

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Рекомендации в настоящем руководстве подразделяются следующим образом.

Существующая рекомендация (не изменилась в 2016 году)

Рекомендация была опубликована в предшествующем руководстве ВОЗ. Рекомендация содержит указание на источник сведений. Эти рекомендации не были пересмотрены или изменены в 2015 году. Доказательная база этих рекомендаций включена в документ-первоисточник.

Существующая рекомендация (пересмотрена и обновлена в 2016 году)

Рекомендация была опубликована в предшествующем руководстве ВОЗ, доказательства в пользу этой рекомендации были пересмотрены для данного издания. В дополнительных интернет-приложениях к данному руководству представлены доказательства этой рекомендации. В тех случаях, когда изменена «сила» рекомендации, это отмечено в соответствующей главе.

НОВОЕ

Новая рекомендация (2016)

Рекомендация новая и опубликована в данном руководстве впервые. Эти рекомендации касаются новых тематических областей или заменяют предшествующие рекомендации. В дополнительных интернет-приложениях к данному руководству представлены доказательства в пользу этой рекомендации.

В таблице ниже перечислены все рекомендации, включенные в настоящее руководство, с указанием силы рекомендации и качества доказательств.

Глава	Рекомендация
2 ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
2.2 Повторное тестирование перед началом лечения	
ВОЗ напоминает исполнителям национальных программ о необходимости повторного тестирования всех лиц, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые. Информационная записка ВОЗ от 22 октября 2014 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/retest-newly-diagnosed-plhiv-full/en/)	
	Повторно выполните тесты у всех ВИЧ-положительных, используя второй образец и привлекая второго лаборанта при том же методе и алгоритме тестирования, перед привлечением к лечению и/или началом АРТ, вне зависимости начала АРТ от количества клеток CD4.
	Повторное тестирование получающих АРТ не рекомендуется из-за опасности неправильного диагноза, особенно при диагностике <i>in vitro</i> с использованием образцов слюны.
2.3 Службы предварительного и последующего тестирования	
Руководство по информированию о диагнозе ВИЧ-инфекции у детей до 12 лет. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/)	
	Следует принимать меры по защите личной информации и установлению правил, законов и норм, предотвращающих дискриминацию и обеспечивающих права людей, живущих с ВИЧ. Это позволит создать условия для облегчения раскрытия сведений о ВИЧ-статусе (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).
2.4 Принципы и подходы к предоставлению услуг	
Сводное руководство по услугам ВИЧ-тестирования. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/)	
Руководство по ВИЧ-тестированию по инициативе медицинского работника и консультированию в учреждениях здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/).	
2.4.1 Повышение качества и эффективности	Непрофессиональные медицинские работники, прошедшие специальную подготовку, под контролем специалистов могут проводить безопасное и эффективное ВИЧ-тестирование самостоятельно с использованием тестов экспресс-диагностики (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
2.4.2 Подходы к ВИЧ-тестированию	<i>Генерализованная эпидемия ВИЧ</i> <p>Всем обратившимся в любые службы (включая службы инфекций, передающихся половым путем (ИППП), вирусного гепатита, туберкулеза (ТБ), медицинского обслуживания детей в возрасте до 5 лет, иммунизации, расстройств питания, антенатального наблюдения и все службы для ключевых групп населения) следует предоставлять возможность ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинского работника (РІТС) как результативного и экономичного способа выявления ВИЧ-инфицированных.</p>
Службы ВИЧ-тестирования на базе учреждений здравоохранения и ВИЧ-тестирование и консультирование по инициативе медицинского работника (РІТС)	<i>Концентрированная эпидемия ВИЧ-инфекции</i> <p>РІТС следует предлагать всем обратившимся (взрослым, детям и подросткам) в медицинское учреждение с возможными симптомами или признаками ВИЧ-инфекции, включая предполагаемые и подтвержденные случаи туберкулеза.</p>
	<i>Независимо от типа эпидемии</i> <p>РІТС следует предусмотреть в клиниках расстройств питания, ИППП, службах противодействия гепатиту и туберкулезу, службах антенатального ухода и медицинских учреждениях для ключевых групп населения.</p>
	Что касается туберкулеза, то тестирование на ВИЧ следует предлагать во всех случаях предполагаемого или установленного диагноза туберкулеза; партнерам ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ следует предложить добровольное обследование на ВИЧ-инфекцию (НТС) с поддержкой взаимного информирования (сильная рекомендация, низкое качество доказательств в соответствии с рекомендациями для партнеров лиц, живущих с ВИЧ); программы ТБ-контроля должны предусматривать НТС в своей обычной деятельности при оказании стандартных услуг.
Службы ВИЧ-тестирования на местном уровне	<i>Генерализованная эпидемия ВИЧ</i> <p>ВОЗ рекомендует проводить ВИЧ-тестирование на местном уровне во взаимодействии со службами профилактики, лечения и медицинского обслуживания, помимо стандартного РІТС, для всех групп населения, особенно ключевых (сильная рекомендация, низкий уровень качества доказательств).</p>

Глава	Рекомендация
	<p><i>Концентрированная эпидемия ВИЧ</i></p> <p>ВОЗ рекомендует ВИЧ-тестирование на местном уровне во взаимодействии со службами профилактики, лечения и медицинского обслуживания, в дополнение к РИТС для ключевых групп населения (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
<p>2.5 Диагностика ВИЧ-инфекции у детей и младенцев</p> <p>Сводное руководство по услугам ВИЧ-тестирования. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/)</p> <p>Дополнение к сводному руководству от 2013 года по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en)</p> <p>Рекомендации ВОЗ по диагностике ВИЧ-инфекции у детей и младенцев. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/diagnosis/en).</p>	
<p>2.5.1 Обзор</p>	<p>Настоятельно рекомендуются для клинического диагностического тестирования серологические тесты на ВИЧ-инфекцию с минимальной чувствительностью 99% и специфичностью 98% в условиях лаборатории с обеспечением качества (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Настоятельно рекомендуются для клинического диагностического тестирования (обычно в возрасте 6 недель и старше) вирусологические тесты на ВИЧ-инфекцию с минимальной чувствительностью 95% (лучше > 98%) и специфичностью 98% и выше в стандартизированных и валидированных условиях лаборатории с обеспечением надлежащего качества (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Для диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев и детей до 18-месячного возраста настоятельно рекомендуется вирусологическое тестирование на ВИЧ-инфекцию (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>У младенцев и детей, проходящих вирусологическое тестирование, настоятельно рекомендуется использовать перечисленные ниже тесты (и соответствующие типы образцов): ДНК ВИЧ в образце цельной крови или в сухом мазке крови; РНК ВИЧ в плазме или сухом мазке крови; антиген Us p24 в плазме или сухом мазке крови (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Настоятельно рекомендуется у всех младенцев, контактировавших с ВИЧ-инфекцией, проводить вирусологическое тестирование на ВИЧ-инфекцию в возрасте 4-6 недель или позднее при первой же возможности (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>У младенцев с первоначальным положительным результатом вирусологического тестирования настоятельно рекомендуется начинать АРТ без промедления, одновременно взяв второй образец для подтверждения первоначального положительного результата. Нельзя откладывать начало АРТ. Немедленно начатая АРТ сохраняет жизнь, поэтому не следует ждать результатов подтверждающего теста (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Настоятельно рекомендуется передавать в клинику и ребенку/матери/лицу, осуществляющему уход, результаты вирусологического тестирования как можно скорее, не позднее четырех недель с момента забора образца. Необходимо оперативно передавать положительные результаты тестирования пар «мать-ребенок», чтобы быстрее начать АРТ (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Всем младенцам с неизвестным или не уточненным статусом ВИЧ-экспозиции в учреждении здравоохранения в момент рождения или вскоре после рождения, или при первом постнатальном визите (обычно в возрасте 4-6 недель), или при любом другом посещении ребенка настоятельно рекомендуется проверить статус ВИЧ-экспозиции (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Всем младенцам, контактировавшим с ВИЧ-инфекцией, при условии хорошего самочувствия настоятельно рекомендуется пройти серологическое ВИЧ-тестирование приблизительно в возрасте 9 месяцев (или во время последнего визита вакцинации). Младенцы с реактивным результатом серологического анализа в возрасте около 9 месяцев должны пройти вирусологическое тестирование на ВИЧ-инфекцию и потребность в АРТ (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
	<p>Младенцам с признаками или симптомами ВИЧ-инфекции настоятельно рекомендуется пройти серологическое тестирование на ВИЧ, а при положительном результате анализа (реактивном) — вирусологическое тестирование (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Детям (в возрасте 18 месяцев и старше) с подозрением на ВИЧ-инфекцию или контактировавшим с ВИЧ настоятельно рекомендуется серологическое тестирование на ВИЧ-инфекцию в соответствии со стандартным диагностическим алгоритмом серологического ВИЧ-тестирования у взрослых (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p>

Глава	Рекомендация
<p>НОВОЕ</p> <p>2.5.2 Сроки вирусологического тестирования</p>	<p>Можно рассмотреть возможность добавления теста нуклеиновых кислот (НАТ) при рождении к существующему методу диагностического тестирования у детей раннего возраста (EID) для выявления ВИЧ-инфекции у детей, контактировавших с ВИЧ (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
<p>НОВОЕ</p> <p>2.5.3 Методы диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев и детей в месте оказания помощи</p>	<p>Методы исследования нуклеиновых кислот (НАТ) разработаны и валидированы для использования в месте оказания помощи или недалеко от него подходят для раннего ВИЧ-тестирования у младенцев (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Экспресс-тесты для серологической диагностики ВИЧ подходят для оценки экспозиции ВИЧ только у младенцев до 4-месячного возраста. Статус экспозиции ВИЧ у младенцев и детей в возрасте 4-18 месяцев следует подтверждать серологическими тестами на ВИЧ-инфекцию у матери (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Экспресс-метод серологической диагностики ВИЧ можно использовать в возрасте 9 месяцев для исключения ВИЧ-инфекции у бессимптомных младенцев, контактировавших с ВИЧ (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Экспресс-метод серологической ВИЧ-диагностики можно использовать для установления диагноза ВИЧ-инфекции у детей старше 18 месяцев в соответствии с национальной стратегией тестирования (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>
<p>НОВОЕ</p> <p>2.5.4 ВИЧ-тестирование и консультирование по инициативе медицинского работника у младенцев и детей</p>	<p>В условиях генерализованной эпидемии младенцы и дети с неизвестным ВИЧ-статусом, которые госпитализированы в стационар или амбулаторно наблюдаются в клиниках расстройств питания, должны пройти стандартное тестирование на ВИЧ (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>В условиях генерализованной эпидемии младенцам и детям с неизвестным ВИЧ-статусом должна быть предоставлена возможность ВИЧ-тестирования амбулаторно или в прививочных пунктах (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
<p>2.6 Другие приоритетные группы населения</p> <p>Сводное руководство по услугам ВИЧ-тестирования. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/)</p> <p>Руководство по ВИЧ-тестированию, консультированию и медицинскому обслуживанию подростков, живущих с ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en)</p> <p>Руководство по ВИЧ-тестированию и консультированию для пар, включая антиретровирусную терапию для лечения и профилактики у серодискордантных пар. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/index.html)</p> <p>Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению ВИЧ-инфекции и медицинскому обслуживанию ключевых групп населения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en)</p>	
<p>2.6.1 Подростки</p>	<p>Подросткам из ключевых групп населения при любых условиях должен быть предоставлен доступ к услугам ВИЧ-тестирования и преемственной программе профилактики, лечения и медицинского обслуживания (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>Подросткам с ВИЧ-инфекцией следует разъяснить возможные преимущества и риски разглашения своего ВИЧ-статуса. Следует помочь им в выборе того, когда, как и кому раскрыть (или не раскрывать) эту информацию (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p><i>Генерализованная эпидемия ВИЧ</i></p> <p>Всем подросткам в условиях генерализованной эпидемии следует предложить ВИЧ-тестирование с преемственной программой профилактики, лечения и медицинского обслуживания (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p><i>Концентрированная эпидемия ВИЧ</i></p> <p>Подросткам в условиях концентрированной или неактивной эпидемии должны быть доступны услуги ВИЧ-тестирования с преемственной программой профилактики, лечения и медицинского обслуживания (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>
<p>2.6.2 Беременные женщины</p>	<p><i>Высокая распространенность инфекции</i></p> <p>Следует предусмотреть РИТС для женщин в качестве стандартного компонента медицинского обслуживания во всех системах антенатального обслуживания, родильных, послеродовых отделениях и педиатрических учреждениях. В условиях распространенного грудного</p>

Глава	Рекомендация
	<p>вскармливания лактирующие серонегативные матери должны периодически проходить повторное тестирование на всем протяжении периода грудного вскармливания.</p> <p>Все ВИЧ-негативные беременные женщины должны пройти повторное тестирование в третьем триместре, после родов и/или во время родов, что связано с высоким риском заражения ВИЧ во время беременности.</p> <p><i>Низкая распространенность ВИЧ-инфекции</i></p> <p>Беременным женщинам, наблюдающимся в условиях рододовой клиники, можно предоставить возможность РИТС как ключевого компонента мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку; • объединению тестирования на ВИЧ с другими ключевыми тестами (на вирусный гепатит, сифилис и т.д.), в соответствии с условиями; • повторному тестированию ВИЧ-негативных беременных женщин из серодискордантных пар, относящихся к ключевым группам населения или с постоянным риском заражения ВИЧ.
2.6.3 Пары и партнеры	<p>Парам и партнерам необходимо предложить добровольное обследование на ВИЧ, а также рекомендовать взаимное раскрытие результатов тестирования. Это относится также к парам и партнерам из ключевых групп населения (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>При антенатальном наблюдении парам и партнерам необходимо предложить добровольное обследование на ВИЧ-инфекцию, а также рекомендовать взаимное раскрытие результатов тестирования (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Обследование на ВИЧ-инфекцию для пар и партнеров с поддержкой взаимного раскрытия результатов тестирования следует предлагать людям с известным ВИЧ-статусом и их партнерам (сильная рекомендация, низкое качество доказательств для всех живущих с ВИЧ во всех эпидемических условиях; условная рекомендация, низкое качество доказательств для ВИЧ-отрицательных в зависимости от распространенности ВИЧ-инфекции в конкретной стране).</p>
2.6.5 Ключевые группы населения	<p>Обследование на ВИЧ-инфекцию следует предлагать во всех ключевых группах сообщества, в закрытых коллективах, таких как тюрьмы, и в условиях специальных учреждений.</p> <p>Помимо стандартных услуг ВИЧ-тестирования на базе учреждений, в любых условиях рекомендуется предлагать ВИЧ-тестирование на уровне местной системы здравоохранения для ключевых групп населения с преемственной программой профилактики, лечения и медицинского обслуживания (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
<p>2.7 Диагностика</p> <p>Сводное руководство по услугам ВИЧ-тестирования. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/)</p> <p>Обновленное техническое руководство по обеспечению качества диагностических экспресс-тестов на ВИЧ-инфекцию. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181244/1/WHO_HIV_2015.28_eng.pdf?ua=1&ua=1).</p>	
	<p><i>Высокая распространенность инфекции</i></p> <p>При распространенности ВИЧ-инфекции более 5% в тестируемой популяции ВИЧ-положительными следует считать всех людей с двумя реактивными результатами тестирования подряд.</p> <p>При расхождении результатов анализа, когда 1-й анализ реактивный, 2-й неактивный, а 3-й реактивный, результаты следует считать спорными и предложить обследуемому пройти повторное тестирование через 14 дней.</p> <p>При расхождении результатов анализа, когда 1-й анализ реактивный, 2-й неактивный, 3-й неактивный, окончательный результат следует считать ВИЧ-отрицательным.</p> <p><i>Низкая распространенность ВИЧ-инфекции</i></p> <p>При распространенности ВИЧ-инфекции ниже 5% в тестируемой популяции ВИЧ-положительными следует считать всех людей с тремя реактивными результатами тестирования подряд.</p> <p>При расхождении результатов анализа, когда 1-й анализ реактивный, а 2-й неактивный, окончательный результат следует считать ВИЧ-отрицательным. Однако при таких же результатах, если 1-й анализ относится к тестам четвертого поколения (антитело/антиген [Ат/Аг]), а 2-й анализ</p>

Глава	Рекомендация
	<p>основывается только на антителах, результат следует считать спорным и выполнить повторное тестирование через 14 дней.</p> <p>Если 1-й анализ реактивный, 2-й реактивный, а 3-й неактивный, результат следует считать недостоверным и предложить обследуемому пройти повторное тестирование через 14 дней.</p> <p><i>Все эпидемические ситуации</i></p> <p>При ВИЧ-тестировании можно использовать комбинации экспресс-тестов или сочетать экспресс-тест/иммуноферментный анализ (ИФА)/дополнительные тесты вместо комбинации ИФА/вестерн-блот.</p>
<p>3. КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО: АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</p>	
<p>3.1 Пероральная доконтактная профилактика заражения ВИЧ</p>	
<p>НОВОЕ</p>	<p>Пероральную доконтактную профилактику (ДКП) на основе TDF следует предлагать как дополнительную меру профилактики лицам с существенным риском¹ ВИЧ-инфицирования в рамках комбинированного подхода к профилактике ВИЧ-инфекции (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p>
<p>3.2 Послеконтактная профилактика</p>	
<p>Руководство по послеконтактной профилактике ВИЧ-инфекции и профилактике ВИЧ-ассоциированных инфекций с помощью ко-тримоксазола у взрослых, подростков и детей: рекомендации для системы общественного здравоохранения - дополнение от декабря 2014 г. к сводному руководству от 2013 г. по применению антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en)</p>	
	<p>Схема послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции двумя препаратами эффективна, однако лучше использовать три препарата (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>АРВ-схемы послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции для взрослых и подростков:</p> <p>TDF + 3ТС (или FTC) рекомендуется в качестве предпочтительной базовой² схемы послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>LPV/г или ATV/г рекомендуются в качестве предпочтительного третьего препарата для послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств). По возможности в качестве альтернативных вариантов можно рассмотреть использование RAL, DRV/г или EFV.</p> <p>АРВ-схемы послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции для детей ≤10 лет:</p> <p>AZT + 3ТС рекомендуется в качестве предпочтительной базовой схемы для послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у детей 10 лет и младше. ABC + 3ТС или TDF + 3ТС (или FTC) можно рассматривать в качестве альтернативных схем (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>LPV/г рекомендуется в качестве предпочтительного третьего препарата для послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции у детей до 10 лет (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств). Альтернативная схема с учетом возраста может включать ATV/г, RAL, DRV, EFV или NVP.³</p> <p><i>Практика врачебных назначений</i></p> <p>Для послеконтактной профилактики ВИЧ-инфекции после первичной оценки риска следует выписать рецепт на весь 28-дневный курс антиретровирусных препаратов (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Всех лиц, начинающих послеконтактную профилактику ВИЧ-инфекции, рекомендуется проконсультировать на предмет приверженности лечению⁴ (условная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>

¹ Согласно временному определению, существенный риск подразумевает заболеваемость ВИЧ-инфекцией выше 3 на 100 человеко-лет при отсутствии ДКП.

² Базовая схема подразумевает использование двух НИОТ в схеме АРТ (обычно включающей 3 АРВ-препарата).

³ Не следует использовать NVP у детей старше двух лет.

⁴ Консультирование по повышению приверженности включает оценку исходных потребностей человека, рекомендации по повышению приверженности лечению, сеансы обучения и последующие телефонные звонки.

Глава	Рекомендация
4. КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО: АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	
4.3 Когда начинать АРТ	
НОВОЕ 4.3.1 Когда начинать АРТ у взрослых (>19 лет)	АРТ следует начинать у всех взрослых людей, живущих с ВИЧ, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и при любом количестве клеток CD4 (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
	В первую очередь следует начинать АРТ у всех взрослых с тяжелой или продвинутой клинической ВИЧ-инфекцией (клиническая стадия 3-4 по классификации ВОЗ) и у взрослых с количеством клеток CD4 ≤ 350 клеток/мм ³ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
НОВОЕ 4.3.2 Когда начинать АРТ у беременных и кормящих женщин	АРТ следует начинать у всех живущих с ВИЧ беременных и кормящих женщин, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и при любом количестве клеток CD4, и продолжать лечение пожизненно (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
НОВОЕ 4.3.3 Когда начинать АРТ у подростков (10-19 лет)	АРТ следует начинать у всех живущих с ВИЧ подростков, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и при любом количестве клеток CD4 (условная рекомендация, низкое качество доказательств).
	В первую очередь следует начинать АРТ у всех подростков с тяжелой или продвинутой клинической ВИЧ-инфекцией (клиническая стадия 3-4 по классификации ВОЗ) и у подростков с количеством CD4 ≤ 350 клеток/мм ³ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
4.3.4 Когда начинать АРТ у детей до 10 лет	НОВОЕ
	АРТ следует начинать у всех живущих с ВИЧ детей, независимо от клинической стадии заболевания по классификации ВОЗ и при любом количестве клеток CD4.
	<ul style="list-style-type: none"> У детей с диагнозом, установленным в течение первого года жизни (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
	НОВОЕ
<ul style="list-style-type: none"> У живущих с ВИЧ детей в возрасте от 1 до < 10 лет (условная рекомендация, низкое качество доказательств). 	
В первую очередь АРТ следует начинать у всех детей <2 лет или детей младше 5 лет с клиническими стадиями ВИЧ-инфекции 3-4 по классификации ВОЗ, или при уровне клеток CD4 ≤ 750 клеток/мм ³ , или проценте клеток CD4 <25%, а также у детей 5 лет и старше при клинической стадии ВИЧ-инфекции 3-4 по классификации ВОЗ или количестве CD4 ≤ 350 клеток/мм ³ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).	
4.3.5 Время назначения АРТ у взрослых и детей с ТБ	АРТ следует начинать у всех живущих с ВИЧ пациентов с ТБ, независимо от количества клеток CD4 (сильная рекомендация, высокое качество доказательств). ¹
	Лечение ТБ следует начинать первым, после чего как можно раньше, в течение первых 8 недель лечения, начинают АРТ (сильная рекомендация, высокое качество доказательств). ²
	ВИЧ-положительные пациенты с ТБ и глубокой иммуносупрессией (менее 50 клеток CD4/мм ³) должны получить АРТ в течение первых двух недель от начала лечения ТБ.
	АРТ следует начинать у любого ребенка с активным ТБ как можно раньше, в пределах 8 недель от начала противотуберкулезного лечения, независимо от числа клеток CD4 и клинической стадии заболевания (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).
«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en)	

¹ Качество доказательств этой рекомендации в 2015 году повышено до «высокого».

² Качество доказательств этой рекомендации в 2015 году повышено до «высокого».

Глава	Рекомендация
4.4 Что начинать: первая линия АРТ	
4.4.1 Первая линия АРТ для взрослых пациентов	<p>Первая линия АРТ для взрослых пациентов¹ состоит из двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) плюс нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ) или ингибитора интегразы (ИИ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • TDF + 3TC (или FTC) + EFV в виде комбинации фиксированных доз рекомендуется как предпочтительный вариант начальной АРТ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств). • Если комбинация TDF + 3TC (или FTC) + EFV противопоказана или недоступна, рекомендуется один из следующих вариантов: <ul style="list-style-type: none"> ○ AZT + 3TC + EFV ○ AZT + 3TC + NVP ○ TDF + 3TC (или FTC) + NVP <p>(сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>
	<p>НОВОЕ</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + DTG или TDF + 3TC (или FTC) + EFV 400 мг/сутки можно применять как альтернативный вариант начальной АРТ (условная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>
	<p>Во всех странах следует прекратить использовать d4T в схемах первой линии лечения в связи с его общеизвестным токсическим действием на метаболизм (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en)</p>
НОВОЕ 4.4.2 Фиксированные комбинации доз	<p>Фиксированные комбинации доз и схемы однократного ежедневного приема предпочтительны для антиретровирусной терапии (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>
НОВОЕ 4.4.3 Первая линия АРТ для подростков	<p>Первая линия АРТ для подростков должна состоять из двух НИОТ плюс ННИОТ или ИИ: TDF + 3TC (или FTC) + EFV в виде комбинации фиксированных доз рекомендуется как предпочтительный вариант начальной АРТ (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + DTG или TDF + 3TC (или FTC) + EFV₄₀₀² можно использовать в качестве альтернативных вариантов начальной АРТ (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Если предпочтительные схемы противопоказаны или недоступны, рекомендуется один из следующих альтернативных вариантов лечения (сильная рекомендация, среднее качество доказательств):</p> <p>ABC + 3TC + EFV ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (или FTC) + NVP</p>
4.4.4 Первая линия АРТ для детей в возрасте от 3 до 10 лет	<p>У детей в возрасте от 3 до < 10 лет базовая комбинация³ НИОТ должна быть одной из перечисленных ниже (в порядке предпочтительности) (условная рекомендация, среднее качество доказательств⁴):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ABC + 3TC • AZT или TDF + 3TC (или FTC) <p>У детей 3 лет и старше предпочтительным ННИОТ для первой линии терапии является EFV, а предпочтительной альтернативой является NVP (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>

¹ В том числе беременные и кормящие женщины (дополнительные указания см. во вставке 4.3).

² EFV в меньшей дозе (400 мг/сутки).

³ Базовая схема подразумевает использование двух НИОТ в схеме АРТ (обычно включающей 3 АРВ-препарата).

⁴ Сила доказательства пересмотрена в 2015 г.

Глава	Рекомендация
4.4.5 Первая линия АРТ для детей младше 3 лет	У младенцев и детей в возрасте до 3 лет базовая комбинация НИОТ должна включать АВС или AZT + ЗТС (сильная рекомендация, среднее качество доказательств ¹).
	При первой линии АРТ у всех ВИЧ-инфицированных детей до 3 лет (36 месяцев) следует использовать схему на основе LPV/r, независимо от применения ННИОТ в прошлом. Если применять LPV/r невозможно, лечение следует начать со схемы на основе NVP (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
	Если можно следить за вирусной нагрузкой, у детей 3-летнего возраста можно рассмотреть вариант замены LPV/r на EFV после достижения вирусологической супрессии (условная рекомендация, среднее качество доказательств).
	У ВИЧ-инфицированных младенцев и детей до 3 лет в качестве варианта лечения при возникновении ТБ на фоне АРТ с NVP или LPV/r рекомендуется использовать схему АВС + ЗТС + AZT. После того как терапия ТБ завершена, эту схему следует прекратить и возобновить начальную схему лечения (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
4.4.7 Профилактика у младенцев	НОВОЕ Младенцы, родившиеся от матерей с ВИЧ-инфекцией, у которых высок риск заражения ВИЧ ² , должны получать двухкомпонентную профилактику AZT (два раза в день) и NVP (один раз в день) в течение первых 6 недель жизни, независимо от того, получают они грудное или искусственное вскармливание (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
	НОВОЕ Дети, находящиеся на грудном вскармливании, у которых высок риск заражения ВИЧ, а также дети, у которых контакт с ВИЧ был впервые установлен в послеродовом периоде, должны продолжать профилактику еще в течение 6 недель (всего 12 недель, младенческая профилактика) с использованием либо AZT (два раза в день) и NVP (один раз в день), либо только NVP (условная рекомендация, низкое качество доказательств).
	Младенцам от матерей, которые получают АРТ и кормят грудью, следует проводить младенческую профилактику NVP ежедневно в течение 6 недель. Если младенцы находятся на искусственном вскармливании, то младенческая профилактика должна продолжаться 4-6 недель с использованием NVP ежедневно (или AZT два раза в день) (сильная рекомендация, среднее качество доказательств для младенцев на грудном вскармливании; сильная рекомендация, низкое качество доказательств для младенцев только на искусственном вскармливании). «Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en)
4.4.8 Вскармливание младенцев в контексте ВИЧ-инфекции	Национальные или местные органы здравоохранения должны принять решение относительно того, будут ли службы здравоохранения преимущественно рекомендовать женщинам с установленной ВИЧ-инфекцией кормить грудью на фоне АРТ ³ или же избегать грудного вскармливания как такового. Если национальные регуляторные органы решат, что службы охраны здоровья матери и ребенка будут преимущественно рекомендовать и поощрять грудное вскармливание на фоне антиретровирусного лечения, что максимально повысит шансы на выживание, не заразившись ВИЧ, младенцев, чьи матери ВИЧ-инфицированы. ВИЧ-инфицированные матери должны кормить своих детей исключительно грудью на протяжении первых 6 месяцев жизни, после чего вводятся соответствующие прикормы, и грудное вскармливание продолжается на протяжении первых 12 месяцев жизни. ⁴ Грудное вскармливание следует прекратить лишь после того, как ребенок сможет получать достаточно питательную и безопасную пищу без грудного молока (сильная рекомендация, высокое качество доказательств для первых 6 месяцев; низкое качество доказательств для 12 месяцев). Руководство по ВИЧ-инфекции и вскармливанию младенцев, 2010 г. Принципы и рекомендации по вскармливанию младенцев в контексте ВИЧ-инфекции; краткий обзор доказательств Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en)

¹ Сила доказательства пересмотрена в 2015 г.

² К группе высокого риска относят следующих младенцев:

- у матерей которых установлена ВИЧ-инфекция, и они к моменту родоразрешения получили АРТ менее четырех недель; или
- у матерей которых установлена ВИЧ-инфекция, а вирусная нагрузка >1000 копий/мл в течение четырех недель перед родоразрешением, если есть данные о вирусной нагрузке; или
- у матерей которых ВИЧ-инфекция случайно обнаружена во время беременности или грудного вскармливания; или
- со статусом ВИЧ-экспозиции, впервые установленным в послеродовом периоде, при наличии отрицательного результата пренатального ВИЧ-тестирования или без него.

³ Все живущие с ВИЧ женщины подходят для начала АРТ, независимо от количества клеток CD4.

⁴ Младенцам, инфицированным ВИЧ, полезно длительное грудное вскармливание, которое должно продолжаться так долго, как это возможно и приемлемо для женщины.

Глава	Рекомендация
4.5 Мониторинг ответа на АРТ и выявление неудачи лечения	
4.5.1 Лабораторный мониторинг до и после начала АРТ	<p>НОВОЕ</p> <p>Рутинный мониторинг вирусной нагрузки можно проводить через 6 месяцев, через 12 месяцев, а затем каждые 12 месяцев, если пациент на фоне АРТ находится в стабильном состоянии, для того чтобы синхронизировать его с обычным мониторингом и извещением о результатах обследования¹ (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>
	<p>НОВОЕ</p> <p>В условиях, когда возможен рутинный мониторинг вирусной нагрузки, можно прекратить мониторинг количества клеток CD4 при стабильном состоянии на фоне АРТ и неопределяемой вирусной нагрузке² (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
	<p>Для мониторинга предпочтительно использовать вирусную нагрузку, позволяющую установить и подтвердить неудачу лечения^a (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Вирусологическая неудача определяется как стойкое выявление вирусной нагрузки на уровне выше 1000 копий/мл (два последовательных измерения вирусной нагрузки с интервалом в 3 месяца при поддержке приверженности лечению между измерениями) как минимум через 6 месяцев после начала новой схемы АРТ.</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en)</p>
	<p>НОВОЕ</p> <p>Для определения вирусной нагрузки ВИЧ можно использовать сухие мазки цельной крови венозного или капиллярного происхождения. Для определения вирусологической неудачи при использовании сухих мазков крови пороговым значением считается 1000 копий/мл, как и при тестировании плазмы^b (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
4.8 На какую схему АРТ переходить (вторая и третья линия)	
4.8.1 Вторая линия АРТ для взрослых и подростков	<p>Вторая линия АРТ для взрослых пациентов должна состоять из двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) плюс ингибитора протеазы (ИП), усиленного ритонавиром.</p> <p>Рекомендуется следующая последовательность вариантов НИОТ для второй линии терапии.</p> <ul style="list-style-type: none"> После неудачи первой линии на основе TDF + 3ТС (или FTC) во второй линии в качестве НИОТ-основы следует применять AZT + 3ТС. После неудачи первой линии на основе AZT или d4T + 3ТС во второй линии в качестве НИОТ-основы следует применять TDF + 3ТС (или FTC). <p>Базовая терапия НИОТ в виде комбинации фиксированных доз является предпочтительной (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Термостабильные фиксированные комбинации ATV/r и LPV/r являются предпочтительными схемами усиленной ИП-терапии при АРТ второй линии (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>
	<p>НОВОЕ</p> <p>Термостабильная комбинация фиксированных доз DRV/r может быть альтернативным вариантом усиленной схемы ИП при АРТ второй линии (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
	<p>НОВОЕ</p> <p>Комбинация RAL плюс LPV/r может служить альтернативным вариантом АРТ второй линии (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>

¹ Тестирование вирусной нагрузки следует проводить вскоре после начала АРТ (в течение 6 месяцев), через 12 месяцев и затем как минимум каждые 12 месяцев для выявления неудачи лечения. Если рутинное определение вирусной нагрузки невозможно, для диагностики неудачи лечения можно использовать уровень клеток CD4 и клинический мониторинг, с направленным определением вирусной нагрузки для подтверждения вирусологической неудачи, если это возможно.

² Согласно определению ВОЗ, пациенты находятся в стабильном состоянии на фоне АРТ при соблюдении следующих критериев: АРТ не менее 1 года, отсутствие активных заболеваний или беременности, хорошее понимание необходимости пожизненной приверженности лечению и доказательства успешного лечения (вирусная нагрузка ниже 1000 копий/мл при двух измерениях подряд). В данном руководстве рекомендации по предоставлению медицинских услуг (глава 6 «Предоставление услуг») включают дополнительный критерий: отсутствие нежелательных лекарственных реакций, требующих постоянного мониторинга, однако к данной рекомендации это не относится.

Глава	Рекомендация
4.8.2 Вторая линия АРТ у детей	<p>НОВОЕ</p> <p>После неудачи первой линии терапии на основе LPV/r дети младше 3 лет должны быть переведены на схему второй линии на основе RAL (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>
	<p>НОВОЕ</p> <p>После неудачи первой линии терапии на основе LPV/r дети старше 3 лет должны быть переведены на схему второй линии, содержащую два НИОТ плюс EFV или RAL (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>
	<p>После неудачи первой линии терапии на основе ННИОТ дети должны быть переведены на усиленную схему ИП. Предпочтительны LPV/r или ATV/r (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>
	<p>После неудачи лечения первой линии, включающей ABC или TDF + 3TC (или FTC), предпочтительным вариантом базовой терапии НИОТ для второй линии является схема AZT + 3TC (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
	<p>После неудачи первой линии терапии, включающей AZT или d4T + 3TC (или FTC), предпочтительным вариантом базовой терапии НИОТ для второй линии АРТ является схема ABC или TDF + 3TC (или FTC) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
4.8.3 АРТ третьей линии	<p>В рамках национальных программ следует разработать принципы третьей линии АРТ (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Схемы третьей линии должны включать новые препараты с минимальным риском перекрестной устойчивости к ранее использованным схемам, такие как ИИ и ННИОТ второго поколения и ИП (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Пациенты с неудачей второй линии лечения, для которых нет новых АРВ-препаратов, должны продолжить лечение по переносимой схеме (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en)</p>

Глава	Рекомендация
5. КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО: ПРОФИЛАКТИКА, СКРИНИНГ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
5.2 Профилактика, скрининг и тактика ведения распространенных сопутствующих инфекций	
5.2.1 Профилактика ко-тримоксазолом	<p>Профилактика ко-тримоксазолом рекомендуется взрослым пациентам (включая беременных женщин) с тяжелой или продвинутой клинической ВИЧ-инфекцией (стадия 3-4 по классификации ВОЗ) и/или при количестве CD4 ≤ 350 клеток/мм³ (сильная рекомендация, средний уровень качества доказательств).</p> <ul style="list-style-type: none"> В условиях высокой распространенности малярии и/или тяжелых бактериальных инфекций (ТБИ) профилактику ко-тримоксазолом следует начинать независимо от количества клеток CD4 и стадии заболевания по классификации ВОЗ (условная рекомендация, среднее качество доказательств). Профилактику ко-тримоксазолом можно прекратить у взрослых (включая беременных женщин) с ВИЧ-инфекцией, находящихся в клинически стабильном состоянии на фоне АРТ, при наличии признаков иммунного восстановления и вирусологической супрессии (условная рекомендация, низкое качество доказательств). В условиях высокой распространенности малярии и/или тяжелых бактериальных инфекций профилактику ко-тримоксазолом следует продолжать независимо от количества клеток CD4 и стадии заболевания по классификации ВОЗ (условная рекомендация, среднее качество доказательств). <p>Рутинная профилактика ко-тримоксазолом должна проводиться у всех ВИЧ-инфицированных пациентов с активным ТБ независимо от количества клеток CD4 (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Профилактика ко-тримоксазолом рекомендуется у младенцев, детей и подростков, инфицированных ВИЧ, независимо от клинического и иммунологического состояния. Приоритет следует отдавать всем детям до 5 лет независимо от количества клеток CD4 и клинической стадии заболевания, а также детям с тяжелой или продвинутой клинической ВИЧ-инфекцией (клиническая стадия 3-4 по классификации ВОЗ) и/или количеством CD4 ≤ 350 клеток/мм³ (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <ul style="list-style-type: none"> В условиях высокой распространенности малярии и/или тяжелых бактериальных инфекций профилактику ко-тримоксазолом следует продолжать до взрослого возраста независимо от того, проводится ли АРТ (условная рекомендация, среднее качество доказательств). В условиях низкой распространенности как малярии, так и бактериальных инфекций профилактику ко-тримоксазолом можно прекратить у детей 5 лет и старше, находящихся в клинически стабильном состоянии и/или достигших вирусологической супрессии на фоне АРТ длительностью как минимум 6 месяцев, при условии, что количество CD4 составляет >350 клеток/мм³ (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств). <p>Профилактика ко-тримоксазолом рекомендована младенцам, контактировавшим с ВИЧ, с 4-недельного до 6-недельного возраста; ее следует продолжать до тех пор, пока ВИЧ-инфекция не будет исключена по результатам соответствующего возрасту теста на ВИЧ для постановки окончательного диагноза после полного прекращения грудного вскармливания (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>Руководство по послеконтактной профилактике ВИЧ и профилактике ВИЧ-ассоциированных инфекций ко-тримоксазолом у взрослых, подростков и детей: рекомендации для системы общественного здравоохранения - дополнение от декабря 2014 г. к сводному руководству от 2013 г. по применению антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en)</p>
5.2.2 Туберкулез	<p>В качестве первоначального диагностического теста у взрослых и у детей с подозрением на ВИЧ-ассоциированный ТБ или ТБ с множественной лекарственной устойчивостью следует использовать метод Xpert MTB/RIF вместо стандартной микроскопии, культурального исследования и тестирования лекарственной устойчивости (сильная рекомендация, взрослые: высокое качество доказательств; дети: очень низкое качество доказательств).</p> <p>Методу Xpert MTB/RIF следует отдать предпочтение перед стандартной микроскопией и культуральным методом как первоначальному диагностическому тесту для образцов спинномозговой жидкости у пациентов с ТБ-менингитом и подозрением на него (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>Метод Xpert MTB/RIF можно использовать вместо обычных методов (включая стандартную микроскопию, культуральное или гистопатологическое исследование) при тестировании отдельных нереспираторных образцов (лимфатические узлы и другие ткани) от пациентов с внелегочным ТБ или подозрением на него (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>

Глава	Рекомендация
	<p>Метод Xpert MTB/RIF для диагностики легочного и внелегочного ТБ у взрослых и детей: обновленная стратегия ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/tb/laboratory/xpert_policyupdate/en).</p> <p>Метод ИФА мочи на тест-полосках (LF-LAM) не следует использовать для диагностики ТБ, кроме отдельно описанного ниже случая пациентов с ВИЧ-инфекцией и низким уровнем CD4, находящихся в тяжелом состоянии¹ (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Метод LF-LAM можно использовать как вспомогательный метод диагностики активного ТБ у госпитализированных живущих с ВИЧ взрослых пациентов с признаками и симптомами ТБ (легочного и/или внелегочного), при числе CD4 ≤ 100 клеток/мм³, или у живущих с ВИЧ в тяжелом состоянии независимо от числа клеток CD4 или при неизвестном их числе (условная рекомендация, низкое качество доказательств).²</p> <p>LF-LAM не следует использовать для скрининга активного ТБ (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Использование ИФА мочи на тест-полосках с липоарабиноманнаном (LF-LAM) для диагностики и скрининга активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц: стратегическое руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193633/1/9789241509633_eng.pdf).</p> <p>Пациенты с ТБ и положительным ВИЧ-статусом и пациенты с ТБ, живущие в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции, должны получить курс лечения рифампицином ежедневно на этапах интенсивной и продолженной терапии (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Стратегия ВОЗ по совместным усилиям против распространения ТБ/ВИЧ-инфекции: руководство для разработчиков национальных программ и других заинтересованных лиц. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en).</p>
Профилактическая терапия изониазидом (ПТИ)	<p>Взрослых людей и подростков, живущих с ВИЧ, нужно обследовать по клиническому алгоритму; при полном отсутствии таких симптомов, как кашель, лихорадка, снижение массы тела или ночная потливость, активный ТБ маловероятен; таким пациентам следует предлагать ПТИ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, у которых результат кожной туберкулиновой пробы (КТП) неизвестен или положителен, и которые вряд ли имеют активный ТБ, должны получить не менее 6-месячного курса ПТИ в рамках комплексного лечения ВИЧ-инфекции. ПТИ не зависит от степени иммуносупрессии и должна проводиться в том числе на фоне АРТ, уже получавшим лечение по поводу ТБ и беременным женщинам (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, у которых результат кожной туберкулиновой пробы неизвестен или положителен, и у которых достоверно исключена активная ТБ-инфекция, должны получить не менее 36-месячного курса ПТИ. ПТИ должна проводиться у таких лиц независимо от того, получают они АРТ или нет. ПТИ следует также проводить независимо от степени иммуносупрессии, предшествующего лечения ТБ в анамнезе и наличия беременности (условная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Дети, живущие с ВИЧ, у которых не наблюдается ухудшения прибавки массы тела, лихорадки или кашля, вряд ли страдают активным ТБ. Дети, живущие с ВИЧ, у которых наблюдается плохая прибавка массы тела, лихорадка или кашель, либо контактировавшие с ТБ в анамнезе, возможно, больны ТБ и должны пройти обследование на ТБ и другие заболевания. Если обследование не выявило ТБ, им следует предложить профилактическое лечение с использованием изониазида независимо от их возраста (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Живущие с ВИЧ дети старше 12 месяцев, у которых вряд ли имеется активная ТБ на основании отсутствия симптомов, и которые не контактировали с ТБ, должны получить ПТИ (10 мг/кг в сутки) в течение 6 месяцев в рамках комплексной профилактики и лечения ВИЧ-инфекции (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p>

¹ Тяжелым состоянием считают наличие четырех опасных признаков: частота дыхания >30 в 1 мин, температура >39°C, частота сердечных сокращений >120 в 1 мин и неспособность ходить без посторонней помощи.

² Эта рекомендация относится также к живущим с ВИЧ взрослым, находящимся на амбулаторном лечении и имеющим признаки и симптомы ТБ (легочного и/или внелегочного), у которых число CD4 ≤ 100 клеток/мм³, или пациентам в тяжелом состоянии независимо от количества клеток CD4 или при неизвестном их количестве, на основании обобщения данных от госпитализированных пациентов. Эта рекомендация относится также к живущим с ВИЧ детям, имеющим признаки и симптомы ТБ (легочного и/или внелегочного), на основании обобщения данных от взрослых пациентов, хотя данные весьма ограничены и вызывают сомнения из-за низкой специфичности анализа LF-LAM у детей.

Глава	Рекомендация
	<p>Среди живущих с ВИЧ детей в возрасте до 12 месяцев 6-месячную ПТИ должны получать только контактировавшие с больным ТБ и прошедшие обследование на ТБ (с использованием специальных методов), если обследование не обнаружило признаков ТБ-инфекции (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Все дети, живущие с ВИЧ, после успешного завершения курса лечения ТБ должны получать ПТИ еще 6 месяцев (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Руководство по интенсификации выявления случаев туберкулеза и профилактической терапии изониазидом у живущих с ВИЧ людей в условиях ограниченных ресурсов. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44472/1/9789241500708_eng.pdf).</p>
<p>Контроль инфекционных заболеваний</p>	<p>Административные аспекты (комитет по контролю инфекций на уровне учреждений и протоколы контроля)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Действующая система сортировки для выявления людей с ТБ подозрением на него и максимально быстрого выполнения экспресс-диагностики, например Xpert MTB/RIF. • Отделение людей с подозреваемым или подтвержденным ТБ. • Соблюдение этикета кашля и гигиены органов дыхания. • Минимизация сроков пребывания в учреждениях здравоохранения (например, за счет патронажа в местном сообществе.) <p>(все административные рекомендации: сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Медицинские работники и лица, осуществляющие уход</p> <ul style="list-style-type: none"> • Информировать и побуждать медицинских работников с симптомами ТБ пройти диагностическое обследование на ТБ, а также ВИЧ-тестирование и консультирование. • Предоставить ВИЧ-положительным работникам комплексное лечение (АРТ и профилактическую терапию изониазидом). • Перевести живущих с ВИЧ работников здравоохранения на работу с меньшим риском. <p>(все рекомендации в отношении медицинских работников: сильные рекомендации в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и условные — при низкой распространенности ВИЧ; высокое качество доказательств).</p> <p>Использование респираторов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинским работникам, осуществляющим уход за пациентами с инфекционным ТБ (подозреваемым или подтвержденным), следует предоставлять защитное оборудование (маски-респираторы, соответствующие стандартам N95, установленным CDC/NIOSH, или стандартам FFP2, сертифицированным CE, либо превосходящие эти стандарты) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств). <p>Окружающие условия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вентиляция (естественная и/или механическая) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств). • Гермицидное ультрафиолетовое облучение верхней части помещений (условная рекомендация, низкое качество доказательств). <p>Рекомендации ВОЗ по контролю ТБ-инфекции в учреждениях здравоохранения, закрытых коллективах и домохозяйствах. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (http://www.who.int/tb/publications/2009/9789241598323/en).</p>
<p>ТБ с множественной лекарственной устойчивостью и ВИЧ-инфекция</p>	<p>Начинать антиретровирусную терапию рекомендуется всем ВИЧ-инфицированным пациентам, страдающим ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, требующим второй линии противотуберкулезных препаратов, независимо от количества клеток CD4, как можно раньше (в течение первых 8 недель) после начала противотуберкулезного лечения (сильная рекомендация, очень низкий уровень качества доказательств).</p> <p>Руководство по схематичному ведению туберкулеза с лекарственной устойчивостью: обновление от 2011 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://www.who.int/tb/publications/2009/9789241598323/en).</p>
<p>5.3.2 Криптококковая инфекция</p>	<p>Срочная люмбальная пункция с измерением давления раскрытия СМЖ и экспресс-тест на криптококковый антиген (КрAg) в СМЖ или экспресс-тест на сывороточный КрAg (LA или LFA) представляют собой предпочтительный подход к диагностике (сильная рекомендация, среднее</p>

Глава	Рекомендация
Диагностика криптококкоза	качество доказательств).
Профилактика криптококкоза	<p>Не рекомендуется рутинная противогрибковая первичная профилактика криптококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных взрослых, подростков и детей с количеством CD4 менее 100 клеток/мм³ при КрАг-негативном или неизвестном КрАг-статусе до начала АРТ, за исключением вероятной длительной отсрочки начала АРТ (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>Рассмотреть вопрос о рутинном скрининге на КрАГ в сыворотке или плазме до начала АРТ с последующим упреждающим противогрибковым лечением при КрАг-положительном статусе для замедления развития криптококковой инфекции можно в следующих случаях:</p> <p>а) у пациентов с уровнем CD4 менее 100 клеток/мм³; и</p> <p>б) если в популяции также высока распространенность (>3%)¹ криптококковой антигенемии (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Рутинный скрининг на КрАг у подростков и детей, ранее не получавших АРТ, с упреждающей противогрибковой терапией при положительном результате анализа на КрАГ, до начала АРТ не рекомендуется (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>
Схемы противогрибковой терапии на этапе индукции, консолидации и поддерживающего лечения	<p>В индукционной фазе лечения ВИЧ-инфицированных взрослых, подростков и детей с криптококковым заболеванием (менингеальной или диссеминированной неменингеальной формами) рекомендуется использовать указанные ниже двухнедельные противогрибковые схемы (в порядке предпочтительности):</p> <p>а) амфотерицин В плюс флуцитозин (сильная рекомендация, высокое качество доказательств);</p> <p>б) амфотерицин В плюс флуконазол (сильная рекомендация, среднее качество доказательств);</p> <p>в) амфотерицин В - короткий курс (5-7 дней) плюс высокая доза флуконазола (до завершения 2-недельной индукции), если минимальный комплекс (предварительная гидратация и восполнение электролитов, а также мониторинг и контроль токсичности) не может осуществляться на всем протяжении 2-недельного периода индукции (условная рекомендация, низкое качество доказательств);</p> <p>г) флуконазол в высокой дозе плюс флуцитозин, если амфотерицин В недоступен (условная рекомендация, низкое качество доказательств);</p> <p>д) только флуконазол в высокой дозе, если амфотерицин В недоступен (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>В консолидационной фазе лечения ВИЧ-инфицированных взрослых пациентов, подростков и детей с криптококковым менингитом или диссеминированным неменингеальным заболеванием рекомендуется следующий курс 8-недельной противогрибковой терапии:</p> <p>флуконазол 400-800 мг в сутки после двухнедельной индукции амфотерицином В (6-12 мг/кг в сутки до 400-800 мг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет);</p> <p>флуконазол 800 мг в сутки после индукционной терапии коротким курсом амфотерицина В или после индукции флуконазолом (флуконазол 12 мг/кг в сутки до 800 мг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет).</p> <p>Для поддерживающей терапии криптококкоза у ВИЧ-инфицированных взрослых пациентов, подростков и детей рекомендуется прием флуконазола внутрь в дозе 200 мг в сутки (6 мг/кг в сутки, до 200 мг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет) (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).</p> <p>При локализованном неменингеальном поражении и у пациентов с изолированным положительным анализом на КрАг в сыворотке (если активный криптококковый менингит исключен): рекомендуется флуконазол 800 мг в сутки (или 12 мг/кг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет) в течение двух недель, затем 400 мг в сутки (или 6 мг/кг в сутки до 400-800 мг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет) в течение 8 недель и непрерывное поддерживающее лечение флуконазолом в дозе 200 мг в сутки. Оптимальный режим противогрибковой терапии в этой группе еще предстоит определить (условная рекомендация, низкое качество доказательств).</p>

¹ Порог распространенности, выше которого скрининговые мероприятия экономически эффективны, составляет 1% с использованием LFA (Meza D, Rajasingham R, Rolfes M, Birkenkamp K, Boulware D. Cost benefit of integrating cryptococcal antigen screening and preemptive treatment into routine HIV care. В издании: Международная конференция по СПИДу, Вашингтон, Колумбия, 22-27 июля 2012 г. [тезисы №МОАВ0102]). Вероятно, экономически эффективный порог распространенности зависит от стоимости используемой антигенной тест-системы (латекс-агглютинация [LA] или LFA) и стоимости лекарственной терапии.

Глава	Рекомендация
Профилактика, мониторинг и контроль токсичности амфотерицина В	У ВИЧ-инфицированных взрослых людей, получающих схему на основе амфотерицина В для лечения криптококковой инфекции, рекомендуется использовать минимальный комплекс мер по предотвращению, мониторингу и контролю токсичности для минимизации серьезных токсических эффектов (гипокалиемии и нефротоксичности) амфотерицина В (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).
Время начала АРТ	У ВИЧ-инфицированных пациентов с криптококковым менингитом не рекомендуется немедленное начинать АРТ, учитывая высокий риск воспалительного синдрома восстановления иммунитета (ВСВИ; IRIS), который может оказаться опасным для жизни (условная рекомендация, низкое качество доказательств). У ВИЧ-инфицированных взрослых, подростков и детей с недавно установленным диагнозом криптококкового менингита следует отложить начало АРТ до появления признаков стойкого клинического ответа на противогрибковую терапию, и после 4 недель индукции и консолидационного лечения амфотерицином В в комбинации с флуцитозином или флуконазолом или после 4-6 недель лечения высокими дозами перорального флуконазола для индукции и консолидации (условная рекомендация, низкое качество доказательств).
Отмена поддерживающей терапии азолами (вторичная профилактика)	У ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков с успешно пролеченной криптококковой инфекцией (менингеальной или неменингеальной форм) рекомендуется отменить поддерживающее противогрибковое лечение на основании следующих критериев: а) возможность мониторинга вирусной нагрузки ВИЧ: если пациенты находятся в стабильном состоянии и привержены АРТ и поддерживающей противогрибковой терапии на протяжении не менее 1 года, и уровень CD4 у них выше или равен 200 клеток/мм ³ (два измерения с интервалом 6 месяцев) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств); б) возможность мониторинга вирусной нагрузки ВИЧ: если пациенты находятся в стабильном состоянии и привержены АРТ и поддерживающей противогрибковой терапии на протяжении не менее 1 года, и уровень CD4 у них выше или равен 100 клеток/мм ³ (два измерения с интервалом 6 месяцев), и имеется подавление вирусной нагрузки (условная рекомендация, низкое качество доказательств). У детей в возрасте до двух лет, которым было проведено успешное лечение криптококковой инфекции, противогрибковую поддерживающую терапию НЕ следует прекращать (сильная рекомендация, низкое качество доказательств). У ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 2 до 5 лет, прошедших успешное лечение криптококковой инфекции (менингеальной и неменингеальной форм), отмена противогрибковой поддерживающей терапии рекомендуется в том случае, если ребенок находится в стабильном состоянии и привержен АРТ и поддерживающей противогрибковой терапии на протяжении не менее 1 года, причем процент CD4 клеток у него выше 25%, или абсолютное количество CD4 больше или равно 750 клеток/мм ³ (два измерения с интервалом 6 месяцев) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств). Поддерживающую терапию криптококковой инфекции не следует прекращать у детей до двух лет (сильная рекомендация, низкое качество доказательств). Поддерживающую терапию криптококкового заболевания следует возобновить, если уровень CD4 снижается до 100 клеток/мм ³ и ниже у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков (или уровень CD4 ниже или равен 25% или 750 клеток/мм ³ у детей в возрасте от 2 до 5 лет), или если развивается клинический эпизод, соответствующий 4-й стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, независимо от возраста пациента (сильная рекомендация, низкое качество доказательств). Краткие рекомендации: диагностика, профилактика и ведение криптококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных взрослых людей, подростков и детей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (www.who.int/hiv/pub/cryptococcal_disease2011/en).
5.3 Профилактика, скрининг и тактика ведения других сопутствующих заболеваний и непрерывный уход за людьми, живущими с ВИЧ	
НОВОЕ 5.3.1 Оценка и тактика ведения незаразных заболеваний	Оценка и контроль сердечно-сосудистого риска должны проводиться у всех живущих с ВИЧ по стандартным протоколам, рекомендованным для популяции в целом ¹ (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).
НОВОЕ 5.3.2 Оценка и ведение депрессии у людей, живущих с ВИЧ	Оценка и ведение депрессии необходимо включить в комплекс медицинских услуг для всех живущих с ВИЧ (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).

¹ Протокол WHO PEN относится к следующим популяциям скрининга на ССЗ: возраст >40 лет, курильщики, наличие гипертензии или сахарного диабета, окружность талии более 90 см у женщин и более 110 см у мужчин, сахарный диабет или ранние ССЗ в семейном анамнезе (www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/pen2010/en).

Глава	Рекомендация
6. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ	
6.4 Преемственность между ВИЧ-тестированием и включением в программу лечения	
НОВОЕ 6.4.1 Вмешательства для обеспечения преемственности между этапами	<p>После установления диагноза ВИЧ-инфекции следует предложить пациенту ряд вспомогательных вмешательств для своевременного перевода всех живущих с ВИЧ в систему лечения ВИЧ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Перечисленные ниже вмешательства ускоряют переход в систему лечения после установления диагноза ВИЧ-инфекции.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Последовательные вмешательства, сокращающие время между установлением диагноза и началом лечения, в том числе: 1) интенсификация связей с системой лечения; 2) поддержка при раскрытии ВИЧ-статуса; 3) отслеживание пациентов; 4) подготовка персонала к оказанию многочисленных услуг; и 5) последовательные услуги (среднее качество доказательств); • поддержка со стороны живущих с ВИЧ¹ и навигация для обеспечения преемственности между этапами (среднее качество доказательств); и • улучшение качества за счет мер обеспечения преемственности между этапами (низкое качество доказательств).
НОВОЕ 6.4.2 Анализ количества клеток CD4 в месте лечения	Анализ количества клеток CD4 в месте лечения позволяет выявить пациентов, нуждающихся в первоочередном переводе в систему лечения и начале АРТ (условная рекомендация, низкое качество доказательств).
НОВОЕ 6.4.3 Связи с лабораториями	Для скорейшего принятия мер по результатам ранней диагностики у младенцев и другим важнейшим лабораторным результатам можно передавать результаты анализов в электронном виде (условная рекомендация, низкое качество доказательств).
НОВОЕ 6.5 Удержание в программе лечения	<p>Программы должны предусмотреть поддержку людей, живущих с ВИЧ, со стороны сообщества для лучшего удержания в системе лечения ВИЧ-инфекции (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Перечисленные ниже вмешательства на уровне местного сообщества способствуют удержанию пациентов в программе лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • комплекс вмешательств на уровне сообщества² (для детей — низкое качество, для взрослых — очень низкое качество доказательств); • клубы повышения приверженности³ (среднее качество доказательств); • дополнительные мероприятия для лиц с высоким риском (очень низкое качество доказательств).
НОВОЕ 6.6 Приверженность лечению	<p>Вмешательства по поддержанию приверженности следует предоставлять получающим АРТ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Перечисленные ниже вмешательства способствуют приверженности лечению и вирусологической супрессии.</p> <ul style="list-style-type: none"> • консультанты из числа живущих с ВИЧ (среднее качество доказательств); • текстовые сообщения в мобильном телефоне (среднее качество доказательств); • напоминающие устройства (среднее качество доказательств); • когнитивно-бихевиоральная терапия (среднее качество доказательств); • тренинг поведенческих навыков/тренинг приверженности лечению (среднее качество доказательств); • комбинации фиксированных доз и схемы приема препаратов один раз в день (среднее качество доказательств).
НОВОЕ 6.7 Кратность визитов	<p>При стабильном состоянии на фоне АРТ рекомендуется меньшая частота визитов в клинику (через 3-6 месяцев) (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).⁴</p> <p>При стабильном состоянии на фоне АРТ рекомендуется меньшая частота визитов для получения лекарств (через 3-6 месяцев) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).⁵</p>

¹ Поддержка со стороны других живущих с ВИЧ включает в себя консультирование.

² Представители пациентов, лечение и вмешательства с поддержкой со стороны других живущих с ВИЧ, обеспечивающие приверженность лечению и психосоциальную поддержку в сообществе.

³ Поддержка со стороны других живущих с ВИЧ, распространение АРВ-препаратов и оценка неклиническими или непрофессиональными медицинскими работниками.

⁴ Если необходимы регулярные клинические консультации, их следует приурочить к выдаче лекарственных препаратов, чтобы уменьшить кратность визитов.

⁵ Следует оптимизировать систему управления поставками АРВ, чтобы обеспечить доступность и предотвратить нехватку АРВ-препаратов при менее частой выдаче.

Глава	Рекомендация
6.8 Передача и разделение задач	<p>НОВОЕ</p> <p>Подготовленные непрофессиональные медицинские работники под контролем могут выдавать АРВ взрослым, подросткам и детям, живущим с ВИЧ (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Обученный клинический (неврачебный) персонал, акушерки и медицинские сестры могут начинать терапию первой линии АРВ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Обученный клинический (неврачебный) персонал, акушерки и медицинские сестры могут продолжать терапию АРВ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>Обученные участковые медицинские работники под наблюдением могут выдавать АРВ-препараты в период между регулярными визитами в клинику (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en).</p>
6.9 Децентрализация	<p>Децентрализация лечения ВИЧ-инфекции и медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных как способ повышения доступности и удержания пациентов в программе лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • начало АРТ в больнице и продолжение АРТ в периферических медицинских учреждениях (сильная рекомендация, низкое качество доказательств); • начало и продолжение АРТ в периферических медицинских учреждениях (сильная рекомендация, низкое качество доказательств); • начало АРТ в периферических медицинских учреждениях и продолжение АРТ на уровне сообщества (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).¹ <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en).</p>
6.10 Объединяющие и связывающие службы	
6.10.1 Проведение АРТ в учреждениях охраны здоровья матери и ребенка	<p>В условиях генерализованной эпидемии АРТ следует начинать и продолжать у подходящих² беременных женщин и родильниц, а также младенцев в учреждениях медицинского обслуживания матери и ребенка с переводом и направлением, при необходимости, в программу лечения ВИЧ-инфекции и АРТ (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en).</p>
6.10.2 Проведение АРТ в учреждениях, специализирующихся на лечении ТБ, и лечение ТБ в учреждениях по лечению ВИЧ-инфекции	<p>При высоком бремени ВИЧ-инфекции и ТБ АРТ следует начинать у живущих с ВИЧ, находящихся в противотуберкулезном учреждении, с последующим направлением в программу лечения ВИЧ-инфекции и АРТ (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>При высоком бремени ВИЧ-инфекции и ТБ лечить ТБ у живущих с ВИЧ можно в учреждениях по лечению ВИЧ-инфекции, где был поставлен и диагноз ТБ (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en).</p>
6.10.3 АРТ в учреждениях, проводящих опиоидную заместительную терапию	<p>АРТ следует начать и проводить у подходящих³ людей, живущих с ВИЧ, там, где проводится опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) (сильная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>«Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации для системы общественного здравоохранения» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en).</p>

¹ Уровень сообщества включает места информационно-разъяснительной деятельности, медицинские пункты, службы помощи на дому и участковые организации. Частота визитов в клинику зависит от состояния здоровья.

² Все живущие с ВИЧ в настоящее время подходят для начала АРТ при любом количестве клеток CD4.

³ Все живущие с ВИЧ в настоящее время подходят для начала АРТ при любом количестве клеток CD4.

Глава	Рекомендация
<p>НОВОЕ</p> <p>6.10.4 ИППП и планирование семьи в условиях лечения ВИЧ-инфекции</p>	<p>Службы лечения инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и планирования семьи могут быть объединены с учреждениями по лечению ВИЧ-инфекции (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p>
<p>6.11 Меди-цинские услуги с учетом особенностей подростков</p>	<p>НОВОЕ</p> <p>Медицинские услуги с учетом особенностей подростков следует внедрять в программу помощи при ВИЧ-инфекции для привлечения к лечению и улучшения его результатов (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).</p> <p>Мероприятия в рамках сообществ могут улучшить приверженность лечению и удержание живущих с ВИЧ подростков в системе лечения (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>Обучение медицинских работников способствует приверженности лечению и удержанию живущих с ВИЧ подростков в системе лечения (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>Подросткам следует разъяснять возможные преимущества и риски разглашения своего ВИЧ-статуса другим людям и помогать принять решение о том, когда, как и кому раскрыть, при необходимости, эту информацию (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).</p> <p>ВИЧ и подростки: руководство по ВИЧ-тестированию, консультированию и лечению подростков, живущих с ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en)</p>

Положения надлежащей практики

В таблице приведены положения надлежащей практики, установленные Группой по разработке руководств в 2015 году.

Глава	Положения надлежащей практики
НОВОЕ 2.5.4 Тестирование на ВИЧ и консультирование по инициативе медицинских работников	В любых эпидемических условиях следует предлагать тестирование на ВИЧ всем без исключения детям, родители которых живут с ВИЧ; если такие дети инфицированы или имеют высокий риск инфицирования в результате грудного вскармливания, следует передать их в соответствующие службы для лечения или профилактики.
НОВОЕ 4.3.6 Ускоренное начало АРТ	Следует приложить усилия к тому, чтобы сократить период времени между установлением диагноза ВИЧ-инфекции и началом АРТ, основываясь на оценке готовности пациента.
НОВОЕ 4.4.6 Профилактика у младенцев	В условиях высокого риска передачи инфекции от матери ребенку, помимо обеспечения дополнительной профилактики для младенца, следует срочно начинать АРТ у всех беременных и кормящих женщин, даже если инфекция выявлена на поздних этапах беременности или после родов, поскольку наиболее эффективным способом предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку является снижение вирусной нагрузки у матери. ¹
НОВОЕ 5.3.1 Оценка и тактика ведения сердечно-сосудистых заболеваний	Стратегии профилактики и снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний за счет воздействия на модифицируемые факторы риска, такие как артериальное давление, курение, ожирение, неправильное питание и недостаток физической активности, следует применять ко всем людям, живущим с ВИЧ.
НОВОЕ 6.8 Передача и разделение задач	Забор крови из пальца для приготовления образцов может осуществлять под контролем обученный нелабораторный персонал.
НОВОЕ 6.12 Повышение качества работы служб противодействия ВИЧ-инфекции	Программы борьбы с ВИЧ-инфекцией: <ul style="list-style-type: none">• должны предусматривать медицинское обслуживание, ориентированное на людей, и быть организованы с учетом потребностей здравоохранения, предпочтений и ожиданий людей и сообществ, при уважительном отношении к отдельным людям, особенно в уязвимых группах населения, с привлечением пациентов и их семей к активному участию в собственном лечении за счет принятия информированных решений;• предоставлять безопасные, приемлемые и адекватные клинические и неклинические услуги своевременно с целью снижения заболеваемости и смертности от ВИЧ-ассоциированных причин и в целом улучшения здоровья и повышения качества жизни;• способствовать эффективному и бережливому расходованию ресурсов.

¹ Следует приложить все усилия к тому, чтобы выявлять живущих с ВИЧ беременных женщин достаточно рано, чтобы избежать профилактики, сопряженной с высоким риском.