Флуконазол 800 мг/день в течение двух недель, затем 400 мг/день в течение восьми недель и продолжение поддерживающей терапии флуконазолом 200 мг/день. Доза флуконазола у подростков 6-12 мг/кг в сутки до (до 800-400-200 мг в сутки).	Профилактика может быть прекращена у стабильных пациентов с вирусной супрессией (количество лимфоцитов CD4 >100 клеток /мм ³ в течение 3-6 месяцев)

Атипичный микобактериоз (взрослые и подростки)	Количество лимфоцитов CD4 <50/мм ³ (не рекомендуется, если пациент сразу начинает АРТ)	Азитромицин, 1200 мг внутрь 1 раз в неделю или кларитромицин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки. Доза препаратов у подростков зависит от массы тела.	Профилактика может быть прекращена у стабильных пациентов с вирусной супрессией (количество лимфоцитов CD4 >100 клеток /мм ³ в течение 3-6 месяцев).
Атипичный микобактериоз (дети)	Количество лимфоцитов CD4: Дети <1 года: <750/мм ³ Дети от 1 до 2 лет: <500/мм ³ Дети от 2 до 6 лет: <75/мм ³ Дети ≥6 лет: <50/мм ³	Кларитромицин 7,5 мг/кг (макс. 500 мг) внутрь 2 раза в сутки, или азитромицин 20 мг/кг (макс. 1200 мг) внутрь 1 раз в неделю.	Не рекомендуется прекращать лечение в возрасте до 2 лет. После ≥6 месяцев АРТ: Детям от 2 до 6 лет при CD4 >200 клеток/мм ³ в течение 3 месяцев; Детям ≥6 лет при CD4 >100 клеток/мм ³ в течение 3 месяцев.

Лекарственные формы и дозы ТМП/СМК для детей

Форма выпуска	Количество таблеток или миллилитров в зависимости от массы тела для приема один раз в сутки					Содержание действующего вещества в таблетке для взрослых (мг)	Количество таблеток в зависимости от массы тела
	3,0–5,9	6,0–9,9	10,0–13,9	14,0–19,9	20,0–24,9		
Суспензия 200/40 на 5 мл	2,5 мл	5 мл	5 мл	10 мл	10 мл	-	-
Таблетки 100/20 мг	1	2	2	4	4	-	-
Таблетки 400/80 мг	-	0,5	0,5	1	1	400/80 мг	2
Таблетки 800/160 мг	-	-	-	0,5	0,5	800/160 мг	1

Алгоритм взаимодействия медицинских специалистов и сотрудников общественных организаций по предоставлению услуг по АРТ.

Цель:

1. Улучшение показателей по охвату антиретровирусной терапией и вирусной супрессии.
2. Повышение эффективности взаимодействия организаций здравоохранения (далее ОЗ) и неправительственных организаций (далее НПО) в сфере лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, в том числе при АРТ.

Данный алгоритм должен являться приложением к документу по сотрудничеству (меморандум, договор, соглашение и др.), подписываемого между ОЗ и НПО, и включающего в себя, в том числе, пункты о соблюдении конфиденциальности информации о пациентах сотрудниками данных организаций.

	Мероприятие	Краткое описание	Срок	Ответственные сотрудники
1	Ввод данных в информационную систему (далее ИС) на всех клиентов, получающих услуги НПО.	Ввод данных в ИС (раздел «равный-равному») проводит врач/медсестра на основе предоставленных сотрудником НПО документов (оригиналов или копий), которые подтверждают согласие ЛЖВ получать услуги НПО. Ввод данных на ЛЖВ, выбывших из программы оказания услуг НПО.	По мере необходимости, но не менее 1 раза в квартал.	Врач/медсестра ОЗ, сотрудник НПО
2	Информирование ЛЖВ об услугах НПО, вовлечение в программу.	- НПО предоставляет в ОЗ информацию для пациентов с перечнем услуг и контактными данными сотрудников (постер, брошюра, визитка и т. п.) - Врачи и медсестры ОЗ информируют всех ЛЖВ о возможности получения услуг на базе НПО. - После получения устного согласия от ЛЖВ, медсестра или врач в присутствии пациента связывается с сотрудником НПО и договаривается с ним и пациентом о времени их встречи. По мере возможности, первая встреча проходит в ОЗ. - При первой встрече ЛЖВ подписывает документ (договор, соглашение и т.п.), подтверждающий согласие на предоставление услуг НПО.	На постоянной основе.	Врач и медсестра ОЗ, сотрудник НПО
3	Распределение услуг для ЛЖВ.	Врач/медсестра извлекает из ИС обезличенные списки ЛЖВ (согласившихся получать услуги в НПО) в соответствии с формой по обмену данными* и передает их в НПО для дальнейшей работы (списки зависят от перечня услуг, которые предоставляет НПО): - начало или возобновление АРТ; - ЛЖВ, пропустившие получение АРВ-препаратов более, чем на 7 дней; - ЛЖВ, нуждающиеся в обследовании на ВН в соответствии с клиническим протоколом; - ЛЖВ, получающие АРТ более 6 месяцев и не имеющие вирусной	До 5 числа каждого месяца ежемесячно ежемесячно ежеквартально ежеквартально	Врач/медсестра ОЗ

		супрессии (результат не раньше 3-х месяцев от начала АРТ).		
4	Предоставление услуг для ЛЖВ.	Проведение работы согласно полученным спискам по приоритетности.	В течение месяца	Сотрудник НПО
5	Мониторинг эффективности работы.	Проводится встреча сотрудников ОЗ и НПО (возможно обсуждение в формате видео- или аудио связи) для: - верификации УИК и других персональных данных клиентов; - обсуждения результатов работы по ранее переданным спискам; - обсуждение согласованного плана работы по каждому ЛЖВ.	По согласованию, но не реже 1 раза в месяц	Врач ОЗ, сотрудник НПО
6	Мониторинг заполнения раздела «Равный-равному» в ИС.	Сотрудник Проекта донорской организации (или НПО) предоставляет в РЦ СПИД список ЛЖВ, получающих услуги НПО (УИК и/или номер и дата ИФА).	До 15 числа, месяца, следующего за отчетным кварталом	Сотрудник Проекта донорской организации (или НПО)
		Сотрудники отдела МиО РЦ СПИД верифицируют список ЛЖВ, получающих услуги НПО, между ИС и предоставленными списками. Предоставление обратной связи.	До 25 числа, месяца, следующего за отчетным кварталом	Заведующий отделом МиО РЦ СПИД

***Форма обмена данными по АРТ**

Поля с 1 по 9 заполняются сотрудником ОЗ, поля с 10 по 12 – сотрудником НПО.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Номер ИФА	Дата ИФА	УИК	Дата начала АРТ впервые в жизни	Последняя дата возобновления АРТ	Дата ВН на момент отчета	Результат ВН на момент отчета	Причина переноса клиента в НПО (1, 2, 3, 4)	Дата переноса в НПО	Принимает ли АРТ на конец отчетного периода (ДА/НЕТ)	Принимает ли результат работы	Сотрудник НПО, предоставивший услугу

1 – начало/возобновление АРТ; 2 выдача АРВ-препаратов; 3 – обследование на ВН; 4 – достижение вирусной супрессии.