

Анализ национальных рекомендаций по лечению, тестированию, профилактике ВИЧ-инфекции и предоставлению таких медицинских услуг на предмет соответствия рекомендациям Всемирной организации здравоохранения¹

Страна: Армения
Название протокола, год/месяц: “Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с применением антиретровирусных препаратов”, декабрь 2019 г.
Эксперт: Акобян Жаклин Артаковна

Часть 1. Общая информация о национальных рекомендациях	
1. Наименование документа в действующей редакции и ссылка на него	Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с применением антиретровирусных препаратов
2. Год/месяц текущей редакции	Декабрь 2019 г.
3. Номер/дата нормативно-правового документа, определяющего статус данных рекомендаций (приказ, постановление – если применимо)	Данное Клиническое руководство было разработано специалистами Республиканского центра по профилактике СПИДа, основываясь на рекомендациях ВОЗ 2016(Приказ N 2429-A 07.08.2017 Министра здравоохранения). В данный клинический протокол были внесены изменения на основании Обновленных рекомендаций ВОЗ по схемам антиретровирусной терапии первого и второго ряда и пост контактной профилактики (2018) ² , а также из Аналитической записки ВОЗ «Обновление рекомендаций по схемам антиретровирусной терапии первого и второго ряда» (2019) ³ по приказу N 3904-A 25.12.2019 Министра здравоохранения ⁴ . В 2021 г. новые изменения в протокол лечения не вносились.
4. Юридический статус рекомендаций: обязателен для исполнения или рекомендательный характер, какими дополнительными документами регулируется необходимость применения рекомендаций	03.02.1997г был принят закон о Предупреждении распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека ⁵ . Данный закон устанавливает порядок профилактики, диагностики и контроля ВИЧ-инфекции, а

¹ Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению, оказанию помощи и мониторингу в связи с ВИЧ: рекомендации для общественного здравоохранения (англ. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach). WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

² <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277395>

³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>

⁴ shorturl.at/AFIMN

⁵ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=78616>

	<p>также организационную, юридическую и финансовую основу для профилактики вируса иммунодефицита человека. Государственная Целевая программа по профилактике ВИЧ/СПИДа 2017-2021 (утверждена Решением Правительства N25 от 15.06.2017)⁶.</p> <p>Основная цель Государственной Целевой программы по профилактике ВИЧ/СПИДа – обеспечить эффективное противодействие ВИЧ/СПИДу в 2017-2021 гг. и создать предпосылки для элиминации эпидемии к 2030. Государственная Целевая программа включает следующие задачи: сократить новые случаи заражения ВИЧ инфекции на 75%, сохранить статус страны с элиминацией передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, достичь целей «90-90-90», снизить смертность от ВИЧ-инфекции, снизить стигму и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ.</p> <p>В рамках диспансерного контроля продолжительная комплексная помощь при лечении и профилактике ВИЧ-инфекции предоставляется согласно Клиническому руководству по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов.</p>
<p>5. Частота пересмотра документа – определена или нет, какими документами регулируется.</p>	<p>Клинические протоколы должны пересматриваться периодически (каждые 5 лет) и по необходимости при появлении новых рекомендаций в этой сфере⁷.</p>
<p>6. Уровень доказательности – описание применяемой системы</p>	<p>Для оценки уровня информации и степени доказательности рекомендаций в основу была принята система классификаций изучения, разработки и оценки рекомендаций (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation - GRADE). Процессы адаптации проводились методом ADAPTE. Определенная часть рекомендаций не имеет степени оценки по силе и доказательности, так как это стандарты действий, которые применяются давно и не было смысла проводить рандомизированные контролируемые исследования или анализ.</p>
<p>7. Состав редакционной коллегии – входят ли представители общественных/пациентских</p>	<p>В состав редакционной коллегии входят сотрудники-врачи Республиканского центра</p>

⁶ <https://ngngo.net/wp-content/uploads/2020/03/1.pdf>

⁷ <https://medex.am/mx/uploads/books/files/arv-drugs-guidelines-2017.pdf>

<p>организаций</p>	<p>по профилактике СПИДа. Представители общественных/пациентских организаций не входили в состав редакционной коллегии.</p>
<p>8. Перечень и краткое описание документов, дополнительно регулирующих применение АРВ-препаратов на территории страны, включая следующие документы, но не ограничиваясь ими:</p> <ul style="list-style-type: none"> • законы, регулирующие характер предоставления АРВ-препаратов (бесплатно/платно, система страховой медицины или за средства специальной национальной программы и т.д.); • перечни жизненно важных лекарственных средств; • перечни препаратов, подлежащих закупке за средства различных бюджетов; • стандарты лечения и пр. <p>В качестве примера просим использовать описание Казахстана с прошлого анализа (стр. 107-108).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 03.02.97 был принят закон о Предупреждении распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Данный закон устанавливает порядок профилактики, диагностики и контроля ВИЧ-инфекции, а также организационную, юридическую и финансовую основу для профилактики вируса иммунодефицита человека. ▪ Государственная Целевая программа по профилактике ВИЧ/СПИДа 2017-2021 (утверждена Решением Правительства N25 от 15.06.2017). ▪ 31.01.2022 по приказу министра здравоохранения была принята Программа мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИДа 2022-2026 гг.⁸. ▪ Перечни жизненно важных лекарственных средств: TDF/FTC, AZT/3TC, ABC, ABC/3TC, AZT, 3TC, AZT сироп, 3TC сироп, NVP сироп, LPV/r сироп, RTV, ATV, ABC 60 mg, TDF/3TC/DTG, DTG, RAL, LPV/r, DRV, TDF/3TC/EFV 400. <p>Список жизненно необходимых лекарств с низким спросом был утвержден приказом министра здравоохранения N 22-Н 23.11.2008, который был изменен 13.05.2013 приказом министра здравоохранения N 16-Н⁹. Важно отметить, что данный список более не обновлялся. И входящие в этот список препараты (диданозин и ставудин) не входят в обновленные схемы лечения. Вместе с тем, ряд препаратов, применяемых в схемах лечения, не входят в данный список, в частности, ингибитор интегразы ралтегравир. При этом из препаратов, фигурирующих в перечне, в Армении зарегистрированы не все препараты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Препараты закупаются за счет финансирования Глобального фонда и Министерством Здравоохранения Республики

⁸ Документ получен по запросу из M3 PA

⁹ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=84068>

	Армения (МЗ РА). Со стороны МЗ РА закупался только 1 препарат (TDF/3TC/DTG). Общая доля государственного финансирования на период 2017 – 2021 гг. составляет 26%.
9. Иная значимая информация	

В следующей части необходимо указать информацию, как минимум, по всем пунктам, приведенным ниже, вне зависимости от того, отличаются ли национальные рекомендации от Рекомендаций ВОЗ или совпадают с ними.

Пример: если национальные рекомендации и Рекомендации ВОЗ совпадают, например, в части критериев назначения АРВ-терапии, это нужно указать, сопроводив цитатами из соответствующих протоколов. При необходимости добавляйте строки.

Раздел	Страница и цитата из национальных протоколов	Ссылка на соответствующую Рекомендацию ВОЗ 2021, страница, документ, цитата (англ.)	Ссылка на соответствующую Рекомендацию ВОЗ 2021, страница, документ, цитата (рус.)	Соответствие или несоответствие рекомендациям ВОЗ
Часть 2. Рекомендации в сфере тестирования				
Повторное тестирование перед включением в программы ухода и лечения	В национальном протоколе нет рекомендации по повторному тестированию перед включением в программы ухода и лечения. При существующем алгоритме диагностики ВИЧ-инфекции в РА (два уровня проверки методом ИФА после положительного первого результата, подтверждение методом ИБ и обязательное предоставление документа, удостоверяющего личность при сдаче биологического материала).		ВОЗ 2021, стр. 31 Повторное тестирование перед началом АРТ Все люди, у которых впервые диагностирован ВИЧ, должны пройти повторное тестирование для подтверждения своего ВИЧ-статуса до начала АРТ с использованием той же стратегии и алгоритма тестирования, что и при первоначальном диагнозе. Повторное тестирование среди людей,	Не соответствует ВОЗ 2021.

			живущих с ВИЧ, которые уже знают свой статус и находятся на лечении, не рекомендуется, поскольку оно может дать неверные результаты, если человек с ВИЧ находится на АРТ.	
Услуги по дотестовому консультированию	<p>Клиническое руководство по консультированию, тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции. 2017г</p> <p>Глава 9. Дотестовое консультирование</p> <p>Стр. 19</p> <p>Пункт 19. Согласно рекомендациям ВОЗ, основными принципами предоставления консультаций и тестирования на ВИЧ-инфекцию являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) согласие, 2) конфиденциальность, 3) консультирование, 4) достоверность результатов исследования, 5) вовлечение в службах профилактики, лечения и ухода <p>Пункт 29. Дотестовое консультирование по вопросам ВИЧ проводится всем посетителям, проходящим</p>		<p>ВОЗ 2021 г., стр.13</p> <p>Услуги дотестового консультирования (основные подходы и стратегии)</p> <p>Создание благоприятных условий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Защита конфиденциальности • Предотвращение социального давления, стигмы, дискриминации • Расширение прав и возможностей сообществ • Обеспечение надлежащей политики в отношении возраста для получения согласия <p>Мобилизация платформ для создания спроса</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подходы, осуществляемые коллегами, с участием и под руководством сообществ, такие как использование 	<p>Соответствует частично:</p> <p>Клиническое руководство по консультированию, тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, 2017 - нуждается в пересмотре и внесении новых данных, согласно протоколам ВОЗ 2021г.</p> <p>В частности отсутствует внедрение в процесс для расширения охвата дотестового консультирования среди населения программ по расширению прав и возможностей сообществ, использование различных инструментов, средств массовой информации, образовательных программ.</p>

	<p>тестирование. Но отказ от дотестового консультирования не может служить основанием для не проведения тестирования.</p> <p>Предтестовое консультирование направлено на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оценить риск заражения посетителя ВИЧ-инфекцией, 2) объяснить посетителю исследования, связанные с ВИЧ <p>необходимость прохождения исследования, его клиническое и профилактическое значение,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) объяснить процедуру исследования, связанного с ВИЧ (как ведутся исследования) и значение возможных результатов, 4) обсудить все возможные последствия, связанные с ВИЧ-статусом 5) сообщить о "периоде окна" и необходимости повторного проведения исследований, 6) обсудить пути снижения риска заражения, 7) информировать посетителя о его праве отказаться от 		<p>равный равному, общественные группы и религиозные программы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цифровые инструменты, основанные на подходах по тестированию на ВИЧ, включая социальные сети, текстовые сообщения, mHealth, средства массовой информации, eHealth и другие цифровые средства массовой информации, в том числе короткие видео <p>Мобилизация стратегий для создания спроса</p> <ul style="list-style-type: none"> • Целевые акции, реклама и сообщения, связанные с атрибутами тестирования на ВИЧ, например, уникальные условия или как вариант, ночное время или выходные дни • Образовательные программы (например, драматические, спортивные и религиозные) • Стратегии консультирования (например, мотивационные сообщения) • Консультации для пар и партнерские услуги (включая 	
--	---	--	---	--

	<p>исследования</p> <p>8) информировать о факте исследования и конфиденциальности результатов</p> <p>9) получить информированное согласие посетителя для проведения исследования на ВИЧ</p> <p>10) ответить на вопросы,</p> <p>11) запланировать последующие встречи</p>		<p>подходы, основанные на социальных сетях).</p> <p>Предтестовая информация и сообщения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объяснение преимуществ тестирования и доступных услуг по профилактике и лечению • Разъяснение проблем и услуг для получающих АРТ и дальнейшие исследования • Возможность задавать вопросы. <p>Скрининг (при необходимости)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Скрининг при наличии риска: например, оценка риска для тестирования или, в условиях низкого бремени ВИЧ-инфекции, предложение услуг тестирования на ВИЧ людям, которые, когда их спрашивают, сообщают о рискованном поведении или опасаются потенциального заражения • Скрининг на симптомы и сопутствующие инфекции: например, на туберкулез, передающийся половым путем, ИППП и вирусные гепатиты 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Скрининг на ВИЧ индикаторные заболевания 	
<p>Услуги по послетестовому консультированию</p>	<p>Клиническое руководство по консультированию тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции.2017г</p> <p>Стр23.</p> <p>Пункт 51. Послетестовое консультирование по вопросам ВИЧ должно быть предоставлено всем тестированным посетителям. Послетестовое консультирование, цели:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Раскрытие результатов исследования на ВИЧ и их обсуждение 2) предоставление необходимой информации и поддержки 3) поощрение безопасного поведения, 4) направление на лечение и другие услуги. <p>Пункт 53. В случае отрицательного результата теста на ВИЧ, необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) информировать посетителя о результате исследования, 2) убедиться, что посетитель понял смысл полученного ответа; 3) напомнить о 		<p>Стр. 28.</p> <p>Связь с соответствующим и службами после постановки диагноза ВИЧ является ключевым компонентом эффективности и комплексного подхода сервисов по тестированию на ВИЧ. После тестовое консультирование и другие услуги, направляют людей к дальнейшему уходу и должны быть реализованы как часть стратегии по уходу и лечению пациентов. Основной пакет посттестовых услуг включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • четкие и краткие консультативные сообщения; • направление и предложение быстрого начала АРТ; а также • дополнительную информацию для дальнейшей профилактики ВИЧ, уход, поддержку и другие соответствующие услуги 	<p>Соответствует частично:</p> <p>Услуги по дальнейшему уходу, лечению и профилактики передачи ВИЧ, а также направление в службы поддержки, равный равному и т.д. тоже описаны, рекомендовано о быстрое начало АРТ (в течение 7 дней от постановки теста), но в тот же день начало не предлагается.</p>

	<p>существовании «периода окна» и предложить пройти повторное обследование в зависимости от возможных периодов заражения,</p> <p>4) предоставить информацию о способах профилактики ВИЧ-инфекции и о способах защиты от заражения, о безопасном поведении,</p> <p>5) Предоставить информацию представителям групп риска по вопросам профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа,</p> <p>6) объяснить важность знания статуса партнера и его возможности обследоваться,</p> <p>7) ответить на вопросы</p> <p>Пункт55. В случае положительного результата теста на ВИЧ, в ходе послетестового консультирования необходимо:</p> <p>1) доступно объяснить посетителю положительные стороны исследования, значение результата и дать ему время понять его,</p> <p>2) убедитесь, что посетитель понимает, о чем результат исследования</p> <p>3) помочь посетителю</p>			
--	---	--	--	--

	<p>преодолеть стресс, возникший из-за результата исследования</p> <p>4) обсудить приоритетные для посетителя вопросы и помочь ему, чтобы узнать, может ли его окружение помочь и поддержать его,</p> <p>5) объяснить посетителю вопросы дальнейшего диспансерного контроля, уделяя особое внимание на лечение, профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку, доступы к поддержке и уходу.</p> <p>6) предоставить базовую информацию о профилактике передачи ВИЧ, о средствах защиты и способах их применения, в том числе о профилактическом значении АРВ-лечения,</p> <p>7) предоставить основную информацию о средствах защиты здоровья (например: здоровая пища, физическая активность, преодоление стресса, отказ от употребления наркотиков, профилактика и лечение оппортунистических заболеваний и так далее),</p> <p>8) обсудить вопрос сообщения результатов исследования других людей - кому,</p>			
--	--	--	--	--

	<p>когда и как</p> <p>9) рекомендовать обследовать партнеров и детей посетителя на ВИЧ</p> <p>10) оценить возможность суицида, депрессию и другие эмоциональные проблемы и обсудить возможные меры безопасности физического состояния посетителя.</p> <p>11) разъяснить посетителю права и обязанности,</p> <p>12) предоставлять информацию о лечении ВИЧ/СПИДа, уходе и организациях поддержки,</p> <p>13) организовать включение в службы профилактики, лечения и ухода</p> <p>14) ответить на вопросы,</p> <p>15) назначать последующие встречи</p>			
<p>Тестирование на базе сообществ</p>	<p>Не описано в протоколе 2019 г.</p> <p>Клиническое руководство по консультированию тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции.2017г (стр. 17, пункт 10.) --</p> <p>“10.В данном протоколе не внесены рекомендации из протокола ВОЗ 2015г по тестированию на ВИЧ инфекцию в не</p>		<p>Стр. 17-18.</p> <p>В местах с высоким бременем ВИЧ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуются услуги сервисов по тестированию на ВИЧ на базе сообществ, связанные с услугами по профилактике, лечению и уходу, в дополнение к тестированию на базе медицинских учреждений для 	<p>Не соответствует</p> <p>Клиническое руководство по консультированию, тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, 2017 - нуждается в пересмотре и внесении новых данных,</p>

	<p>медицинских учреждениях , а также проведение не медицинским работником тестирования на ВИЧ, так как это противоречит конституции РА“</p>		<p>всех групп населения, особенно для ключевых групп населения (сильная рекомендация,</p> <p>Услуги тестирования на ВИЧ на базе сообщества могут предоставляться отдельно или в сочетании с тестированием и скринингом на другие инфекции, такие как туберкулёз, вирусный гепатит и ИППП или в рамках других общественных услуг, таких как охрана здоровья матери и ребенка, а также контрацепция</p>	<p>согласно протоколам ВОЗ 2021г.</p> <p>В частности в протоколе отсутствует информация о тестировании на базе сообществ, хотя тестирование проводится в Армении на базе отдельных сообществ.</p>
<p>Услуги по самотестированию</p>	<p>Клиническое руководство по консультированию тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции.2017г</p> <p>Стр. 33. Глава14.Самотестирование на ВИЧ</p> <p>Пункт 81. Самотестирование на ВИЧ рекомендуется в качестве дополнительного подхода в исследовании на ВИЧ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств)</p> <p>Пункт 82. Самотестирование на ВИЧ может проводиться медицинским работником по инициативе посетителей,</p>		<p>Стр. 18. Рекомендации, 2019 г.</p> <p>Самотестирование на ВИЧ должно предлагаться как дополнительный подход к услугам тестирования на ВИЧ (сильная рекомендация, доказательства со средним уровнем достоверности).</p> <p>Примечания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Желательно предоставление услуг по самотестированию на ВИЧ и вариантов поддержки. • Сообщества должны быть вовлечены в разработку и адаптацию 	<p>Соответствует рекомендации м ВОЗ 2021 г.</p> <p>Формулировка понятия «самотестирование» в национальном протоколе кроме тестирование, который человек выполняет самостоятельно, включает также тестирование на базе сообществ и point-of-care тестирование медработниками</p>

	<p>людьми, предоставляющими другие услуги или самими посетителями. Пункт83</p> <p>В случае положительного результата при самотестировании необходимы дополнительные исследования в специализированной медицинской организации для подтверждения или опровержения полученного результата</p> <p>[то есть выполненный при самотестировании тест считается первым положительным серологическим тестом, который должен быть подтвержден в референсной лаборатории специализированной медицинской организации].</p> <p>Пункт 85 Самотестирование может быть приемлемым вариантом для широких слоев общества, особенно для тех, кто постоянно демонстрирует рискованное поведение и для тех, кто избегает посещения медицинских учреждений.</p>		<p>моделей самотестирования на ВИЧ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самотестирование на ВИЧ не дает окончательного положительного диагноза ВИЧ. Лица с положительным результатом теста должны пройти дальнейшее тестирование у обученного специалиста с использованием национального алгоритма тестирования. 	
<p>Тестирование на базе медицинских учреждений</p>	<p>Клиническое руководство по консультированию тестированию и лабораторной</p>		<p>Стр24. Руководство ВОЗ рекомендует ежегодное повторное тестирование для:</p>	<p>Соответствует рекомендации ВОЗ 2021г частично-отсутствует</p>

	<p>диагностике ВИЧ-инфекции.2017г</p> <p>Пункт 61.Текущее (плановое) обследование на ВИЧ-инфекцию [имеется в виду тестирование, инициированное мед работником, по любым показаниям] дает возможность воспринимать это исследование как рутинное медицинское вмешательство и снижает такие барьеры к обращаемости за медпомощью, как стигма и дискриминация.</p> <p>Пункт 62. Тестирование на ВИЧ, осуществленное по инициативе медицинских работников - стандартная процедура консультаций и исследований на ВИЧ, которые медицинский работник предлагает посетителю медицинской организации, рутинное исследование.</p> <p>Пункт 65. Тестирование и консультацию по поводу ВИЧ-инфекции необходимо предлагать в следующих случаях:</p> <p>1) по клиническим показаниям</p> <p>2) представители наиболее уязвимых групп населения, их партнеры (потребители инъекционных наркотиков, работни-</p>		<ul style="list-style-type: none"> • все сексуально активные лица с высоким риском заражения ВИЧ; • люди, подверженные постоянному риску заражения ВИЧ: <ul style="list-style-type: none"> – ключевые группы населения, определяемые как мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, лица, находящиеся в местах лишения свободы или люди, употребляющие инъекционные наркотики, секс-работники и трансгендеры; – группы риска, характерные для страны или эпидемии, такие как мужчины и девочки-подростки и молодые женщины в восточной и южной частях Африки; – люди с известным ВИЧ-положительным партнером. – лица с диагнозом и получающие лечение от ИППП или с вирусным гепатитом; – лица с подтвержденным или предполагаемым диагнозом ТБ; – амбулаторные пациенты с клиническими 	<p>повторный тест на ВИЧ у беременных с неизвестным статусом и у женщин с отрицательным ВИЧ статусом в послеродовом периоде.</p>
--	---	--	--	--

	<p>цы коммерческих секс-услуг, мужчины, имеющие секс с мужчинами, люди, находящиеся в исправительных учреждениях, мигранты и их партнеры),</p> <p>3) всем беременным (в настоящее время: плановый осмотр)</p> <p>4) больные туберкулёзом или подозрением на туберкулез</p> <p>5) больные с ИППП</p> <p>6) Партнеры ВИЧ инфицированных пациентов</p> <p>Пункт 139. Дети, родившиеся от ВИЧ инфицированных матерей должны проходить тестирование на ВИЧ.</p> <p>Пункт 140. По инициативе медицинского работника должны проводиться исследования на ВИЧ у детей, рожденных от матерей с неизвестным ВИЧ статусом, а также у детей с возможными симптомами ВИЧ инфекции.</p>		<p>состояниями или симптомами, характерными для ВИЧ;</p> <p>– лица, недавно подвергшиеся риску заражения ВИЧ.</p> <p>Повторное тестирование всех беременных женщин с неизвестным или отрицательным ВИЧ-статусом на поздних сроках беременности, при визите в третьем триместре.</p> <p>Дополнительный повторный тест для женщин с неизвестным или ВИЧ-отрицательным статусом в послеродовом периоде. Партнеры и дети, родившиеся от женщин с ВИЧ, не имеющие подавленной вирусной нагрузки.</p>	
<p>Диагностика ВИЧ-инфекции у детей и младенцев, в частности, чувствительность и специфичность тестов</p>	<p>Клиническое руководство по консультированию, тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции. 2017г</p> <p>Глава 19. Диагностика ВИЧ инфекции.</p>		<p>Стр. 26 Тестирование младенцев методом ПЦР (выявление нуклеиновых кислот (NAT)), контактировавших с ВИЧ при рождении, можно рассмотреть как подходы для</p>	<p>Соответствует рекомендациям ВОЗ 2021</p>

	<p>Пункт 102.ВИЧ-инфекция у детей и взрослых старше 18 месяцев диагностируется на основании результатов серологических анализов, путем обнаружения антител и/или антигена p24 ВИЧ.</p> <p>Пункт 103.Характеристики тестов, применяемых для исследования серологическими методами приведены в таблице 1 (стр36).</p> <p>Пункт 117.В качестве первого теста выбирается тот, у которого наибольшая чувствительность.</p> <p>чтобы не пропустить положительные случаи. Последующие исследования выполняются для исключения ложноположительных случаев и подтверждения положительных.</p> <p>Пункт 118. Серологические тесты четвертого поколения (экспресс-тесты, ИФА, ICIA, ECLIA) позволяют раннее выявление ВИЧ-инфекции на ранних стадиях ВИЧ инфекции, потому что они могут выявлять антитела к ВИЧ1/2и антиген p24, что значительно сокращает «период окна». Отсюда серологические тесты четвертого поколения</p>		<p>ранней диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев. (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>В условиях высокого бремени ВИЧ-инфекции младенцы и дети с неизвестным ВИЧ-статусом, которые госпитализированы для стационарного лечения должны регулярно проходить тестирование на ВИЧ (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>В условиях высокого бремени ВИЧ-инфекции младенцам и детям с неизвестным ВИЧ-статусом следует предлагать тестирование на ВИЧ в амбулаторных условиях или в клиниках иммунизации (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Тестирование на ВИЧ методом выявления нуклеиновых кислот в местах оказания медицинской помощи следует использовать для диагностики ВИЧ среди младенцев и детеймолоче 18 месяцев (сильная рекомендация, высокая степень</p>	
--	---	--	---	--

	<p>наиболее предпочтительны для первичных исследований, когда первична сероконверсионная чувствительность.</p> <p>Пункт 119. Некоторые тесты четвертого поколения могут обнаруживать и антиген p24 и антитела к ВИЧ1/2, что дает возможность выявить ВИЧ-инфекцию в стадии Острый ВИЧ.</p> <p>Пункт 128. Для диагностики ВИЧ (у детей старше 18 месяцев и взрослых) тактика исследований на ВИЧ представляет последовательность четырех различных серологических тестов, не имеющих общей псевдореактивности. Эта тактика предполагает также выявление провирусного ДНК ВИЧ методом ПЦР для окончательного подтверждения диагноза. [то есть все дети старше 18 месяцев и взрослые также должны быть протестированы на ДНК ВИЧ, если есть спорная ситуация с положительным и отрицательными ИФА (V1+, V2- и V3-тестами 4-ого поколения)].</p> <p>Пункт 137. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей до 18 месяцев проводится методом ПЦР,</p>		<p>доказательств).</p> <p>Экспресс-тесты для серологического анализа на ВИЧ могут использоваться для оценки воздействия ВИЧ на младенцев, моложе четырехмесячного возраста. ВИЧ статус среди младенцев и детей в возрасте 4–18 месяцев должен быть подтвержден с помощью серологического тестирования матери на ВИЧ (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Экспресс-тесты для серологического анализа на ВИЧ могут быть использованы для диагностики ВИЧ-инфекции среди детей старше 18 месяцев в соответствии с национальной стратегией тестирования (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>Стр. 51</p> <p>2.8.6 При диагностике младенцев для сведения к минимуму ложноположительных результатов используются ПЦР</p>	
--	---	--	---	--

	<p>направленным на выявление ДНК ВИЧ (сильная рекомендация, высокое качество доказательств). У детей до 18 месяцев серологическое исследование не применяется, так как у этих детей результат может быть положительным из-за наличия трансплацентарнополученных материнских антител к ВИЧ.</p> <p>Пункт 138. Серологическое исследование на ВИЧ проводится у детей до 18 месяцев с целью выяснения вероятного контакта с ВИЧ.</p>		<p>тесты для выявления нуклеиновых кислот с неопределенным диапазоном теста (таблица 2.2)</p>	
<p>Тестирование в специальных группах (подростки, беременные женщины, пары и партнеры)</p>	<p>Клиническое руководство по консультированию тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, 2017 г.</p> <p>Глава 12.</p> <p>Пункт 65. Необходимо предлагать консультацию и тестирование на ВИЧ-инфекцию:</p> <p>1) по клиническим показаниям,</p> <p>2) представители наиболее уязвимых групп населения, их партнёры (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческих секс-услуг, мужчины, имеющие секс с мужчинами, люди, находящиеся в исправительных</p>		<p>Стр. 27</p> <p>Рекомендации</p> <p>Все беременные женщины должны пройти тестирование на ВИЧ, сифилис и поверхностный антиген гепатита В (HBsAg),</p> <p>по крайней мере один раз и как можно раньше (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств)</p> <p>Двойные экспресс-тесты на ВИЧ и сифилис могут стать первым тестом в стратегиях и алгоритмах по тестированию на ВИЧ в дородовом периоде.</p>	<p>Соответствует частично ВОЗ 2021.</p> <p>В частности, нет данных, что возможно тестирование двойными экспресс-тестами (одновременн о тест на ВИЧ и сифилис). При использовании таких тестов можно снизить намного стигму, так как исследование на сифилис является рутинным при любом обращении в медицинское учреждение.</p>

	<p>учреждениях, мигранты и их партнеры),</p> <p>3) всем беременным (в настоящее время: плановый осмотр)</p> <p>4) больные туберкулёзом или подозрением на туберкулез</p> <p>5) больные с ИППП</p> <p>6) Партнеры ВИЧ инфицированных пациентов</p> <p>Пункт 66. Необходимо консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию всем взрослым, подросткам и детям, обратившимся в медицинскую организацию с такими жалобами, симптомами или патологическим состоянием, которые могут быть обусловлены ВИЧ инфекцией.</p> <p>Пункт 73. Медицинские работники должны предлагать тестирование на ВИЧ-инфекцию представителям групп риска, при каждом их обращении в медицинскую организацию.</p> <p>75. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у беременных, раннее АРВ лечение и проведение других комплексных мероприятий могут свести к минимуму</p>		<p>Всем людям с ВИЧ следует предлагать добровольный комплексный пакет услуг по тестированию и уходу</p> <p>(сильная рекомендация, средний уровень доказательств).</p> <p>Пары и партнеры ВИЧ позитивных людей должны получать услуги по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ при раскрытии друг другу информации о статусе (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Женщинам, подверженным любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуальному насилию со стороны любого преступника, должна быть предложена немедленная поддержка. Представители здравоохранения должны, как минимум, оказывать первую помощь, когда женщины сообщают о насилии.</p> <p>Медицинские работники должны</p>	
--	---	--	--	--

	<p>риск передачи ВИЧ от матери к ребенку. Учитывая это, всем беременным следует пройти</p> <p>исследование на ВИЧ во время беременности</p> <p>как можно раньше, при первом посещении женской консультации.</p> <p>Беременные с неизвестным статусом ВИЧ должны проходить тестирование на ВИЧ.</p> <p>Все дети, рожденные от ВИЧ положительных матерей должны быть тестированны.</p>		<p>уточнить вопросы, касающиеся о типе насилия со стороны интимного партнера для оценки состояния, что может помочь в диагностике, идентификации и организации дальнейшей помощи и уходу.</p>	
<p>Алгоритмы диагностики</p>	<p>Клиническое руководство по консультированию тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции.2017г</p> <p>Пункт 101. Исследования на ВИЧ проводятся согласно инструкциям используемых тестов и последовательности действий стандартных процедур.</p> <p>Пункт102. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей старше 18 месяцев и взрослых проводится серологическими методами путём обнаружения антител и/или антигена р24 ВИЧ.</p> <p>Пункт 110. Чаще всего используются для диагностики</p>		<p>Стр. 31</p> <p>ВОЗ рекомендует, чтобы все алгоритмы тестирования на ВИЧ обеспечивали как минимум 99%.</p> <p>прогностическую ценность положительных результатов и использовались тесты с чувствительностью $\geq 99\%$ и $\geq 98\%$ специфичностью.</p> <p>Первый тест в алгоритме тестирования на ВИЧ должен иметь самую высокую чувствительность, а затем второй и третий тесты иметь высокую специфичность.</p> <p>Странам следует</p>	<p>Не соответствует ВОЗ 2021г.</p> <p>В частности, алгоритмы диагностики ВИЧ инфекции в Армении отличаются кардинально. Кроме экспресс-тестов, скрининговых серологических тестов, для окончательного подтверждения диагноза ВИЧ инфекция используется также иммуноблот, что исключают рекомендации ВОЗ 2021г.</p>

	<p>ВИЧ-инфекции серологические тесты. Их выбор производится с учетом лабораторных возможностей медицинских организаций, насыщенности аппаратов, квалификации персонала,</p> <p>характеристики тестов, группы исследуемого населения.</p> <p>Пункт 111. Визуально результаты исследований должны повторно расшифровываться вторым сотрудником</p> <p>в течение срока, установленного инструкцией теста.</p> <p>Пункт 116. Каждый положительный результат теста на ВИЧ должен быть подтвержден последующими исследованиями.</p> <p>Пункт 117. В качестве теста первой линии выбирается тест с наибольшей чувствительностью:</p> <p>чтобы не пропустить истинно положительные образцы. Последующие исследования проводятся для исключения ложноположительных результатов и подтверждения истинно положительных.</p>		<p>рассмотреть возможность перехода к стратегии трех тестов, поскольку</p> <p>национальные программы тестирования на ВИЧ падают ниже 5%, то есть все люди</p> <p>обращающиеся за услугами по тестированию на ВИЧ, должны иметь три последовательных положительных результата теста для получения окончательного диагноза ВИЧ.</p> <p>Двойные экспресс-тесты на ВИЧ/сифилис могут быть первым тестом в стратегиях тестирования на ВИЧ</p> <p>тестированию на ВИЧ в дородовом периоде.</p> <p>ВОЗ предлагает использовать стратегию тестирования для диагностики ВИЧ, подходящую для ВИЧ</p> <p>постановки диагноза во время эпиднадзора и регулярное предоставление возможности тестирования на ВИЧ.</p> <p>Все люди, у которых впервые диагностирован ВИЧ, должны пройти повторное тестирование для</p>	
--	--	--	---	--

	<p>Пункт 118. Серологические тесты четвертого поколения (экспресс-тесты, ИФА, ICCLA) позволяют выявить ВИЧ-инфекцию на ранней стадии заболевания, что значительно сокращает «период окна». Они могут обнаруживать как антитела к ВИЧ1/2, так и антиген ВИЧ p24. По этой причине серологические тесты четвертого поколения</p> <p>наиболее предпочтительны для первичных исследований, когда в первую очередь нужна сероконверсионная чувствительность.</p> <p>Пункт 119. Некоторые серологические тесты четвертого поколения могут выявлять отдельно антиген ВИЧ p 24 или антитела к ВИЧ 1/2, что теоретически позволяет выявить острую ВИЧ-инфекцию.</p> <p>Пункт 122. Для максимальной достоверности диагностики ВИЧ-инфекции согласно</p> <p>Рекомендации ВОЗ следует применять стандартизированные стратегии исследований на ВИЧ.</p> <p>Стратегия диагностики ВИЧ инфекции описывает последовательность</p>		<p>подтверждения своего ВИЧ-статуса до начала АРТ с использованием той же стратегии и алгоритма тестирования, что и при первоначальном диагнозе.</p> <p>Повторное тестирование среди людей, живущих с ВИЧ, которые уже знают свой статус и находятся на</p> <p>лечении, не рекомендуется, поскольку оно может дать верный результат, если человек с ВИЧ</p> <p>находится на АРТ.</p> <p>ВОЗ также рекомендует странам отказаться от использования вестерн-блоттинга и иммунологических анализов в своих национальных стратегиях или алгоритмах тестирования в пользу более простых и менее</p> <p>дорогостоящих экспресс-тестов для поддержки и увеличения</p> <p>тестирования на ВИЧ, профилактики и лечения. С помощью экспресс-теста обученный работник может</p>	
--	--	--	--	--

	<p>проведения исследований. Подтверждающее исследование для постановки диагноза ВИЧ инфекции проводится в Республиканском центре по профилактике СПИДа. В других лабораториях проводятся только скрининговые исследования на ВИЧ.</p>		<p>установить диагноз ВИЧ в течение одного посещения в медицинское учреждение или в сообществах.</p> <p>ВОЗ по-прежнему рекомендует, чтобы люди, у которых ранее был диагностирован ВИЧ, были повторно протестированы перед началом АРВ лечения. Это повторное тестирование для подтверждения положительного диагноза ВИЧ предназначено для</p> <p>для обнаружения ошибок, таких как неправильная оценка результатов теста или других случайных ошибок, связанных с</p> <p>тестом. Повторное тестирование распространено среди людей, живущих с ВИЧ, которые</p> <p>уже знают о своем статусе, включая тех, кто проходит лечение.</p>	
Использование вестерн-блоттинга в национальном алгоритме тестирования	<p>Клиническое руководство по консультированию, тестированию и лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, 2017 г.</p> <p>Пункт 129. Окончательная</p>		<p>Стр. 31</p> <p>Вестерн-блоттинг и линейный иммуноанализ не должны использоваться в национальных стратегиях и алгоритмах</p>	<p>Не соответствует ВОЗ 2021 г.</p> <p>ВОЗ не рекомендует использовать иммуноблот для диагностики</p>

	<p>лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции проводится в Республиканском центре по профилактике СПИДа.</p> <p>Пункт 135. Для диагностики ВИЧ используется подтверждающий тест.</p> <p>Вестерн-блот или иммуноблот.</p> <p>1) Статус в случае положительного результата теста считается ВИЧ-позитивным и у него диагностирована ВИЧ-инфекция.</p> <p>2) Статус в случае отрицательного результата подтверждающего теста считается ВИЧ-отрицательным, если подтверждающее исследование выполнено с В1 через 14 дней и с новым образцом крови.</p> <p>3) В случае подтверждающего результата теста статус считается сомнительным, человека повторно обследуют с новым образцом крови через 14 дней.</p> <p>Исследование на ВИЧ проводится методом ПЦР ДНК для диагностики острой ВИЧ инфекции.</p>		<p>тестирования (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p>	<p>ВИЧ инфекции.</p>
<p>Иное, не отраженное</p>				

Выше				
Часть 3. Рекомендации в сфере использования АРВ-препаратов для профилактики ВИЧ-инфекции				
<p>Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции</p>	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2017 г.</p> <p>Пункт 505. Доконтактная профилактика тенофовиром рекомендуется как дополнительное средство профилактики для людей, которые имеют высокий риск инфицирования ВИЧ-инфекцией.</p> <p>(сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).</p> <p>Пункт 507. ДКП проводится тенофовиром или тенофовир/эмтрицитабин по 1 таблетке 1 раз в день для приема внутрь.</p> <p>Пункт 508. До начала ДКП, а затем каждые 3 месяца раз необходимо пройти обследование на ВИЧ-инфекцию. Перед началом ДКП необходимо провести обследования на гепатиты В и С.</p>		<p>ВОЗ 2021, стр. 68</p> <p>Пероральная доконтактная профилактика (ДКП), содержащая TDF, должна предлагаться в качестве дополнительного о способа профилактики для людей с высоким риском заражения ВИЧ, поскольку это часть комплексных подходов к профилактике ВИЧ (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств). В 2019 г. ВОЗ опубликовала технический краткий обзор обновлённых рекомендаций ВОЗ по пероральной ДКП, включающий варианты схем для трансгендерных мужчин, имеющих секс с мужчинами. Это состояло из приема двойной дозы перорального ДКП за 2–24 часа до полового акта, за которой следует третья доза через 24 часа после</p>	<p>Соответствует частично ВОЗ 2021 г.</p> <p>Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции не освещена в клиническом протоколе полностью, вероятнее всего из-за отсутствия пересмотра данных ВОЗ 2021 г.</p> <p>Не четко определены группы лиц, которым показана ДКП, нет рекомендации по прерывистой ДКП «по требованию», по использованию вагинальных колец с дапивирином</p>

			<p>первых двух доз и четвертую дозу через 48 часов после первых двух доз.</p> <p>Это было описано как 2+1+1. Если в последующие дни будут еще больше половых актов, то прием препаратов можно продолжать принимать ежедневно до тех пор, пока сохраняется сексуальный риск, однократно в сутки и продолжить прием еще два дня после последнего полового акта. В исследовании среди трансгендерных женщин и трансгендерных мужчин при непосредственном наблюдении за приемом суточной дозы препаратов, концентрации препаратов в крови были аналогичны таковым у цисгендерных мужчин.</p> <p>Защитные концентрации препаратов могут быть достигнуты при ежедневном приеме перорального ДКП даже на фоне приема</p>	
--	--	--	---	--

			<p>гормонов. Следует предлагать ежедневный прием пероральной ДКП трансгендерам, подвергающимся высокому риску заражения ВИЧ. Концентрация гормонов в сыворотке не влияет на прием TDF + FTC.</p> <p>Стр79.</p> <p>Вагинальное кольцо с дапивирином может быть предложено в качестве выбора дополнительной профилактики для женщин с высоким риском инфицирования ВИЧ (условная рекомендация, со средним уровнем доказательства)</p> <p>.</p> <p>Приобретенный во время беременности или кормления грудью ВИЧ у женщин, связан с повышенным риском передачи ВИЧ ребенку. Имеется большой объем доказательств, свидетельствующих о том, что пероральная ДКП, содержащая тенофовир, безопасна во время</p>	
--	--	--	---	--

			беременности и кормления грудью.	
Алгоритм и схемы постконтактной профилактики для разных групп населения, в том числе для ППМР	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2017 г.</p> <p>Пункт 501. Схемы, содержащие 2 АРВ препарата, эффективны при ПКП, но схемы, содержащие 3 АРВ-препарата предпочтительнее (условная рекомендация, низкий уровень доказательств) Долутегравир рекомендуется в качестве выбора третьего препарата при ПКП у взрослых и подростков (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств). ATV/r, DRV/r, LPV/r, и RAL могут рассматриваться как альтернативные варианты третьего препарата у взрослых, подростков и детей для ПКП (условная рекомендация, низкое качество доказательств). DTG рекомендуется в качестве третьего препарата для ПКП у детей при наличии таблеточных форм, в расчете на вес и возраст. (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Пункт 65. Дети,</p>		<p>Страница 88 Рекомендации (2016 г.)</p> <p>Схема ПКП ВИЧ с двумя АРВ-препаратами эффективна, но три препарата предпочтительнее (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Взрослые и подростки</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) рекомендуется в качестве предпочтительной базовой схемы при ПКП ВИЧ (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>DTG рекомендуется в качестве предпочтительного третьего препарата для ПКП ВИЧ (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств). При наличии ATV/r, DRV/r, LPV/r и RAL можно их рассматривать как альтернативный третий препарат для ПКП (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Дети</p>	Соответствует ВОЗ 2021.

	<p>рожденные от ВИЧ-позитивных матерей, находящиеся на грудном вскармливании, а также дети, у которых был впервые зафиксирован контакт с ВИЧ в послеродовом периоде, должны продолжать прием АРВТ еще в течение 6 недель (всего 12 недель) AZT (двукратно ежедневно) с NVP (один раз в день) или только NVP (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>66. Младенцы, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, получающих АРВ-терапию и находящиеся на грудном вскармливании, должны получать NVP для профилактики один раз в день в течение 6 недель (сильная рекомендация, средний уровень доказательств).</p> <p>67. Профилактика NVP (один раз в день) или AZT (два раза в день) в течение 4–6 недель у детей, находящихся на искусственном вскармливании (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p>		<p>AZT + ЗТС рекомендуется в качестве предпочтительной базовой схемы для ПКП ВИЧ.</p> <p>Для детей 10 лет и младше.</p> <p>ABC + ЗТС или TDF + ЗТС (или FTC) могут рассматриваться как альтернативные схемы (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>DTG был утвержден в июне 2020 года для всех детей старше 4 недель с весом более 3 кг и при наличии диспергируемых таблеток можно легко рассчитать дозу для всех детей с массой тела менее 20 кг. Для детей с весом более 20 кг можно использовать таблетки 50 мг с пленочным покрытием.</p> <p>Стр. 91 Рекомендации, 2016 г.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Младенцы, рожденные от матерей с ВИЧ, которые подвержены высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, должны получать двойную 	
--	--	--	--	--

			<p>профилактику с ежедневным приемом AZT и NVP в первый день жизни в течение 6 недель, независимо от того, находятся ли они на грудном вскармливании или на искусственном вскармливании (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>• Младенцы, находящиеся на грудном вскармливании, подверженные высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, в том числе впервые выявленные как контактировавшие с ВИЧ в послеродовом периоде, должны продолжать прием АРВ препаратов в течение дополнительных 6 недель (всего 12 недель) с использованием либо AZT и NVP, либо только NVP (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p>	
<p>Иное, не отраженное выше</p>				
<p>Часть 4. Рекомендации по выбору АРВ препаратов для схем лечения 1-го, 2-го, 3-го</p>				

ряда				
<p>Когда начинать АРТ, в т. ч. рекомендации по отдельным группам пациентов (для которых рекомендуется назначение в неотложном порядке)</p>	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов. 2019 г.</p> <p>Пункт131.АРВ-терапия показана всем взрослым (19 лет и старше) с ВИЧ-инфекцией, независимо от клинической стадии заболевания и числа лимфоцитов CD4+ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств). Приоритет следует отдавать пациентам с клинической стадией ВИЧ-инфекции 3 или 4 и/или лимфоцитами CD4+ <350 клеток/мкл (сильная рекомендация, среднее качество доказательств)</p> <p>132. АРВ-терапия показана всем подросткам (10-19 лет) с ВИЧ-инфекцией, независимо от клинической стадии заболевания и числа лимфоцитов CD4+ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств). Приоритет следует отдавать пациентам с клинической стадией ВИЧ-инфекции 3 или 4 и/или лимфоцитами CD4+ <350 клеток/мкл (сильная рекомендация, среднее качество доказательств)</p>		<p>Стр 110</p> <p>АРТ следует начинать всем людям, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии ВОЗ и при любом количестве клеток CD4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Взрослые (сильная рекомендация, среднее качество доказательств); • Беременные и кормящие женщины (сильная рекомендация, среднее качество доказательств); • Подростки (условная рекомендация, низкое качество доказательств); • Дети, живущие с ВИЧ, в возрасте от одного года до менее 10 лет (условная рекомендация, низкое качество доказательств); •Младенцы, диагностированные на первом году жизни (сильная рекомендация, среднее качество доказательств). <p>У людей, живущих с ВИЧ, и с симптомами</p>	<p>Соответствует частично рекомендация м ВОЗ 2021 г. соответствует показаниям начала АРВ, но не соответствует:</p> <p>1.Ранее начало АРТ –в тот же деньлюдям, которые готовыначинат ь АРТ</p> <p>2.Начало АРТ у людей с криптококковым менингитом откладывается , но указывается не срокипо времени, а клинический критерий</p>

	<p>133. АРТ следует начинать всем беременным и кормящим женщинам с ВИЧ-инфекцией, независимо от клинической стадии и количества лимфоцитов CD4+, и продолжать ее в течение всей жизни (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).</p> <p>134. АРВ-терапия показана всем детям с ВИЧ-инфекцией независимо от клинической стадии заболевания и количества CD4+-лимфоцитов:</p> <p>1) дети с диагнозом ВИЧ в течение первого года жизни (сильная рекомендация, среднее качество доказательств)</p> <p>2) ВИЧ-инфицированные дети в возрасте 1–10 лет (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>136. АРТ следует начинать всем пациентам с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, независимо от числа лимфоцитов CD4+ (сильная рекомендация, доказательства высокого качества). При МЛУ-ТБ начать противотуберкулезное лечение как можно раньше в течение первых 8 недель (сильная рекомендация, высокое</p>		<p>ТБ, за исключением поражения ЦНС (ТБ менингит), необходимо начать АРТ быстро, при последующем наблюдении в течение семи дней от начала лечения ТБ, если ТБ подтвердился.</p> <p>• У пациентов с криптококковым менингитом начало АРТ следует отложить до тех пор, пока клиническое состояние не стабилизируется после 4 недель противогрибковой терапии (индукционная и стабилизирующая терапия комбинированными схемами, содержащими амфотерицин В с флуцитозином или флуконазолом) или после 4-6 недель лечения высокими дозами флуконазола (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>У людей, живущих с ВИЧ, с туберкулезным менингитом или другими формами менингеальной инфекции таких как</p>	
--	--	--	--	--

	<p>качестводоказательств). У пациентов с коинфекциейВИЧ/ТБ, противотуберкулезное лечение следует начинать в течение 2 недель после начала противотуберкулезного лечения. АРВ-терапию при туберкулезном менингите следует отложить до окончания активной фазы противотуберкулезного лечения.</p> <p>137. У пациентов с криптококковым менингитом рекомендуется отложить АРВ-терапию из-за высокого риска возникновения СВИС, что может быть опасным для жизни. У пациентов с криптококковым менингитом АРВ-терапию следует начинать после достижения стабильного клинического ответа на противогрибковую терапию.</p> <p>Перед началом АРВ-терапии рекомендуется первичная криптококковаяпротивогрибковая профилактика у пациентов с отрицательнымрезультатом теста на криптококковый антиген или данными об этом у пациентов с числом лимфоцитов CD4+ менее 100 клеток/мкл.</p>		<p>криптококковый менингит, более раннее начало АРТ связано с более тяжелыми последствиями и высокой смертностью при криптококковом менингите.</p> <p>Нет проспективных данных о том, когда начинать АРТ среди бессимптомных больныхкриптококковойантигенемией после начала противогрибковой профилактики.</p> <p>Руководство Южноафриканского общества клиницистов по ВИЧ рекомендует начинать АРТ через 2 недели после начала флуконазола, и рассмотреть вопрос о начале АРТ немедленно, если в люмбальная пункция исключает криптококковый менингит у людей с наличием положительного результата на криптококковый антиген крови.</p>	
Выбор препаратов первого ряда, в	Клиническое руководство по профилактике и		Стр. 123 Схема АРВ-препаратов	Соответствует рекомендации м ВОЗ 2021 г.,

<p>т. ч.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Преференции препаратам с фиксированными комбинациями доз (ФКД) • Использование DTG и EFV400 в соответствии с обновленными рекомендациями 2021 года • Рекомендации касательно использования долутегравира у женщин детородного возраста и беременных женщин 	<p>лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов. (2019г)</p> <p>Пункт 122. В схемах АРВ-терапии первого ряда рекомендуется сочетать 2 НИОТа с DTG. Если DTG противопоказан, его заменяют EFV, DTG можно заменить усиленным ритонавиром ИП или RAL.</p> <p>Предпочтительные и альтернативные схемы АРВ-терапии первой линии представлены в таблице 3.</p> <p>141. Предпочтение отдается комбинации TDF+3TC+DTG с фиксированной дозой (TLD). TLD показано подросткам с массой тела выше 30кг. Низкие дозы EFV (EFV400)+2НИОТа рекомендуются ВИЧ-инфицированным взрослым и подросткам, ранее не получавшим лечение, в качестве альтернативной схемы первого ряда, за исключением случаев, когда уровень первичной резистентности ВИЧ к EFV и NVP превышает 10% (сильная рекомендация, средний уровень доказательств) TDF+3TC+EFV400</p> <p>Пункт 145 Выбор третьего препарата осуществляется исходя из следующих принципов:</p> <p>1) В схемах АРВ-терапии первой линии</p>		<p>первого ряда</p> <p>1. DTG в сочетании с 2НИОТ ами рекомендуется в качестве предпочтительной схемы первого ряда АРТ для людей, живущих с ВИЧ:</p> <p>- Взрослые и подростки (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательства)</p> <p>- Младенцы и дети с одобренной дозировкой DTG (условная рекомендация, низкий уровень доказательства)</p> <p>2. EFV в низкой дозе (400 мг) в сочетании с 2НИОТами рекомендуется в качестве альтернативной схемы первого ряда АРТ для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ (сильная рекомендация, умеренный уровень)</p> <p>3. Схема на основе RAL может быть рекомендована в качестве предпочтительной схемы первого ряда АРТ для новорожденных (условная</p>	<p>за небольшими исключениями. Так, ВОЗ рекомендует ИП/r и RAL не как альтернативу DTG для взрослых, а только в схемах первого ряда «при особых обстоятельствах».</p> <p>Как и рекомендует ВОЗ, схемы с долутегравиrom являются предпочтительными для женщин детородного возраста и не требуют применения мер контрацепции во время приема DTG.</p>
---	--	--	---	---

	<p>2 НИОТа комбинируют препаратами из 2 классов: ИИ, НеНИОТи, а как альтернативный вариант препараты из ИП.</p> <p>Долутегравир рекомендуется для использования в предпочтительной схеме АРВ-терапии первой линии. Комбинация долутегравира с 2 НИОТаами более эффективна в подавлении вирусной нагрузки и более быстром восстановлении количества клеток CD4+, чем EFV. Долутегравир имеет более высокую эффективность в подавлении вирусной нагрузки по сравнению с другими ингибиторами интегразы.</p> <p>Применение долутегравира во время зачатия может быть потенциально опасным. Дефекта нервной трубки у новорожденных, рожденных от матерей, получавших DTG в более поздние сроки беременности (6-8нед после зачатия), не было зарегистрировано.</p> <p>Пункт 140. Женщинам репродуктивного возраста и девочкам-подросткам перед назначением DTG следует предложить эффективную контрацепцию. DTG назначают женщинам, не использующим постоянно</p>		<p>рекомендация, очень низкий уровень доказательства)</p> <p>.</p> <p>По состоянию на июль 2021 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США и Европейское агентство по лекарственным средствам одобрили DTG для младенцев и детей старше четырех недель и весом не менее 3 кг.</p>	
--	--	--	---	--

	<p>контрацепцию или желающим забеременеть, если они полностью информированы о возможном повышении риска развития дефектов нервной трубки (в период зачатия и до окончания I триместра). Если женщина забеременела после первого триместра, лечение DTG назначают или продолжают на протяжении всей беременности.</p>			
<p>АРТ первого ряда для особых групп пациентов</p>	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2019 г.</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + EFV 600</p> <p>AZT + 3TC + EFV 600</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + PI/r</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + RAL</p> <p>TAF + 3TC (или FTC) + DTG</p> <p>ABC + 3TC + DTG</p> <p>Больным с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ назначают DTG по 50 мг 2 раза в сутки из-за взаимодействия с рифампицином.</p> <p>EFV400 можно назначать пациентам, получающим противотуберкулезное лечение с</p>		<p>Стр131-132</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + EFV600</p> <p>AZT + 3TC + EFV 600</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + PI/r</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + RAL</p> <p>TAF + 3TC (или FTC) + DTG</p> <p>ABC + 3TC + DTG</p> <p>TDF + 3TC (или FTC) + PI/r</p> <p>Люди с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, получающие лечение по схемам, содержащим рифампицин должны принимать 50 мг DTG двукратно через 12 часов после приема основной схемы АРВ-препаратов.</p>	<p>Соответствует рекомендации м ВОЗ 2021 г.</p>

	рифампицином, поскольку он хорошо переносится и концентрация препарата в крови остается на уровне, обеспечивающем эффективность.			
Рекомендации по грудному вскармливанию младенцев	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2019 г.</p> <p>Пункт 464. Отказ от грудного вскармливания исключает риск послеродовой передачи ВИЧ от матери к ребенку.</p> <p>Пункт 465. Вероятность передачи ВИЧ при смешанном вскармливании выше, чем при исключительно грудном вскармливании.</p> <p>Пункт 466. Искусственное питание должно соответствовать следующим 5 критериям: быть применимым, выполнимым, доступным, устойчивым и безопасным.</p> <p>Пункт 467. Всем беременным проводится подробное и полное консультирование по вопросам грудного и искусственного вскармливания, их преимуществ и возможной опасности для новорожденного, информируется о возможности</p>		<p>Стр. 92.</p> <p>Рекомендации ВОЗ по вскармливанию детей грудного возраста в отношении ВИЧ подтверждают позицию ВОЗ о том, что лучший способ предотвратить вертикальную передачу в послеродовом периоде и оптимизировать выживаемость младенцев, заключается в обеспечении того, чтобы матери, живущие с ВИЧ, получали АРТ, имели подавленную вирусную нагрузку и в этом случае могут кормить грудью своих детей до двух лет, при этом ребенок находится исключительно на грудном вскармливании в первые полгода. Если мать, получающая АРТ, имеет подавленную вирусную нагрузку, риск передачи ВИЧ через грудное молоко очень низок, и</p>	Соответствуют рекомендациям ВОЗ 2021

	<p>получения бесплатных искусственных молочных смесей в рамках государственного заказа.</p> <p>Пункт 469.</p> <p>При несоответствии искусственного вскармливания вышеперечисленным 5 критериям допускается грудное вскармливание, если мать получает АРВ-терапию и имеет подавленную вирусную нагрузку. Матери с ВИЧ-инфекцией должны кормить своих детей исключительно грудью в течение 6 месяцев, после чего добавляют соответствующий возрасту прикорм и продолжают грудное вскармливание до 12 месяцев. Грудное вскармливание прекращается, когда младенец получает питательную и безопасную пищу без грудного вскармливания (сильная рекомендация, высокий уровень доказательства в течение первых 6 месяцев и низкий уровень доказательств в течение первых 12 месяцев)</p>		<p>дополнительно проводится профилактика младенцев АРВ препаратами 4-6 недель жизни.</p>	
<p>Мониторинг до и после начала АРТ</p>	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2019 г.</p> <p>Пункт 173, таблица 10</p>		<p>Стр. 147. Рекомендации по мониторингу лечения, 2013, 2016 и 2021 гг</p> <p>Вирусная нагрузка рекомендуется в качестве</p>	<p>Соответствует рекомендации м ВОЗ 2021 г.</p>

	<p>(Антиретровирусная терапия)</p> <p>Пункт 175. Рутинный мониторинг ВН можно проводить через 6 и 12 месяцев после начала АРВ-терапии, а затем каждые 12 месяцев, если состояние пациента на АРВ-терапии стабильно (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств). Количество лимфоцитов CD4+ и клинический мониторинг могут быть использованы для выявления и лечения неэффективности АРВ-терапии в отсутствие мониторинга вирусной нагрузки (сильная рекомендация, средний уровень).</p> <p>176. Если пациент находится в стабильном состоянии на фоне АРВ-лечения (получает АРВ-терапию не менее 1 года, не имеет активных заболеваний и беременности, хорошо осознает необходимость пожизненного лечения и АРВ-терапия эффективна, 2 раза вирусная нагрузка была менее 1000 копий/мл), возможен мониторинг только вирусной нагрузки, а количество CD4+ лимфоцитов можно не делать (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).</p> <p>Пункт 178. Вирусная нагрузка выявля</p>		<p>предпочтительного метода мониторинга для диагностики и подтверждения неэффективности и лечения (сильная рекомендация, низкий уровень доказательства).</p> <p>Определение вирусной нагрузки при оказании медицинской помощи может использоваться для мониторинга лечения у людей, живущих с ВИЧ, получающих АРТ (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>Рутинный мониторинг вирусной нагрузки можно проводить к 6 месяцам лечения, в 12 месяцев, а затем каждые 12 месяцев после этого, если человек получает АРТ, то можно синхронизировать с регулярным мониторингом и оценке (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательства).</p> <p>В условиях, когда доступен рутинный мониторинг вирусной нагрузки, подсчет клеток</p>	
--	---	--	--	--

	<p>етсясамымранниминдикаторомэффективностиилинеэффективностииАРВ-терапии.</p> <p>Пункт 180. Вирусологической неудачей считается стабильное выявление показателя ВН>1000 копий/мл (2 последовательных исследования ВН с интервалом 3 месяца в условиях обязательного приема АРВ-препаратов), по крайней мере при АРВ лечении любой схемой через 6 месяцев.</p> <p>Пункт 181. Для определения вирусной нагрузки можно использовать метод сухой капли крови венозного или капиллярного происхождения. 1000 копий/мл считается порогом определения неэффективности лечения (условное предложение, низкий уровень доказательств).</p>		<p>CD4 может быть остановлен для лиц, которые имеют стабильное состояние на АРТ (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Если тест на вирусную нагрузку обычно не доступен, количество CD4 и клиническое состояние следует использовать как мониторинг для диагностики неэффективности и лечения (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательства).</p> <p>Можно использовать метод сухой капли крови с использованием цельной венозной или капиллярной крови для определения вирусной нагрузки ВИЧ. Порог 1000 копий/мл можно использовать для определения вирусологической неудачи при использовании метода сухой капли крови (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p>	
<p>Рекомендации по</p>	<p>Клиническое руководство по</p>		<p>Стр. 140. Таблица 4.7.</p>	<p>Соответствует рекомендации</p>

<p>переключению на схемы АРТ второго ряда, в т. ч. для особых групп пациентов</p>	<p>профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2019 г.</p> <p>Пункт 207. Выбор препаратов для схемы второго ряда зависит от состава схемы первого ряда. В Таблице 13 представлены рекомендации по схемам второго ряда для взрослых и подростков при условии, что определение лекарственной устойчивости невозможно. Рекомендуется сменить не менее двух препаратов</p> <p>Таблица 13: Предпочтительные и альтернативные схемы второго ряда для взрослых и подростков.</p> <p>1. Если в схемах первого ряда используются ИП: ATV/r (или LPV/r, или DRV/r, в зависимости от показаний) + TDF + 3TC (или FTC), то во 2-м ряду AZT + 3TC + Используется схема DTG.</p> <p>2. У пациентов с коинфекцией ВИЧ/гепатит В, получавших тенофовир + эмтрицитабин или ламивудин в схеме первого ряда АРВ-терапии, необходимо продолжать использование этих НИОТ в схемах второго ряда для снижения риска гепатита Подавление</p>		<p>Предпочтительные и альтернативные схемы АРТ второго ряда для взрослых, подростков, детей и младенцев</p> <p>Схемы АРВ-препаратов второго ряда</p> <ul style="list-style-type: none"> • DTG в сочетании с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы может быть рекомендован в качестве предпочтительной схемы второй линии для людей, живущих с ВИЧ, у которых неэффективные схемы лечения были не на основе DTG. – Взрослые и подростки (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств) – Дети с утвержденной дозировкой DTG (условная рекомендация, низкий уровень доказательств) • Усиленные ингибиторы протеазы в сочетании с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы рекомендуется 	<p>м ВОЗ 2021 г.</p>
---	---	--	--	----------------------

	<p>вируса В и реактивация воспалительного процесса в печени (например, AZT+TDF+FTC(или ЗТС)+ATV/r (или LPV/r) или DTG)).</p> <p>3. TAF (тенофовиралафенам ид) можно использовать в качестве альтернативы в определенных ситуациях у взрослых и подростков.</p> <p>4. Женщинам детородного возраста и девочкам-подросткам перед назначением DTG следует предложить эффективную контрацепцию.</p> <p>DTG назначают женщинам, если они полностью информированы о возможном повышенном риске дефектов нервной трубки (во время зачатия и до окончания первого триместра) и которые применяют контрацепцию не регулярно или желают забеременеть. Если женщина узнает о беременности после I триместра, назначают или продолжают лечение DTG в течение всей беременности.</p> <p>5. RAL + LPV/r можно использовать в качестве альтернативной схемы второй линии у взрослых и подростков.</p> <p>6. В особых случаях в</p>		<p>использовать в качестве предпочтительной схемы второго ряда для людей, живущих с ВИЧ, у которых неэффективная схема была на основе DTG. (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p>	
--	---	--	---	--

	<p>качестве альтернативы ИП используются дарунавир/ритонавир.</p> <p>7. Если когда –либо пациент принимал DRV/r, то рекомендуемая доза должна быть 600/100 мг два раза в день.</p> <p>8. Больным с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ назначают DTG и рифабутин в стандартных дозах.</p> <p>9. У больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ необходимо увеличение дозы DTG до 50 мг 2 раза в сутки при одновременном назначении DTG и рифампицина.</p> <p>10. Согласно рекомендациям для взрослых и подростков возможно применение одних и тех же основных препаратов класса НИОТ и двойной дозы лопинавира/ритонавира (800мг/200мг два раза в сутки) или стандартной дозы лопинавира/ритонавира в сочетании с дополнительной дозой ритонавира (например, лопивир/ритонавир 400 мг/400 мг два раза в день)</p> <p>RAL + LPV/r можно использовать в качестве альтернативной схемы второй линии у взрослых и подростков.)</p>			
<p>Рекомендации по третьему</p>	<p>Клиническое руководство по</p>		<p>Были рекомендованы</p>	<p>Соответствует рекомендация</p>

<p>ряду АРВ-препаратов</p>	<p>профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2019 г.</p> <p>Пункт 122.</p> <p>Принципами выбора схем третьей линии АРВ-терапии являются:</p> <p>1) В случае неэффективности схемы второго ряда (по вирусологическим, иммунологическим и клиническим критериям) обсуждается переход на схему третьего ряда.</p> <p>2) Схемы третьего ряда должны содержать новые препараты с минимальным риском перекрестной устойчивости к ранее применявшимся: ингибиторы интегразы, ННИОТ второго поколения и ИП. По возможности необходимо использовать два-три активных препарата, желательно нового класса, например, дарунавир/ритонавир, ралтегравир, долутегравир, а также по возможности оптимизировать нуклеозидную поддержку. Такой подход обеспечивает повторный и длительный вирусологический ответ у многих больных при сохранении схемы лечения.</p> <p>Предпочтительной схемой третьего ряда</p>		<p>схемы спасения с новыми препаратами, такими как DRV/r, ETV и RAL с ранее использовавшимися АРВ-препаратами или без них, которые потенциально сохраняли остаточную противовирусную активность, особенно из класса НИОТ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Национальные программы должны разработать политику в отношении АРТ третьего ряда (условная рекомендация, низкий уровень доказательств). • Схемы третьего ряда должны включать новые препараты с минимальным риском перекрестной устойчивости к ранее использовавшимся схемам, такие препараты как интегразные ингибиторы и второе поколение ННИОТ и ИП (условная рекомендация, низкий уровень доказательств). • Люди, получающие неэффективную схему второго ряда без новых 	<p>м ВОЗ 2021 г.</p>
----------------------------	---	--	--	----------------------

	<p>является дарунавир/ритонавир в сочетании с DTG и 1-2НИОТ.</p> <p>Пункт 232. При вирусологической неэффективности лечения перед назначением третьего ряда рекомендуется проведение теста на резистентность для выбора активных АРВ препаратов.</p>		<p>АРВ-препаратов должны продолжать толерантный режим (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p> <p>Стр. 145</p> <p>Таблица 4.9. Варианты первой, второй и третьей линии АРТ, а также предпочтительные и альтернативные схемы первого ряда, режимы для взрослых, подростков и детей</p>	
<p>Барьеры для доступа к ключевым препаратам, рекомендованным ВОЗ, в случае их наличия (н-р, отсутствие регистрации, отсутствие в перечне Жизненно необходимых лекарств или в закупочных списках, высокая цена и т.д.)</p>	<p>1. Нет регистрации препаратов входящих в состав схем АРВ лечения 1,2,3 рядов (только короткий список зарегистрированных препаратов (Алувия, Виреад, Норвир, Тивикай, Инстгра, Эпклюза, Софвел).</p> <p>2. Список жизненно необходимых лекарств с низким спросом не обновлялся после 2013г. входящие в этот список препараты диданозин и ставудин не входят в обновленные схемы лечения. Вместе с тем, ряд препаратов, применяемых в схемах лечения, не входят в данный список, в частности, ингибитор интегразы ралтегравир, долутегравир.</p> <p>3. Необходимо снижение стоимости</p>		N/A	<p>Отсутствие регистрации и отсутствие препаратов в списке ЖВЛ барьером для проведения закупок фактически не является.</p>

	<p>схем второй линии, либо за счет постепенного вытеснения препарата лопинавир/ритонавир, либо за счет закупки генерической версии лопинавира/ритонавира и ритонавира как отдельного препарата с учетом того, что патентообладатель отказался от прав интеллектуальной собственности во всем мире, в том числе на территории РА.</p> <p>4. Необходима оптимизация структуры закупок АРВ-препаратов в соответствии с последними данными ВОЗ, в частности, рекомендуется увеличение доли EFV в дозировке 400 мг</p>			
Иное, не отраженное выше			<p>Стр. 113</p> <p>Всем людям, живущим с ВИЧ, после подтверждения диагноза ВИЧ и клинической оценки рекомендуется раннее начало АРТ (сильная рекомендация: показания для взрослых и подростков; низкий уровень доказательства для детей).</p> <p>Начало АРТ должно быть предложено в тот же день людям, которые готовы начинать (сильная рекомендация, высокий уровень</p>	<p>Не соответствует. В Армении не предоставляется АРТ в тот же день, а также не определяется первичная резистентность к АРВ-препаратам (до начала АРТ)</p>

			<p>доказательств для взрослых и подростков; показания для детей).</p> <p>Стр. 151</p> <p>Раннее выявление неэффективности лечения в результате резистентности к лекарственным средствам до лечения было бы полезно, особенно для людей, начинающих схемы на основе ННИОТ.</p>	
Часть 5. Рекомендации по лечению и профилактике и сопутствующих заболеваний				
<p>Рекомендации по лечению и профилактике сопутствующих инфекционных заболеваний, в первую очередь (но не ограничиваясь) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ/вирусных гепатит С (ВГС) • ВИЧ/ВГВ • ВИЧ/ТБ 	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов , 2017 г.</p> <p>ВИЧ/гепатит В</p> <p>Пункт 397. Все больные ВИЧ-инфекцией подлежат обследованию:</p> <p>1) Относительно HbsAg, его присутствие в крови не менее 6 мес указывает на хронический вирусный гепатит В</p> <p>2) IgG-антитела к HBcAg и HBsAg</p> <p>3) При положительном HBsAg, необходимо определить ДНК вируса гепатита В, Антитела к</p>		<p>Стр. 246</p> <p>Люди, живущие с ВИЧ, должны проходить систематическое обследование на туберкулез при каждом посещении медицинского учреждения (сильная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p> <p>Стр. 247</p> <p>Среди взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, систематический скрининг на ТБ следует проводить с использованием рекомендованного ВОЗ 4 - симптомным скринингом. Длительный</p>	<p>Соответствует частично ВОЗ 2021 г.:</p> <p>Лечение гепатита С нуждается в обновлении рекомендаций: по внедрению пангенотипических схем (SOF/DCV, SOF/VEL и G/P), по особенностям лечения детей и подростков, по переходу ко-инфицированных пациентов ВИЧ/ВГС на DTG-содержащие схемы.</p> <p>Из схем профилактического лечения латентного ТБ в национальных</p>

	<p>вирусному гепатиту D и РНК вируса.</p> <p>Согласно рекомендациям ВОЗ, все взрослые, подростки и дети с хроническими вирусными гепатитами и циррозом печени должны получать АРВ-терапию независимо от уровня АЛТ, наличия HBe-антигена гепатита В и уровня ДНК. Рекомендуется использовать НИОТ Тенофовир или Энтекавир.</p> <p>ВИЧ/гепатит С</p> <p>Пункт 360. Все пациенты с ВИЧ-инфекцией должны проходить скрининг на гепатиты. При хроническом гепатите С антитела могут обнаруживаться длительное время в крови. В случае обнаружения антител к вирусу гепатита С необходимо определить РНК вируса гепатита С в крови. РНК гепатита С в кровиможно обнаружить через несколько дней после заражения.</p> <p>Пункт 375. При гепатите С антитела могут обнаруживаться в крови длительное время. До начала лечения гепатита С необходимо достичь стабилизации клинического состояния ВИЧ инфекции с помощью начала</p>		<p>кашель, лихорадка, потеря веса или ночная потливость могут свидетельствовать о туберкулезе, что является показанием для обследования на туберкулез и другие заболевания (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>Стр. 253</p> <p>ВОЗ рекомендует скрининг четырех симптомов, С-реактивный белок, рентгенография грудной клетки и молекулярные экспресс-тесты для диагностики ТБ у людей, живущих с ВИЧ.</p> <p>Стр. 256</p> <p>ВОЗ рекомендует АРТ всем людям с ВИЧ и лекарственно-устойчивым ТБ, нуждающимся в противотуберкулезных препаратах второго ряда независимо от числа клеток CD4, как можно раньше (в течение первых восьми недель) после начала противотуберкулезного лечения (сильная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p>	<p>протоколах описана только схема с Изониазидом. При наличии альтернативных схем (6 или 9 месяцев ежедневного приема изониазида или 3-месячный режим ежедневного приема рифапентина плюс изониазид или 3-месячный режим ежедневного приема изониазида в сочетании с рифампицином) вероятны меньшее развитие побочных эффектов, взаимодействия препаратов</p>
--	---	--	---	---

	<p>АРВ терапии, особенно при глубоком иммунодефиците (СД4 <200 кл/мкл). Лечение гепатита С противовирусными препаратами прямого действия (ППД) дает возможность начать терапию вне зависимости от уровня СД4 клеток и достичь неопределяемого уровня вирусной нагрузки, в отличии от схем лечения пегилированным интерфероном и рибавирином, когда необходимый уровень для начала лечения СД4 >350 кл/мкл.</p> <p>1) У пациентов с вирусом гепатита С 1 генотипа вне зависимости от наличия цирроза рекомендуется начать лечение софосбувир/ледипасвир или софосбувир/даклатасвир схемами, в обоих случаях также возможна комбинация рибавирина. Как альтернативные схемы лечения, вне зависимости от наличия цирроза печени применяются симепревир/софосбувир или омбитасвир/паритапревир/ритонавир/дасабувир, в обоих случаях возможна комбинация рибавирина (сильная рекомендация, средний уровень доказательств)</p>		<p>Стр257 Выявлены латентной формы ТБ среди групп населения для тестирования, лечения</p> <p>Люди, живущие с ВИЧ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, у которых маловероятно наличие активного туберкулеза, должны получать профилактическое лечение ТБ в рамках комплексного пакета помощи при ВИЧ. Лечение также следует назначать тем, кто получает АРТ, беременным женщинам и тем, кто ранее лечился от туберкулеза, независимо от степени иммуносупрессии и даже если исследование на латентный туберкулез недоступно (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств). • Младенцы в возрасте до 12 месяцев, живущие с ВИЧ и находящиеся в контакте с человеком, должны быть исследованы на ТБ и у них необходимо провести в соответствии с национальными 	
--	--	--	--	--

	<p>2) Для лечения больных 2 генотипом вируса гепатита С, независимо от наличия цирроза печени, рекомендуется использовать схему софосбувир/рибавирин.</p> <p>Даклатасвир/софосбувир рекомендуется в качестве альтернативной схемы лечения для пациентов с гепатитом С генотипа 2 (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств)</p> <p>3) Схемы даклатасвир/софосбувир и софосбувир/рибавирин рекомендуются для лечения пациентов с вирусом гепатита С генотипа 3 без цирроза печени. Схема даклатасвир/софосбувир/рибавирин рекомендуется для лечения пациентов с циррозом печени с вирусом гепатита С 3 генотипа. У пациентов с гепатитом С 3 генотипа с циррозом печени софосбувир/ПЭГ-интерферон/рибавирин рекомендуется в качестве альтернативной схемы лечения (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств)</p> <p>4) Для лечения больных с 4 генотипами вируса гепатита С,</p>		<p>рекомендациями профилактическое лечение (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>Дети в возрасте ≥ 12 месяцев, живущие с ВИЧ, у которых считается маловероятным наличие активного туберкулеза, при клинической оценке или в соответствии с национальным руководством, должны получить профилактическое лечение ТБ как часть комплексного пакета профилактики и лечения ВИЧ, если они живут в условиях с высоким уровнем передачи ТБ, независимо от контакта с больным ТБ (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств). Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, прошедшие скрининг на ТБ по клиническому алгоритму и у которых имеются симптомы текущего кашля, лихорадки, потери веса или ночная потливость могут свидетельствовать об активной форме</p>	
--	---	--	--	--

	<p>независимо от наличия цирроза печени, рекомендуется использовать ледипасвир/софосбувир или даклатасвир/софосбувир, в обоих случаях также возможно сочетание рибавирина. В качестве альтернативного режима, независимо от наличия цирроза печени, рекомендуется симепревир/софосбувир с рибавирином или без него или омбитасвир/паритапревир/ритонавир с рибавирином (сильная рекомендация, среднее качество доказательств)</p> <p>5) Рекомендуется использовать ледипасвир/софосбувир для лечения пациентов с вирусом гепатита С 5 или 6 генотипов, независимо от наличия цирроза печени. В качестве альтернативного режима рекомендуется софосбувир/ПЭГ-интерферон с рибавирином (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательств). Даклатасвир, ледипасвир и софосбувир показаны пациентам с нецирротическим, а также с компенсированным и декомпенсированным циррозом. Паритапревир,</p>		<p>туберкулеза и должны пройти обследование на туберкулез и другие заболевания и им необходимо предложить профилактическое лечение, если активный ТБ исключен (сильная рекомендация, со средним уровнем доказательства).</p> <p>Стр. 258</p> <p>Варианты профилактического лечения ТБ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для лечения латентного ТБ рекомендуются следующие варианты независимо от ВИЧ-статуса: 6 или 9 месяцев ежедневного приема изониазида, или 3-месячный режим еженедельного приема рифапентина плюс изониазид, или 3-месячный режим ежедневного приема изониазида в сочетании с рифампицином (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательства). • Месячный режим ежедневного приема рифапентина плюс изониазид или четыре 	
--	--	--	---	--

	<p>симепревивир и ПЭГ-интерферон предназначены для пациентов с нецирротическим или компенсированным циррозом печени.</p> <p>ВИЧ/ТБ</p> <p>Пункт 338. При отсутствии клинических симптомов (кашля, лихорадки, похудания, обильной ночной потливости) у взрослых и подростков с ВИЧ-инфекцией вероятность активного туберкулеза низкая. Этим пациентам следует предложить профилактическое лечение изониазидом (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>Пункт 339. Оценка состояния на туберкулез проводится регулярно среди больных ВИЧ-инфекцией, что позволяет выявлять пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, диагностике туберкулеза и необходимости принимать профилактическое противотуберкулезное лечение.</p> <p>Пункт 340. При наличии хотя бы одного симптома скрининга на ТБ (кашель, лихорадка, потеря веса и ночная потливость)</p>		<p>месяца ежедневной дозы только рифампицина также могут быть предложены в качестве альтернативы (условная рекомендация, низкий или умеренный уровень доказательств).</p> <p>Стр. 263</p> <p>Глобальные ответные меры и возможности для элиминации инфекции ВГС изменились с применением короткого курса противовирусной терапии прямого действия, широкое распространение использования экспресс-тестов на антитела к ВГС, наличие ПЦР тестов на ВГС, виремия и обновленная рекомендация ВОЗ 2018 г. о подходе «лечить всех» независимо от стадии заболевания с использованием трех пангенотипически х схем. Для взрослых без цирроза печени можно использовать следующие пангенотипически е схемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • софосбувир + велпатасвир на 12 недель • софосбувир + 	
--	--	--	--	--

	<p>больному следует обратиться к врачу за консультацией.</p> <p>Пункт 343. Люди (взрослые и подростки) с ВИЧ-инфекцией вне зависимости от уровня иммунодефицита, у которых отсутствует активный ТБ и имеется положительная кожная проба или неизвестна реакция на туберкулин, должны получать профилактическое лечение изониазидом не менее 6 месяцев, а также люди в анамнезе лечившиеся от ТБ и беременные с ВИЧ, находящиеся на АРВТ (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).</p> <p>Пункт 344. Больные ВИЧ-инфекцией, имевшие тесный контакт с больными туберкулезом легких, но не имеющие активного ТБ, должны пройти профилактическое лечение ТБ, независимо от результатов пробы Манту или IGRA-теста, если у больного с ТБ нет резистентности к изониазиду, должны получать профилактическое лечение изониазидом не менее 6 месяцев.</p> <p>Пункт 345. Детям с ВИЧ-инфекцией, у которых</p>		<p>даклатасвир на 12 недель</p> <ul style="list-style-type: none"> • глекапревир + пибрентасвир на 8 недель. <p>Для взрослых с компенсированным циррозом печени могут быть назначены следующие пангенотипические схемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • софосбувир + велпатасвир на 12 недель • глекапревир + пибрентасвир на 12 недель • софосбувир + даклатасвир на 24 недели • софосбувир + даклатасвир в течение 12 недель. <p>Стр. 266</p> <p>Риск инфицирования ВГВ может быть выше для взрослых, живущих с ВИЧ, поэтому каждый недавно диагностированный ВИЧ должен пройти скрининг на HBsAg и анти-HBs, чтобы выявить тех, у кого хроническая инфекция гепатита В и тех, кому следует предлагать вакцинацию, если у них нет защитного титра антител, особенно среди групп высокого</p>	
--	---	--	--	--

	<p>лабораторно не выявлена активная форма туберкулеза, независимо от возраста должны получать профилактическое лечение изониазидом не менее 6 месяцев (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).</p> <p>Пункт 346. Дети с ВИЧ-инфекцией старше 12 месяцев без симптомов активного туберкулеза, не контактировавшие с больным туберкулезом должны получать профилактическое лечение изониазидом (10 мг/кг в день) в течение 6 мес., как компонент комплексного медицинского обслуживания при ВИЧ-инфекции (сильное предложение, средний уровень доказательств).</p> <p>Пункт 347. Дети младше 12 мес., имевшие контакт с больным туберкулезом и при отсутствии у них ТБ, должны принимать профилактическое лечение ТБ в течение 6 мес. (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств)</p> <p>Пункт 348. Проведение пробы Манту не является обязательным для назначения</p>		<p>риска. Группы высокого риска - это такие, как потребители инъекционных наркотиков, геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.</p> <p>Люди, живущие с ВИЧ, могут хуже реагировать на вакцину против ВГВ, особенно люди с низким иммунитетом. График с использованием четырех двойных (40 мкг) доз вакцины может обеспечить более высокий защитный титр анти-НВs, чем обычная схема приема трех доз по 20 мкг.</p> <p>Поэтому все люди, у которых впервые диагностирован ВИЧ, должны пройти скрининг на HbsAg и вакцинироваться, если HbsAg-отрицательный и нет иммунитета (HbsAB < 10 МЕ/л). Рекомендуется АРТ при коинфекции ВИЧ/гепатит В выбирать НИОТ препараты – TDF с 3ТС или FTC – которые также активны в отношении HBV.</p> <p>ВОЗ рекомендует использовать TDF или энтекавир в течение длительного</p>	
--	--	--	--	--

	профилактическое лечение ТБ изониазидом (сильная рекомендация, средний уровень доказательств)		времени при лечении людей с хронической инфекцией ВГВ	
Профилактика и лечение соответствующих неинфекционных заболеваний: <ul style="list-style-type: none"> ● Сердечно-сосудистые заболевания ● Депрессия ● Заболевания центральной нервной системы ● Заболевания почек ● Употребление психоактивных веществ 	<p>Клиническое руководство по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции с использованием антиретровирусных препаратов, 2017 г.</p> <p>Стр. 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279</p> <p>Приложения 8, 9, 10, 11, 12 (здесь указаны анализы, исследования их сроки при диспансерном наблюдении пациента. В основном эти анализы назначаются по необходимости. Отмечены также дополнительные консультации узких специалистов (по необходимости).</p> <p>Стр. 349-351 Приложение 36. Используемые препараты для лечения психиатрических зависимостей при беременности.</p>		<p>Стр. 386</p> <p>Лечение диабета и гипертонии может быть интегрировано с услугами тестирования на ВИЧ (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p> <p>Стр. 383</p> <p>Услуги по инфекциям, передающимся половым путем, и услуги по планированию семьи могут быть интегрированы в учреждениях по оказанию помощи при ВИЧ (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p> <p>Стр. 388</p> <p>АРТ следует начинать у людей, живущих с ВИЧ, которым предоставляется опиоидная заместительная терапия (сильная рекомендация, очень низкий уровень доказательства). ВОЗ рекомендует опиоидную заместительную терапию (метадоном или</p>	<p>Частично соответствует рекомендациям ВОЗ 2021.</p> <p>В рекомендациях говорится о децентрализации и интеграции процессов профилактики и лечения неинфекционных заболеваний, в протоколах говорится о проведении анализов или консультаций по необходимости и мониторинг нежелательных реакций АРВ препаратов, а также особенности лечения зависимостей при беременности.</p>

			бупренорфин) для лечения опиоидной зависимости в сочетании с психосоциальной поддержкой.	
Иное, не отраженное выше			<p>ВОЗ выпустила краткое руководство по общим мероприятиям по уходу и профилактике и рекомендует пакет из 13 профилактических мер для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов:</p> <ul style="list-style-type: none">• психосоциальное консультирование и поддержка;• раскрытие информации и уведомление партнеров;• профилактика котримоксазолом;• консультирование по ТБ, скрининг и профилактическая терапия;• профилактика распространенных грибковых инфекций;• профилактика инфекций, передающихся половым путем, и поддержка потребностей репродуктивного здоровья, включая	

			<p>профилактику и скрининг рака шейки матки;</p> <ul style="list-style-type: none">• малярия: ко-тримоксазол, надкроватные сетки и профилактика малярии среди беременных женщин;• отдельные вакциноуправляемые заболевания;• питание;• планирование семьи;• профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку;• программы обмена игл и шприцев для потребителей инъекционных наркотиков;• санитария и гигиена воды. <p>Стр. 283 Оценка и контроль риска развития сердечно-сосудистых заболеваний должны быть обеспечены для всех лиц, живущих с ВИЧ, в соответствии со стандартными протоколами, рекомендованными для населения в целом (условная рекомендация, доказательства очень низкого уровня достоверности).</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Стратегии профилактики и снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний путем воздействий на модифицируемые факторы, такие как артериальное давление, курение, ожирение, нездоровое питание и недостаток физической активности должны применяться ко всем людям, живущим с ВИЧ.</p> <p>Стр. 286</p> <p>Оценка и лечение депрессии должны быть включены в пакет услуг по уходу за ВИЧ-инфекцией для всех лиц, живущих с ВИЧ (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательства).</p> <p>Стр.289</p> <p>Инфекции, передающиеся половым путем, и услуги по планированию семьи могут быть интегрированы в учреждения по оказанию помощи при ВИЧ (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательства).</p> <p>Стр.291</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Для людей, которые обращаются с аноректальными выделениями и сообщают о рецептивном анальном сексе, ВОЗ рекомендует лечение на основе результатов данных ПЦР анализов на ИППП. Однако в условиях ограниченного количества ПЦР тестов или их отсутствия и/или лабораторных возможностей, ВОЗ рекомендует синдромное лечение для обеспечения лечения в тот же день визита (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).</p> <p>Стр. 294</p> <p>Таблица 6.6 Рекомендации ВОЗ по отдельным вакцинам при ВИЧ</p>	
--	--	--	---	--

Часть 6. Рекомендации в сфере предоставления услуг в связи с ВИЧ-инфекцией и сопутствующими неинфекционными заболеваниями

<p>Предоставление услуг здравоохранения, в том числе, но не ограничиваясь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по децентрализации услуг, • Рекомендации 	<p>31.01.2022 по приказу министра здравоохранения был принят Программа мероприятий по противодействию ВИЧ/СПИДа 2022-2026.</p> <p>2.2.8) Обновление протоколов лечения ВИЧ инфекции (2022,</p>		<p>Стр. 29</p> <p>Децентрализация услуг по тестированию на ВИЧ означает предоставление услуг по тестированию на ВИЧ на периферии, в медицинских учреждениях</p>	<p>Соответствует частично</p> <p>Децентрализация:</p> <p>1. Услуги по тестированию на ВИЧ доступны в медицинских учреждениях всех уровней,</p>
---	--	--	---	--

<p>ии по перераспределению и делегированию услуг,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по интеграции услуг 	<p>2024, 2026)</p> <p>2.2.2) Пересмотреть доступную модель предоставления услуг лечения ВИЧ, и протестировать децентрализованное предоставление АРВ услуг в конкретных местах, начиная с 2023.</p>		<p>первичной медико-санитарной помощи. Децентрализация услуг по тестированию на ВИЧ может быть уместна как в странах с высокой и с низкой распространенностью ВИЧ. Возможность тестирования на ВИЧ в близких от дома местах, для людей может снизить транспортные расходы и время ожидания в центральных больницах и тем самым увеличить количество тестировавшихся.</p> <p>Децентрализация услуг по тестированию на ВИЧ не всегда может быть приемлемой для потенциальных пользователей. В некоторых условиях централизованные услуги по ВИЧ могут обеспечить большую анонимность, чем услуги по месту жительства для ключевых групп населения или других лиц, опасющихся стигмы и дискриминации. В некоторых условиях с низким уровнем распространенности децентрализация</p>	<p>а также возможно тестирование на уровне сообществ (называя его самотестированием, проводимым с ассистенцией консультанта).</p> <p>2. Но АРВ препараты предоставляются только со стороны центра СПИДа –это централизованно происходит.</p> <p>Интеграция услуг:</p> <p>1)беременных тестируют одновременно на ВИЧ, сифилис и гепатиты.</p> <p>2)пациенты с ВИЧ получают лечение общесоматической патологии на сервисах, предоставляющих лечение ВИЧ.</p> <p>3) АРТ начинают у людей, живущих с ВИЧ, которым предоставляется опиоидная заместительная терапия</p>
--	--	--	---	--

			<p>услуг по тестированию на ВИЧ может оказаться неэффективной и дорогостоящей.</p> <p>Потребности населения, распространенность сервисов по тестированию, общие затраты и выгоды должны быть взвешены, чтобы определить степень и способ децентрализации услуг по тестированию на ВИЧ.</p> <p>Обучая непрофессиональных людей и равных консультантов можно поддерживать совместное выполнение задач. Не медицинский профессионал определяется как любое лицо, выполняющее функции, связанные с оказанием медицинской помощи, и прошедшее обучение и может предоставлять определенные услуги, но не имеет официального профессионального или парапрофессионального сертификата или высшее образование. Медицинские</p>	
--	--	--	---	--

			<p>работники могут быть обучены предоставлять все услуги по тестированию, включая дотестовую консультацию, проведение экспресс-тестов на ВИЧ, интерпретацию результатов тестов, сообщение о ВИЧ-статусе, предложению послетестового консультирования и поддержании связи с услугами по лечению и уходу.</p> <p>Равные консультанты могут быть обучены действовать в качестве непрофессионалов.</p> <p>Интеграция — это совместное размещение и совместное использование услуг и ресурсов в различных областях медицинских учреждений, включая в себя предоставление услуг по тестированию на ВИЧ, профилактике, лечению и уходу наряду с другими соответствующими медицинскими услугами.</p> <p>ВОЗ рекомендует интегрировать услуги в связи с</p>	
--	--	--	--	--

			<p>ВИЧ, в том числе услуги по тестированию, а также ряд других соответствующих клинических услуг, таких как услуги по лечению туберкулеза, гепатита, ИППП, здоровье матери и ребенка, половое и репродуктивное здоровье, первичная медико-санитарная помощь, программы для ключевых групп населения, такие как программы снижения вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и, в определенных странах, добровольное медицинское мужское обрезание.</p> <p>Стр. 386</p> <p>Лечение диабета и гипертонии может быть интегрировано с услугами по профилактике, тестированию ВИЧ (условная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p> <p>Стр. 388</p> <p>АРТ следует начинать и поддерживать у людей, живущих с ВИЧ, которым предоставляется опиоидная</p>	
--	--	--	---	--

			заместительная терапия (сильная рекомендация, очень низкий уровень доказательств). ВОЗ рекомендует опиоидную заместительную терапию (метадоном или бупренорфином) для лечения опиоидной зависимости в сочетании с психосоциальной поддержкой.	
Иное, не отраженное выше				
Часть 7. Иные клинически значимые расхождения, не подпадающие под тематические блоки, указанные выше				
Иные известные эксперту клинически значимые расхождения между рекомендациями ВОЗ по диагностике и использованию антиретровирусных препаратов и национальными рекомендациями, например, в части предоставления услуг по снижению вреда для пациентов, употребляющих психоактивные вещества и т.д.	В протоколе не описаны проводимая в Армении опиоидная заместительная терапия метадоном, которая проводится Национальным центром профилактики зависимостей, а также про программы обмена игл и шприцев для потребителей инъекционных наркотиков.		ВОЗ рекомендует опиоидную заместительную терапию (метадоном или бупренорфином) для лечения опиоидной зависимости в сочетании с психосоциальной поддержкой. А также программы обмена игл и шприцев для потребителей инъекционных наркотиков.	