

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

Страна: Молдова
Название протокола, год:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, одобрено Приказом Министерства Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты № 409 от 16.03.2018 г². 2. Национальный Клинический Протокол № 211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», одобрен Приказом Министерства Здравоохранения № 538 от 07.06.2022 г³. 3. Национальный Клинический Протокол № 315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», одобрен Приказом Министерства Здравоохранения № 540 от 07.06.2022 г⁴. 4. Национальный Клинический Протокол №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», одобрен Приказом Министерства Здравоохранения № 541 от 07.06.2022 г⁵. 5. Национальный Клинический Протокол № 314 «Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции», одобрен Приказом Министерства Здравоохранения №539 от 07.06.2022 г⁶. 6. Национальный Клинический Протокол № 313 «Доконтактная профилактика ВИЧ инфекции», одобрен Приказом Министерства Здравоохранения № 537 от 07.06.2022 г⁷.
Эксперт: Светлана Попович, Национальный Координатор по АРТ при Департаменте по координации и внедрению Национальной Программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД инфекции и ИППП.

Часть 1. Базовая информация	
1. Наименование документа в действующей редакции и ссылка на него	<ul style="list-style-type: none"> • Национальный Клинический Протокол № 211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» • Национальный Клинический Протокол № 315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет» • Национальный Клинический Протокол № 316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду»

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/item/9789240031593>

² http://89.32.227.76/files/15682-Ghid%2520national%2520de%2520diagnostic%2520de%2520laborator%2520HIV_FINAL.pdf

³ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/PCN-211.pdf>

⁴ https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/PCN-315-Infec%C8%9Bia-cu-HIV_la-copil-0-10-ani.pdf

⁵ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/PCN-316-Prevenirea-transmiterii-materno-fetale-a-infec%C8%9Biei-HIV.pdf>

⁶ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/PCN-314-Profilaxia-Post-expunere-la-infec%C8%9Bia-HIV.pdf>

⁷ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/PCN-313-Profilaxia-Pre-expunere-la-infec%C8%9Bia-HIV.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> • Национальный Клинический Протокол № 314 «Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции» • Национальный Клинический Протокол № 313 «Доконтактная профилактика ВИЧ инфекции»
2. Год текущей редакции	2022
3. Номер нормативно-правового документа, определяющего статус данных рекомендаций (приказ, постановление – если применимо)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ Министерства Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты (МЗТСЦ) № 409 от 16.03.2018 г. об одобрении Национального руководства по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции.⁸ 2. Приказ Министерства Здравоохранения № 538 от 07.06.2022 г. об одобрении НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков».⁹ 3. Приказ Министерства Здравоохранения № 540 от 07.06.2022 г. об одобрении НКП № 315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет».¹⁰ 4. Приказ Министерства Здравоохранения № 541 от 07.06.2022 об одобрении НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду».¹¹ 5. Приказ Министерства Здравоохранения № 539 от 07.06.2022 об одобрении НКП №314 «Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции».¹² 6. Приказ Министерства Здравоохранения № 537 от 07.06.2022 об одобрении НКП №313 «Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции».¹³
4. Юридический статус рекомендаций: обязателен для исполнения или рекомендательный характер, какими дополнительными документами регулируется необходимость применения	<p>Статус рекомендаций, прописанных в нормативных актах, таких как Национальное Руководство и Национальный Клинический протокол (НКП), регламентируется Методологией о разработке, одобрение и внедрение Национальных Клинических Протоколов, одобренной Приказом МЗТСЦ № 1540 от 27.12.2018 г.:</p> <p>«...НКП включают в себя обязательные требования к выполнению и рекомендательные. Обязательные требования будут выполнены в обязательном порядке и включены в институциональные клинические протоколы».¹³</p>

⁸ <http://89.32.227.76/files/15681-Ordin%2520nr%2520409%252016.03.2018.pdf>

⁹ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ordinul-MS-nr.538-din-07.06.2022-Cu-privire-la-aprobarea-PCN-Infec%C8%9Bia-cu-HIV-la-adult-%C8%99i-adolescent.pdf>

¹⁰ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ordinul-MS-nr.540-din-07.06.2022-Cu-privire-la-aprobarea-PCN-Infec%C8%9Bia-cu-HIV-la-copil-0-10-ani.pdf>

¹¹ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ordinul-MS-nr.541-din-07.06.2022-Cu-privire-la-aprobarea-PCN-Prevenirea-transmiterii-materno-fetale-a-infec%C8%9Biei-HIV.pdf>

¹² <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ordinul-MS-nr.539-din-07.06.2022-Cu-privire-la-aprobarea-PCN-Profilaxia-post-expunere-la-infec%C8%9Bia-HIV.pdf>

¹³ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ordinul-MS-nr.537-din-07.06.2022-Cu-privire-la-aprobarea-PCN-Profilaxia-pre-expunere-la-infec%C8%9Bia-HIV.pdf>

рекомендаций																			
5. Частота пересмотра документа – определена или нет, какими документами регулируется.	Частота пересмотра НКП определена в протоколе, обычно составляет 2-4 года, но может быть чаще при необходимости, согласно Методологии о разработке, одобрению и внедрению Национальных Клинических Протоколов, одобренной Приказом МЗТЦ № 1540 от 27.12.2018																		
6. Уровень доказательности – описание применяемой системы	<p>Одной из обязательных составляющих первой части НКП является глава «Аргументация доказательной базы».</p> <p>Национальный клинический протокол в области ВИЧ-инфекции разработан с учетом современных требований доказательной медицины с целью укрепления единой комплексной эффективной системы оказания помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией на всех уровнях.</p> <p>В зависимости от силы рекомендации и уровня научных данных все рекомендации разделены на следующие категории.</p> <p>Таблица 1. Оценка силы рекомендации</p> <table border="1" data-bbox="627 734 1428 1444"> <thead> <tr> <th>Сила рекомендации</th> <th>Обоснование</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Сильная рекомендация</td> <td>Есть уверенность, что выполнение рекомендации даст желательные эффекты, которые перевесят нежелательные последствия</td> </tr> <tr> <td>Условная рекомендация</td> <td>Есть уверенность, что выполнение рекомендации даст желательные эффекты, которые, вероятно, перевесят нежелательные последствия. Однако: Рекомендация применима только к конкретной группе больных, контингенту или условиям, ИЛИ новые данные могут изменить соотношение между риском и пользой, ИЛИ польза может не оправдать затрат либо потребности в ресурсах в любых условиях</td> </tr> <tr> <td>Рекомендовать что-либо невозможно</td> <td>Перед вынесением какой-либо рекомендации требуется проведение дополнительных исследований</td> </tr> </tbody> </table> <p>Таблица 2. Оценка уровня научных данных</p> <table border="1" data-bbox="627 1505 1428 2004"> <thead> <tr> <th>Качество научных данных</th> <th>Обоснование</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Высокое</td> <td>Очень маловероятно, что дальнейшие исследования изменят доверие к предварительной оценке воздействия</td> </tr> <tr> <td>Среднее</td> <td>Вероятно, что дальнейшие исследования значительно изменят доверие к предварительной оценке воздействия</td> </tr> <tr> <td>Низкое</td> <td>Очень вероятно, что в ходе дальнейших исследований будет получена предварительная оценка воздействия, а также вероятно изменение предварительной оценки</td> </tr> <tr> <td>Очень низкое</td> <td>Любая предварительная оценка воздействия неопределена</td> </tr> </tbody> </table>	Сила рекомендации	Обоснование	Сильная рекомендация	Есть уверенность, что выполнение рекомендации даст желательные эффекты, которые перевесят нежелательные последствия	Условная рекомендация	Есть уверенность, что выполнение рекомендации даст желательные эффекты, которые, вероятно, перевесят нежелательные последствия. Однако: Рекомендация применима только к конкретной группе больных, контингенту или условиям, ИЛИ новые данные могут изменить соотношение между риском и пользой, ИЛИ польза может не оправдать затрат либо потребности в ресурсах в любых условиях	Рекомендовать что-либо невозможно	Перед вынесением какой-либо рекомендации требуется проведение дополнительных исследований	Качество научных данных	Обоснование	Высокое	Очень маловероятно, что дальнейшие исследования изменят доверие к предварительной оценке воздействия	Среднее	Вероятно, что дальнейшие исследования значительно изменят доверие к предварительной оценке воздействия	Низкое	Очень вероятно, что в ходе дальнейших исследований будет получена предварительная оценка воздействия, а также вероятно изменение предварительной оценки	Очень низкое	Любая предварительная оценка воздействия неопределена
Сила рекомендации	Обоснование																		
Сильная рекомендация	Есть уверенность, что выполнение рекомендации даст желательные эффекты, которые перевесят нежелательные последствия																		
Условная рекомендация	Есть уверенность, что выполнение рекомендации даст желательные эффекты, которые, вероятно, перевесят нежелательные последствия. Однако: Рекомендация применима только к конкретной группе больных, контингенту или условиям, ИЛИ новые данные могут изменить соотношение между риском и пользой, ИЛИ польза может не оправдать затрат либо потребности в ресурсах в любых условиях																		
Рекомендовать что-либо невозможно	Перед вынесением какой-либо рекомендации требуется проведение дополнительных исследований																		
Качество научных данных	Обоснование																		
Высокое	Очень маловероятно, что дальнейшие исследования изменят доверие к предварительной оценке воздействия																		
Среднее	Вероятно, что дальнейшие исследования значительно изменят доверие к предварительной оценке воздействия																		
Низкое	Очень вероятно, что в ходе дальнейших исследований будет получена предварительная оценка воздействия, а также вероятно изменение предварительной оценки																		
Очень низкое	Любая предварительная оценка воздействия неопределена																		
7. Состав редакционной	ДА																		

<p>коллегии – входят ли представители общественных/пациентских организаций</p>	<p>Согласно Методологии о разработке, одобрение и внедрение Национальных Клинических Протоколов, одобренной Приказом МЗТЦ № 1540 от 27.12.2018 г.:</p> <p>«...Группа по разработке или пересмотру НКП должна состоять от 3-4 человек до 15-20 и должна включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - представителей профессиональных ассоциаций; - специалистов в областях, связанных с поставленной проблемой, разного уровня здравоохранения; - представителей учреждений, которые будут внедрять клинические протоколы, в том числе администраторы, менеджеры; - представителей сообществ получателей медицинских услуг; - при необходимости медперсонал со средним образованием и социальных работников. <p>В рабочую группу войдет как минимум по одному сотруднику соответствующих кафедр (когда их больше одного) и хотя бы один представитель научно-исследовательского учреждения той области, для которой разрабатывается НКП.</p> <p>Отбор членов рабочей группы проводится в соответствии со следующими критериями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - опыт работы в сфере не менее 5 лет, включая резидентуру; - опыт или обучение в разработке, или пересмотре НКП будет считаться преимуществом; - отсутствие конфликта интересов. <p>Перед утверждением проекты протоколов должны быть размещены на сайте Профессионального сообщества в данной области и на сайте Национального Агентства Общественного Здравоохранения для публичного обсуждения с общественностью, ассоциациями и неправительственными организациями. Все физические и юридические лица в течение 2 месяцев могут оставить свои комментарии на сайте или выслать в виде официального обращения свои предложения по улучшению документа...»</p>
<p>8. Перечень и краткое описание документов, дополнительно регулирующих применение АРВ-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методология о разработке, одобрении и внедрении Национальных Клинических Протоколов¹⁴, одобренная Приказом МЗТЦ № 1540 от 27.12.2018 г.¹⁵; 2. Закон о лекарствах¹⁶ № 1409 от 17.12.1997 г., с последующими изменениями. Целью настоящего закона

¹⁴ <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/10/Metodologia-de-elaborare-aprobare-si-implementare-a-PCN-aprobata-prin-ordinul-MSMPS-nr.1540-din-27.12.20181.pdf>

¹⁵ <https://old.anasp.md/wp-content/uploads/2019/10/Ordinul-MSMPS-nr.1540-din-27.12.2018-Cu-privire-la-aprobarea-Metodologiei-privind-elaborarea-aprobarea-si-implementarea-PCN.pdf>

¹⁶ <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=311586&lang=2>

<p>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>является обеспечение на национальном уровне доступа населения через систему снабжения лекарственными препаратами к качественным, эффективным и безвредным лекарствам с сохранением доступных цен на них, недопущение бесконтрольного применения лекарств.</p> <p>Настоящий закон применяется во всех сферах деятельности, имеющих в качестве объекта лекарства: их исследовании, регистрации, производстве, внедрении в практику, применении, импорте, экспорте, хранении, распределении, отпуске, контроле.</p> <p>3. ЗАКОН № 131 от 03-07-2015 г. о государственных закупках¹⁷</p> <p>4. ПРИКАЗ № 859 от 22-09-2020 г. об организации государственных закупок лекарств, медицинских изделий и другой продукции медицинского назначения¹⁸</p> <p>Данные документы содержат положения о порядке назначения и утверждения потребностей в лекарствах, медицинских изделиях и другой продукции медицинского назначения для реализации национальных программ и лечения редких заболеваний; план мероприятий по централизованным закупкам лекарств, медицинских изделий и другой продукции медицинского назначения; список ответственных специалистов, назначенных для участия в процессе закупки лекарств, медицинских изделий и другой продукции медицинского назначения, организуемом Центром по государственным централизованным закупкам в здравоохранении для реализации национальных программ и лечения редких заболеваний</p>
<p>9. Иная значимая информация</p>	

Страница и цитата из национальных протоколов	Комментарий	Ссылка на соответствующую рекомендацию ВОЗ, страница, документ, цитата
<p>Часть 2. Рекомендации по диагностике. Все рекомендации по диагностике регламентированы «Национальным руководством по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции», одобрено Приказом Министерства Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты № 409 от 16.03.2018 г., которое не было пересмотрено в 2021 г. Алгоритмы тестирования в НКП дают ссылку на данное «Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции».</p>		
<p>Повторное тестирование перед включением в программы ухода и лечения</p>	<p>Национальное Руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции не было пересмотрено с 2018 г. Алгоритм тестирования и подтверждения включает в себя 2 быстрых теста из разных проб крови, и третий подтверждающий молекулярно-генетический тест должен быть выполнен из второй пробы крови (стр. 66).</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 21</p> <p>Все люди, у которых впервые поставлен диагноз ВИЧ, должны пройти повторное обследование для</p>

¹⁷ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105913&lang=ru

¹⁸ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123421&lang=ru

	<p>Не соответствует.</p> <p>В Национальном руководстве по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции не рекомендуется проводить повторное тестирование перед включением в программы лечения и ухода, так как сам алгоритм подтверждения ВИЧ-инфекции отличается от рекомендованного ВОЗ.</p>	<p>подтверждения своего ВИЧ-статуса до начала АРТ с использованием той же стратегии и алгоритма</p>
<p>Услуги по дотестовому консультированию</p>	<p>Не соответствует.</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, стр. 19</p> <p>«...Дотестовое консультирование - важный компонент диагностики ВИЧ-инфекции. Целью консультирования является повышение осведомленности и мотивация как поведения с меньшим риском для здоровья, так и тестирования, чтобы обеспечить раннюю диагностику и доступ к услугам по уходу. Хотя дотестовое консультирование является обязательным, решение о тестировании остается за человеком...»</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 12–13</p> <p>ВОЗ не рекомендует дотестового консультирования. Вместо этого программы должны предоставлять краткую дотестовую информацию для людей, получающих услуги тестирования на ВИЧ, их семей и их партнеров. В процессе предоставляется соответствующая информация и даются ответы на вопросы клиентов.</p>
<p>Услуги по послетестовому консультированию</p>	<p>Соответствует</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, стр. 23</p> <p>«...Послетестовое консультирование при положительном результате</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Положительный результат быстрого теста не обязательно означает, что человек инфицирован ВИЧ. Результат первого теста должен быть подтвержден, и для уточнения диагноза необходимы другие медицинские исследования; 2. Необходимо объяснить преимущества дополнительных исследований для подтверждения/опровержения диагноза и направить в специализированную службу в медицинских учреждениях подтверждения диагноза и начала АРТ; 3. Тестируемый получит информацию о том, что в случае подтверждения ВИЧ-инфекции ему/ей будет оказана медицинская помощь, включая психосоциальную поддержку...» 	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 28</p> <p>Связь с соответствующими службами после постановки диагноза ВИЧ является ключевым компонентом эффективных и комплексных услуг по тестированию на ВИЧ. Послетестовое консультирование и другие услуги, которые направляют людей к соответствующему уходу, должны быть реализованы как часть четкой стратегии. В основной пакет посттестовых услуг входят:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ясные и краткие сообщения консультирования; • направление к специалисту и предложение быстрого начала АРТ; • дополнительные ссылки на профилактику, уход, поддержку и другие соответствующие услуги в

<p>Тестирование на базе сообществ</p>	<p>Соответствует</p> <p>Национальное руководство предусматривает нормативную базу для тестирования в НПО немедицинскими работниками. Это описано в главе: 4.7 Тестирование ключевых групп населения в НПО стр. 30: «...Учитывая одну из особенностей эпидемии ВИЧ в Республике Молдова, а именно концентрацию эпидемии в уязвимых группах (ЛУИН, РКС, МСМ), считается целесообразным проводить тестирование ключевых групп населения в НПО, создав для этого оптимальные условия, чтобы данные услуги тестирования были доступны для данных групп, обязательно с получением информированного согласия и консультированием до и после тестирования.</p> <p><i>Хотя консультация до тестирования является обязательной, решение о тестировании принадлежит конкретному лицу. Человек может отказаться от тестирования, если он не чувствует себя готовым. Консультация после тестирования также является обязательной, поскольку она усиливает поведенческие изменения, обеспечивает поддержку и обеспечивает направление в медицинскую систему, по мере необходимости.</i></p> <p><i>Тестирование на ВИЧ в неправительственных организациях должно проводиться в соответствии с алгоритмом тестирования, указанным на Рисунке 6, с использованием экспресс-тестов. Только обученный персонал имеет право проводить тестирование....».</i></p>	<p>связи с ВИЧ.</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 17–18 Тестирование силами сообщества - услуги по тестированию на ВИЧ, предлагаемые в сообществе за пределами медицинского учреждения.</p> <p>Рекомендации 2019 г.</p> <p><u>Условия с высоким бременем ВИЧ</u></p> <p>Рекомендуются услуги тестирования на ВИЧ на уровне сообщества с привязкой к услугам по профилактике, лечению и уходу, в дополнение к стандартному тестированию в учреждениях, для всех групп населения, особенно ключевых групп (сильная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности).</p> <p>Услуги такого тестирования могут предоставляться разными способами, в разных условиях и местах. Тестирование в фиксированных местах в сообществе, в том числе в местах для добровольного консультирования и тестирования, мобильные аутрич-услуги в горячих точках и общественных местах (парки, бары, клубы, места для круизов и сауны) и на мероприятиях, на рабочих местах и в учебных заведениях, иногда с использованием передвижных фургонов. Услуги также могут предоставляться на дому.</p>
<p>Услуги по самотестированию</p>	<p>Соответствует</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, стр. 31</p> <p>«...Самотестирование на ВИЧ предлагается как дополнительный метод / подход к услугам тестирования на</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 18–20</p> <p><u>Рекомендации 2019 г.</u></p> <p>Самотестирование на ВИЧ следует предлагать, как подход к услугам</p>

	<p>ВИЧ. Само тестирование - это новый шаг на пути к расширению доступа к тестированию на ВИЧ, децентрализации услуг и созданию спроса на тестирование на ВИЧ. Само тестирование - это добровольный, удобный метод, для людей, которые предпочитают избегать медицинской системы и НПО для тестирования на ВИЧ.</p> <p>Фармацевтическая сеть и поставщики услуг само тестирования обязаны предоставлять информацию покупателю о том, что необходимо делать в случае положительного результата (см. Приложение 10) ...»</p>	<p>тестирования на ВИЧ. (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Желательно предоставление услуг само тестирования на ВИЧ и варианты поддержки. • Сообщества должны быть вовлечены в разработку и адаптацию моделей само тестирования на ВИЧ. • Само тестирование на ВИЧ не дает окончательного диагноза. Лица с реактивным результатом теста должны пройти дополнительное тестирование с использованием национального алгоритма тестирования. <p>Наличие выбора вариантов предоставления услуг само тестирования на ВИЧ и типа наборов для тестирования (например, между наборами с использованием околосредней жидкости или крови) может помочь охватить большее количество людей.</p>
<p>Тестирование на базе медицинских учреждений</p>	<p>Соответствует</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ инфекции, стр. 26</p> <p><i>«...Скрининг-тестирование взрослых и детей старше 18 месяцев должно проводиться во всех государственных и частных медицинских учреждениях, ведомственных учреждениях, пенитенциарных учреждениях и НПО. Подтверждение результатов обязательно проводится в рамках медицинской системы (Центры АРТ) только после проведения минимум трех тестирований с использованием, по меньшей мере, двух образцов крови...»</i></p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 14–15</p> <p>Услуги по тестированию на ВИЧ на базе медицинских учреждений включают тестирование в медицинских учреждениях или лабораториях. Услуги по тестированию на ВИЧ на базе учреждений могут предоставляться в отдельных пунктах службы тестирования на ВИЧ (часто называемых пунктами добровольного консультирования и тестирования) или в плановом порядке в клинических центрах (часто называемых</p>

		<p>тестированием и консультированием по инициативе поставщика).</p> <p>Стандартные услуги тестирования на ВИЧ на базе медицинских учреждений могут быть предложены в различных государственных и частных медицинских учреждениях. Это нацелено на увеличение охвата услугами тестирования на ВИЧ, более раннюю диагностику, нормализацию тестирования на ВИЧ, устранение необходимости в личной мотивации для поиска услуг тестирования на ВИЧ и сокращение упущенных возможностей для получения услуг тестирования на ВИЧ. Услуги по тестированию на ВИЧ были успешно и эффективно интегрированы в некоторые клинические учреждения, такие как дородовая помощь и противотуберкулезные службы. Существуют значительные возможности для интеграции служб тестирования на ВИЧ во многие клинические службы. Решение о том, где и в каких учреждениях регулярно предлагать услуги тестирования на ВИЧ, должно приниматься с учетом местной эпидемиологии и пробелов в охвате услугами тестирования на ВИЧ.</p>
<p>Диагностика ВИЧ-инфекции у детей и младенцев, в частности чувствительность и специфичность тестов</p>	<p>Соответствует</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, стр. 28</p> <p>«...в отношении грудных детей и детей в возрасте до 18 месяцев, ВИЧ-инфекция может быть диагностирована только с использованием качественного молекулярно-генетического метода, рекомендуемого для ранней диагностики. Тестирование детей в возрасте до 18 месяцев проводится с</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 36</p> <p>Рекомендация 2016 г.</p> <p>Добавление тестирования на нуклеиновые кислоты (NAT) при рождении к существующим подходам к раннему диагностическому</p>

	<p>помощью качественных генетических молекулярных тестов (например, Xpert Qual)...»</p>	<p>тестированию может быть рассмотрено для выявления ВИЧ-инфекции у младенцев, контактировавших с ВИЧ (условная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности).</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 43</p> <p>Рекомендация 2021 г.</p> <p>Тестирование на нуклеиновые кислоты в месте оказания медицинской помощи следует использовать для диагностики ВИЧ среди младенцев и детей младше 18 месяцев (сильная рекомендация, доказательства с высокой степенью достоверности).</p>
<p>Сроки обследования новорожденных</p>	<p>Соответствует частично:</p> <p>Диагностика детей до 18 месяцев осуществляется путем 2 исследований с использованием молекулярно-генетических тестов (NAT) в возрасте 48 часов и 6 недель (или через 2 недели после прекращения воздействия – либо профилактического приема АРВ препаратов, либо грудного вскармливания).</p> <p>Обследование проводится в 48 часов и 6 недель молекулярно-генетическими тестами (NAT).</p> <p>Вследствие того, что не рекомендуется грудное вскармливание – в 9 месяцев не проводится тестирование. Окончательный диагноз выставляется после получения 2 одинаковых результатов теста.</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, стр. 28</p> <p>«...Первое тестирование (A1) рекомендуется выполнять в течение 48 часов после рождения и обязательно до начала профилактической АРТ, но это не должно являться препятствием для начала профилактической АРТ на ранней стадии.</p> <p>В случае нереактивного результата (A1-) повторное тестирование должно проводиться в течение 2 недель после профилактической АРТ или прекращения грудного вскармливания, в зависимости от обстоятельств.</p>	<p>ВОЗ 2021 г. Стр. 41 Таблица 2.7</p> <p>Обследование на сроке 0–2 дня.</p> <p>Обследование на сроке 4–6 недель.</p> <p>Обследование на сроке 9 месяцев</p> <p>Несколько ключевых соображений подчеркивают новый упрощенный алгоритм (рис. 2.7):</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценка статуса контакта с ВИЧ путем проведения экспресс-диагностики матери; • в 9 месяцев тестирование на НК для младенцев, контактировавших с ВИЧ,

	<p>В случае реактивного результата (A1+) собирается второй образец крови для подтверждения, также с использованием того же теста. Если и второй тест является реактивным (A2+), тогда подтверждается ВИЧ-положительный статус ребенка и АРВ терапия этом случае продолжается. Если второй тест является нереактивным (A2-), тогда рекомендуется, на фоне АРВ терапии, проводить повторное тестирование каждые 2 недели, до получения двух одинаковых подтверждающих/опровергающих результатов. В случае подтверждения инфекции ВИЧ 1, ребенку рекомендуется медицинский надзор, АРВ терапия, уход и поддержка в одном из Центров АРТ...» (стр. 28)</p>	<p>с симптомами и бессимптомно, и даже если предыдущие результаты были отрицательными;</p> <ul style="list-style-type: none"> • обеспечение немедленного повторного тестирования неопределенных результатов теста; • обеспечение проведения подтверждающего тестирования после любого положительного результата; • обеспечение регулярного наблюдения за всеми младенцами, контактировавшими с ВИЧ, до окончательного диагноза, включая профилактику ко-тримоксазолом, клиническую оценку и оценку питания. <p>Важным остается сохранение младенцев под опекой до конца периода воздействия. Окончательный диагноз ставится в возрасте 18 месяцев или через 3 месяца после окончания грудного вскармливания, в зависимости от того, что наступит позже. Хотя охват традиционным шестинедельным тестированием младенцев увеличивается и все чаще рассматриваются более ранние временные точки. Цель состоит в том, чтобы обеспечить выявление и лечение всех ВИЧ-инфицированных младенцев, в том числе инфицированных в послеродовой период.</p>
<p>Тестирование в специальных группах (подростки, беременные женщины, пары и партнеры)</p>	<p>Не соответствует</p> <p>В Национальном руководстве нет отдельной главы, которая описывает тестирование подростков. К ним применяются те же правила, что и для тестирования взрослых и детей старше 18 месяцев.</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 27</p> <p>Услуги по тестированию на ВИЧ, связанные с профилактикой, лечением и уходом, рекомендуются подросткам из ключевых групп населения (сильная</p>

	<p>Соответствует частично:</p> <p>В НКП№316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду» в алгоритме ведения семейным врачом беременной женщины с неизвестным ВИЧ статусом – указано тестирование с помощью использования двойных экспресс тестов на ВИЧ и сифилис (стр. 23), но ничего не сказано про тестирование на HBsAg и про тестирование партнеров.</p> <p>Рекомендация об обязательном тестировании беременных женщин на HBsAg, в случае, если они не были вакцинированы при постановке на учет даны в «Стандарте медицинского наблюдения беременных»¹⁹</p>	<p>рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).</p> <p>Подростков следует проинформировать о потенциальных преимуществах и рисках раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса, а также предоставить им возможность и поддержку, чтобы определить, следует ли, когда, как и кому раскрывать информацию (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).</p> <p>Беременные женщины, пары и партнеры</p> <p>Все беременные женщины должны пройти тестирование на ВИЧ, сифилис и поверхностный антиген гепатита В (HBsAg) хотя бы один раз и по мере необходимости как можно раньше (сифилис: сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности; HBsAg: сильная рекомендация, доказательства низкой достоверности).</p> <p>Двойные экспресс-тесты на ВИЧ и сифилис могут стать первым тестом в стратегиях и алгоритмах тестирования на ВИЧ в дородовой помощи.</p> <p>Особенно в условиях серологической распространенности HBsAg $\geq 2\%$ в общей популяции.</p> <p>Всем людям с ВИЧ следует предлагать</p>
--	---	---

¹⁹ <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Standarul-provizoriu-de-supraveghere-a-gravidelor-cu-evolutie-fiziologica-a-sarcinii-in-conditii-de-ambulator-pe-perioada-pandemiei-COVID-19-aprobat-prin-ordinul-MSMPS-nr.890-din-28.pdf>

		<p>направление к специалистам при содействии поставщика в рамках добровольного комплексного пакета услуг по тестированию и уходу (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).</p> <p>Парам и партнерам следует предлагать услуги добровольного тестирования на ВИЧ с поддержкой взаимного раскрытия информации (настоятельная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности)</p>
<p>Алгоритмы диагностики</p>	<p>Соответствует частично</p> <p>Основное различие – использование молекулярно-генетического теста, основанного на количественном обнаружении ВИЧ в качестве подтверждающего теста.</p> <p>В Национальном Руководстве алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции основан на рекомендации ВОЗ: 2 пробы крови – 3 исследования для постановки диагноза ВИЧ в условиях низкой распространенности. Но основным отличием является использование в качестве 3 исследования молекулярно-генетического теста – теста на РНК ВИЧ.</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции, стр. 26</p> <p><i>«...Скрининг на ВИЧ-инфекцию проводится посредством экспресс-диагностики, предпочтительно III и IV поколений. На первой линии тестирования (A1 - базовый тест) необходимо использовать экспресс-тест с максимальной возможной чувствительностью.</i></p> <p><i>В случае реактивного (положительного) результата следует собрать и протестировать с помощью альтернативного диагностического экспресс-теста другой образец крови. На второй линии тестирования (A2 - альтернативный тест) необходимо использовать тест со специфичностью, не меньшей, чем та, что использовалась при скрининговом тестировании на первой линии тестирования (A1). Как и в случае с первой линией тестирования (A1), тестирование, используемые на второй линии тестирования (A2), необходимо использовать диагностические экспресс-тесты, минимум III поколения и обязательно от другого производителя, чем тот, чьи тесты использовались в A1. Тестирование на второй линии тестирования (A2) должно проводиться в лабораториях Центров АРТ.</i></p> <p><i>В случае реактивного (положительного) результата, данный образец должен быть подтвержден с помощью III линии тестирования (молекулярно-генетический тест).</i></p>	<p>Сводное руководство по услугам тестирования на ВИЧ 2015 г.</p> <p>7.2.2 Стратегия серологического тестирования для постановки диагноза ВИЧ в условиях низкой распространенности:</p> <p>«...Все образцы вначале исследуются с применением одного теста (A1), и те образцы, на которые получены отрицательные результаты (A1-), рассматриваются как ВИЧ-отрицательные с выдачей соответствующего заключения. A1 должен быть наиболее чувствительным тестом с позиций диагностической сероконверсионной и аналитической чувствительности. Все образцы с положительным результатом первого теста (A1+) должны быть вновь тестированы с использованием второго теста (A2), содержащего другой антиген во избежание ложной кросс-реактивности с A1. В условиях низкой распространенности положительная</p>

	<p>На третьей линии тестирования (A3 - подтверждающий тест) необходимо использовать молекулярно-генетический тест, основанный на количественном выявлении (РНК) ВИЧ 1, следовательно, для образцов, реактивных при первом и втором тестировании (A1+, A2+), следует использовать отдельное и определенное третье тестирование (A3) для постановки положительного диагноза ВИЧ 1»</p>	<p>прогностическая ценность на основе результатов двух тестов слишком мала для постановки диагноза ВИЧ. Поэтому если образец дает положительные результаты на первом и втором тестах (A1+, A2+), для подтверждения результатов и выдачи заключения о ВИЧ-положительном диагнозе необходим третий отдельный тест (A3).»</p>
<p>Использование вестерн-блоттинга в национальном алгоритме тестирования</p>	<p>Соответствует:</p> <p>Основное различие – использование молекулярно-генетического теста, основанного на количественном обнаружении ВИЧ в качестве подтверждающего теста.</p> <p>Вестерн-блоттинг и линейный иммуноанализ не используется в национальной стратегии и алгоритме тестирования на ВИЧ учитывается рекомендация, что все люди, обращающиеся за услугами по тестированию на ВИЧ, должны иметь три последовательных результата реактивных тестов, чтобы получить положительный диагноз, но третий подтверждающий тест молекулярно-генетический тест, основанный на количественном обнаружении ВИЧ.</p> <p>Национальное руководство по лабораторной диагностике ВИЧ инфекции, стр. 26 (см выше)</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 31–33 Вестерн-блоттинг и линейный иммуноанализ не следует использовать в национальных стратегиях и алгоритмах тестирования на ВИЧ (сильная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности). Стратегия и алгоритм тестирования на ВИЧ ВОЗ рекомендует, чтобы все алгоритмы тестирования на ВИЧ достигали не менее 99% положительной прогностической ценности и использовали комбинацию тестов с чувствительностью $\geq 99\%$ и специфичностью $\geq 98\%$. Первый тест в стратегии и алгоритме тестирования на ВИЧ должен иметь наивысшую чувствительность, за ним следует второй и третий тест с наивысшей специфичностью. Странам следует рассмотреть вопрос о переходе к стратегии трех тестов, поскольку положительный результат тестирования на ВИЧ в рамках национальных программ тестирования на ВИЧ падает ниже 5% — это означает, что все люди, обращающиеся за услугами по тестированию на ВИЧ, должны иметь три последовательных результата реактивных тестов, чтобы получить</p>

		положительный диагноз.
Часть 3. АРВ-препараты для профилактики ВИЧ-инфекции		
<p>Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции</p>	<p>Соответствует</p> <p>НКП №313 «Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» (стр.14)</p> <p><i>«...ДКП предназначена для лиц, подвергающихся высокому риску заражения ВИЧ в течение последних шести месяцев...»</i></p> <p>В качестве основного препарата для ДКП рекомендован Tenofovir disproxil fumarate + Emtricitabine в дозе 300 мг+200 мг</p> <p>Соответствует</p> <p>НКП №313 «Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» -- стр.14</p> <p><i>«...ДКП может быть использована 2 способами. Постоянный прием рекомендуется всем категориям, кто имеет риск инфицирования ВИЧ и ситуационная ДКП для MSM:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - которые практикуют редкие половые контакты (реже 2 раз в неделю) - и могут планировать или отложить половые контакты как минимум на период времени более 2 часов...» 	<p>ВОЗ 2021, стр. 69–79 Рекомендации 2016 г.</p> <p>Предэкспозиционная пероральная профилактика (ДКП), содержащая тенофовир, должна быть предложена в качестве дополнительной профилактики для людей с высоким риском заражения ВИЧ в рамках комбинированных подходов к профилактике ВИЧ (сильная рекомендация, высокая достоверность доказательств).</p> <p>ВОЗ техническое сообщение июль 2021 г. (Ситуационная ДКП (Короткие курсы ДКП)-рекомендация для MSM</p>
<p>Алгоритм и схемы постконтактной профилактики для разных групп населения, в том числе для ППМР</p>	<p>Соответствует</p> <p>НКП № 314 «Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» , стр. 13 <i>«...ПКП при ВИЧ следует предлагать и начинать как можно раньше всем людям, подвергшимся риску передачи ВИЧ, предпочтительно в течение 72 часов...»</i></p>	<p>ВОЗ 2021 г, стр. 89</p> <p>ПКП при ВИЧ следует предлагать и начинать как можно раньше всем людям, подвергшимся риску передачи ВИЧ, предпочтительно в течение 72 часов. Для лиц, которые не могут получить доступ к услугам в течение этого времени, поставщики должны рассмотреть ряд основных вмешательств и направлений, которые следует предлагать клиентам, обратившимся</p>

	<p>Соответствует</p> <p>НКП №314 «Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции», стр. 17 «...Схемы с использованием двух препаратов являются эффективными, но использование трех препаратов является предпочтительным. В качестве предпочтительной схемы терапии будет использоваться комбинация Тенофовир + Ламивудин (Эмтрицитабин), но при необходимости могут быть использованы TAF, AZT, ABC. В качестве третьего препарата рекомендовано использовать Долутегравир, но при необходимости, в качестве альтернативной схемы можно использовать LPV/r или DRV/r...»</p>	<p>через 72 часа.</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 87</p> <p>Взрослые и подростки</p> <p>TDF + ЗТС (или FTC) рекомендуется в качестве предпочтительной схемы ПКП (сильная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью).</p> <p>DTG рекомендуется как предпочтительный третий препарат для ПКП (сильная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью).</p> <p>ATV/r, DRV/r, LPV/r и RAL могут рассматриваться как альтернативные варианты третьего препарата для ПКП (условная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности).</p>
	<p>Соответствует</p> <p>НКП №314 «Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции» , стр. 17 «...Схемы с использованием двух препаратов являются эффективными, но использование трех препаратов является предпочтительным. В качестве предпочтительной схемы терапии детям до 10 лет будет рекомендована комбинация Зидовудина +Ламивудин, но при необходимости, в зависимости от состояния здоровья и возраста могут быть использованы ABC + ЗТС, TDF + ЗТС (FTC). В качестве третьего препарата рекомендовано использовать Долутегравир, но при необходимости, в качестве альтернативной схемы можно использовать LPV/r ...»</p>	<p>Дети</p> <p>A3T + ЗТС рекомендуется в качестве предпочтительной схемы ПКП для детей 10 лет и младше.</p> <p>ABC + ЗТС или TDF + ЗТС (или FTC) могут рассматриваться как альтернативные схемы (сильная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью).</p> <p>DTG рекомендуется в качестве предпочтительного третьего препарата для ПКП с одобренной дозировкой DTG (сильная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности).</p> <p>Когда они доступны, ATV/r, DRV/r, LPV/r и RAL могут рассматриваться как альтернативные варианты третьего препарата для ПКП (условная рекомендация,</p>

		доказательства с низкой степенью достоверности).
ППМР	<p>Соответствует частично</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Двойная профилактика рекомендована младенцам, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей с высоким риском заражения ВИЧ, но на срок 4 недели! 2. В РМ рекомендовано искусственное вскармливание детей, рожденных от ВИЧ+ матерей. В случае грудного вскармливания рекомендуется АРВ профилактика новорожденному 2 препаратами весь период кормления грудью. <p>НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», стр. 23. «...Младенцы, рожденные от ВИЧ+ матерей, которые имеют низкий риск инфицирования ВИЧ – Сироп AZT - 4 недели.</p> <p><i>Младенцы, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей с высоким риском заражения ВИЧ, должны получать двойную профилактику с ежедневным приемом зидовудина и невирапина – 4 недели...</i> НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», стр. 23.</p> <p><i>«...В РМ рекомендовано искусственное вскармливание детей, рожденных от ВИЧ+ матерей...»</i> НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», стр. 31.</p> <p><i>«...Если, несмотря на настойчивые рекомендации специалистов по искусственному вскармливанию ребенка, мать решит кормить ребенка грудью, АРВ-профилактика 2 препаратами будет продолжена в течение всего периода грудного вскармливания (соответственно будет производится корректировка дозы каждые 4-недели специалистом по ВИЧ-инфекции)...»</i></p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 91</p> <p>Рекомендации 2016 г.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Младенцы, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей с высоким риском заражения ВИЧ, должны получать двойную профилактику с ежедневным приемом зидовудина и невирапина в течение первых 6 недель жизни, независимо от того, находятся ли они на грудном вскармливании или на искусственном вскармливании (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности). • Младенцы, находящиеся на грудном вскармливании и подверженные высокому риску заражения ВИЧ... должны продолжать профилактику дополнительные 6 недель (всего 12 недель) с использованием зидовудина и невирапина или только невирапина (условная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью). • Младенцы от матерей, получающих АРТ и находящихся на грудном вскармливании, должны получать 6 недель курс профилактики (невирапин ежедневно). Если младенцы получают заместительное вскармливание, им следует проводить профилактику младенцев от 4 до 6 недель с ежедневным приемом невирапина (или зидовудина 2 раза в день) (настоятельная рекомендация, доказательства умеренной достоверности

		для грудных младенцев; сильная рекомендация, доказательства низкой достоверности для младенцев, получающих только искусственное вскармливание).
Иное, не отраженное выше	<p>Соответствует</p> <p>В НКП № №314 «Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции», <i>стр. 29</i></p> <p>«...Ни одна из схем, указанных для ПКП, не противопоказана после 8 недель беременности. В рамках услуг ПКП всем женщинам следует предлагать методы контрацепции во время применения ПКП. Экстренную контрацепцию следует предлагать девочкам и женщинам как можно скорее и в течение пяти дней после сексуального контакта. Женщинам, которые не хотят принимать экстренную контрацепцию, следует предложить альтернативу DTG.» <i>стр. 17</i></p> <p>В НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду» рекомендуется проводить консультирование о контрацепции на всех этапах медицинской помощи (первичная медицина – <i>стр.14 и 30, в родильном доме- после родов, стр. 25</i>). Но нет упоминаний об экстренной контрацепции.</p> <p>В НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» есть информация о необходимости информирования о рисках Долутегравира.</p> <p><i>«...DTG может использоваться женщинами и подростками детородного возраста при условии, что они проинформированы о преимуществах и рисках приема этого лекарства...»</i></p>	<p>ВОЗ 2021 г., <i>стр. 89</i></p> <p>Рекомендации для девочек-подростков и женщин детородного возраста</p> <p>В рамках комплексных услуг ПКП всем женщинам следует предложить пройти тестирование на беременность на начальном этапе и при последующем наблюдении. Экстренную контрацепцию следует предлагать девочкам и женщинам при необходимости как можно скорее и в течение 5 дней после сексуального контакта. Женщинам, не желающим принимать экстренную контрацепцию, следует предоставить альтернативу DTG.</p>
Часть 4. Схемы антиретровирусной терапии		
Когда начинать АРТ, в т. ч. рекомендации по отдельным группам пациентов (для которых рекомендуется назначение в неотложном порядке)	<p>Все рекомендации ВОЗ изложенные в июльском руководстве были учтены при пересмотре НКП в области ВИЧ</p>	
	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» <i>стр. 28</i> «...Лечение следует начинать всем людям, живущим с ВИЧ, независимо от стадии заболевания и при любом числе CD4...»</p> <p>НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», <i>стр. 29</i> «...Лечение следует начинать всем детям, живущим с ВИЧ, независимо от возраста, стадии заболевания и при любом числе CD4...»</p>	<p>ВОЗ 2021 г., <i>стр. 110</i></p> <p>Рекомендации 2016 г.</p> <p>АРТ следует начинать всем людям, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии по классификации ВОЗ и при любом количестве лимфоцитов CD4.</p>

	<p>НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», стр. 24 «...Всем беременным АРТ будет начата сразу, как только будет установлен диагноз ВИЧ...»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Взрослые (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности) • Беременные и кормящие женщины (сильная рекомендация, средняя достоверность) • Подростки (условная рекомендация, доказательства с низким уровнем достоверности) • Дети, живущие с ВИЧ, в возрасте от одного года до менее 10 лет (условная рекомендация, низкая достоверность) • Младенцы, диагностированные на первом году жизни (сильная рекомендация, доказательства умеренной достоверности).
	<p>Соответствует</p> <p>В НКП есть рекомендация начинать АРТ как можно скорее без рекомендации в первые 7 дней.</p> <p>О сроках начала АРТ говорится только в случаях людей с запущенной стадией ВИЧ-инфекции.</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 28; НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», стр. 29</p> <p><i>«...Рекомендуется начать АРТ как можно скорее (в тот же день, когда была подтверждена ВИЧ-инфекция, если пациент согласен), за исключением:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - в случае положительного результата на <i>Ag Cryptococcus</i> и исключения криптококкового менингита - через 2 недели после начала профилактического антикриптококкового лечения - при постановке диагноза «Криптококковый менингит» - только через 4-6 недель после начала лечения. - если диагностирован туберкулез, АРТ начинают не ранее, чем через 7-14 дней после начала лечения ТБ (а в случае туберкулезного менингита – не ранее чем через 4 недели) ...» 	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 112</p> <p>О быстром начале (7 дней)</p> <p>Рекомендация 2017 г.</p> <p>Всем людям, живущим с ВИЧ, следует предлагать быстрое начало АРТ после подтвержденного диагноза ВИЧ и клинической оценки (настоятельная рекомендация: доказательства с высокой достоверностью для взрослых и подростков; доказательства с низкой достоверностью для детей).</p> <p>Начало АРТ следует предлагать в тот же день людям, которые готовы начать (настоятельная рекомендация: доказательства с высокой достоверностью для взрослых и подростков; доказательства с низкой достоверностью для детей).</p>

		<p>Людам с запущенной стадией ВИЧ-инфекции следует уделять первоочередное внимание при оценке и иницировании.</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 117.</p> <p>«Среди людей, живущих с ВИЧ, АРТ следует начинать как можно скорее в течение двух недель после начала лечения ТБ, независимо от количества клеток CD4».</p> <p>«Из-за риска повышенной смертности немедленное начало АРТ не рекомендуется взрослым, подросткам и детям, живущим с ВИЧ, которые заболели криптококковым менингитом; терапию необходимо отложить на 4-6 недель от начала противогрибкового лечения. Таким образом, АРТ следует начинать через 4-6 недель после прохождения противогрибкового лечения».</p>								
<p>Выбор препаратов первого ряда</p>	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 28 <i>Схемы АРТ первой линии для взрослых и подростков -</i></p> <table border="1" data-bbox="373 1420 1128 1834"> <thead> <tr> <th>Схема АРТ</th> <th>Комбинация препаратов</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 НИОТ + 1 ИИ</td> <td>TDF (TAF) + FTC (3TC) + DTG</td> </tr> <tr> <td>2 НИОТ+1ННИОТ</td> <td>TDF + FTC (3TC) + EFV 400 mg</td> </tr> <tr> <td>2 НИОТ + 1 ИП 2 НИОТ + 1 ИИ</td> <td>TDF + 3TC (FTC) + LPV/r (ATV/r, DRV/r)</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Комбинация тенофовира алафенамида (TAF) с эмтрицитабином (FTC) или ламивудином (3TC) рекомендуется людям старше 50 лет.</i></p> <p><i>- Если TDF невозможно использовать (проблемы с побочными эффектами TDF), рекомендуется использовать абакавир в качестве базового препарата в компонентах</i></p>	Схема АРТ	Комбинация препаратов	2 НИОТ + 1 ИИ	TDF (TAF) + FTC (3TC) + DTG	2 НИОТ+1ННИОТ	TDF + FTC (3TC) + EFV 400 mg	2 НИОТ + 1 ИП 2 НИОТ + 1 ИИ	TDF + 3TC (FTC) + LPV/r (ATV/r, DRV/r)	<p>ВОЗ 2021, стр. 123</p> <p>Рекомендации 2019 г.</p> <p><i>Схема АРВ-препаратов первого ряда</i></p> <p>1. DTG в сочетании с НИОТ-основой рекомендуется в качестве предпочтительной схемы терапии первого ряда для людей, живущих с ВИЧ, которые начинают АРТ.</p> <p>- Взрослые и подростки (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).</p>
Схема АРТ	Комбинация препаратов									
2 НИОТ + 1 ИИ	TDF (TAF) + FTC (3TC) + DTG									
2 НИОТ+1ННИОТ	TDF + FTC (3TC) + EFV 400 mg									
2 НИОТ + 1 ИП 2 НИОТ + 1 ИИ	TDF + 3TC (FTC) + LPV/r (ATV/r, DRV/r)									

НИОТ. Использование абакавира рекомендуется после теста HLA-B *5701.

- В случае невозможности применения TDF и/или ABC рекомендуется применение зидовудина....»

Соответствует частично

Отличием является, что в качестве основной схемы для новорожденного рекомендуется NVP, а не RAL, с максимально быстрым переходом на DTG или LPV/r и нет упоминаний об использовании TAF у детей в возрасте от 0 до 10 лет.

НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», стр. 26 Схемы АРТ первой линии для детей и новорожденных

	основные	альтернативные
Дети	ABC + 3TC + DTG	ABC + 3TC + LPV/r or RAL TDF + 3TC (or FTC) + DTG
Новорожденные	AZT + 3TC + NVP	AZT + 3TC + LPV/r AZT + 3TC + RAL

- Младенцы и дети с одобренными дозами DTG (условная рекомендация, доказательства низкой достоверности).

2. EFV 400 мг в сочетании с НИОТ основной рекомендуется в качестве альтернативной схемы лечения первого ряда для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, начинающих АРТ (сильная рекомендация, средняя степень достоверности доказательств).

3. Схема на основе RAL может быть рекомендована в качестве предпочтительной первой линии для новорожденных (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности)

Табл. 4.3 стр. 131
Предпочтительная схема:

Взрослые и подростки
TDF + 3TC (or FTC) + DTG

Дети ABC + 3TC + DTG

Новорожденные
AZT (или ABC) + 3TC + RAL

Альтернативная схема:

		<p>Взрослые и подростки TDF + 3TC + EFV 400</p> <p>Дети ABC + 3TC + LPV/r или TAF + 3TC (or FTC) + DTG</p> <p>Новорожденные AZT + 3TC + NVP</p>
<p>Предпочтение препаратам с фиксированными комбинациями доз (ФКД)</p>	<p>Соответствует</p> <p>В НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» - есть определение приверженности к АРТ (стр. 8) и рекомендовано консультирование по приверженности.</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 28 есть рекомендация о использовании комбинаций с фиксированными дозами с приемом в один раз «...Приоритет будет отдан схеме АРТ в комбинации 3 препаратов в одной таблетке один раз в день...»</p>	<p>ВОЗ 2021, стр. 361</p> <p>Рекомендация 2016 г.</p> <p>Людам, получающим АРТ, следует проводить мероприятия по поддержке приверженности (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Комбинации с фиксированными дозами и схемы приема один раз в день (доказательства средней степени достоверности).
<p>Использование DTG и EFV 400 в соответствии с обновленными рекомендациями и 2021 года</p>	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 28 «...в альтернативных схемах первого ряда рекомендуется использование эфавиренза в дозе 400 мг, когда прием DTG невозможен из-за побочных эффектов или взаимодействия с другими лекарственными средствами...»</p> <p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 28 «...Если пациенту назначают противотуберкулезное лечение с использованием Рифампицина, доза DTG удваивается: DTG 50 мг каждые 12 часов, либо необходимо изменить схему АРТ: Долутегравир → эфавиренз 400 мг...»</p> <p><i>RAL можно использовать в качестве альтернативной схемы, только если твердые препараты LPV/r недоступны.</i></p> <p><i>Новорожденные, начинающие АРТ по схеме на основе RAL, должны как можно скорее перейти на DTG....»</i></p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 123</p> <p>EFV в низкой дозе (400 мг) в сочетании с НИОТ основной рекомендуется в качестве альтернативной схемы лечения первого ряда для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, начинающих АРТ (сильная рекомендация, средняя степень достоверности доказательств).</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 130</p> <p>Считается, что эфавиренз 400 мг будет аналогичен эфавирензу 600 мг, с некоторыми дополнительными преимуществами с точки зрения переносимости, меньшего размера таблеток и снижения нервной системы и умственного развития.</p> <p>Ожидается, что</p>

	<p>Соответствует</p> <p>Н КП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 30</p> <p><i>«...Если получен определяемый результат РНК ВИЧ (> 40 копий / мл)</i></p> <p><i>- важно оценить риск продолжения АРТ по данной схеме, в частности, со схемами АРТ с EFV. Не рекомендуется возобновлять АРТ схемами на основе эфавиренза, если эфавиренз применялся ранее...»</i></p> <p>Не соответствует</p> <p>В НКП нет информации о тестировании на лекарственную устойчивость при выборе схемы лечения первого ряда</p>	<p>эфавиренз 400 мг безопасен для использования во время беременности, а также может быть использован во время лечения ВИЧ-ассоциированного ТБ</p> <p>Следует избегать АРТ на основе эфавиренза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. страны, в которых распространённость лекарственной устойчивости ВИЧ до лечения к ННИОТ среди людей, начинающих АРТ первого ряда, равна или превышает 10% на основе национальных обследований устойчивости к лекарствам от ВИЧ; 2. в группах населения, начинающих АРТ, широко использующих ННИОТ, несмотря на национальные данные о распространённости лекарственной устойчивости ВИЧ из-за высокого риска лекарственной устойчивости в этой группе. <p>Стр. 123 Комментарий:</p> <p>Следует рассмотреть вопрос о тестировании на лекарственную устойчивость ВИЧ, где это возможно, в качестве ориентира при выборе схемы лечения первого ряда</p>
<p>Рекомендации касательно использования долутегравира у женщин детородного возраста и беременных женщин</p>	<p>Соответствует</p> <p>В НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 29 <i>«...DTG является основным препаратом первой линии и может использоваться женщинами и девочками подростками детородного возраста при условии, что они проинформированы о преимуществах и рисках приема этого лекарства...»</i></p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 125</p> <p>Два рандомизированных контролируемых исследования изучали использование схем на основе DTG среди беременных и кормящих женщин и обнаружили, что DTG более эффективен, чем режимы с ННИОТ.</p>

		<p>Возможный сигнал о дефектах нервной трубки у женщин детородного возраста был тщательно изучен; риск ниже, чем первоначально наблюдалось, и не влияет на его использование женщинами детородного возраста.</p>
<p>АРТ первого ряда для особых групп пациентов</p>	<p>Соответствует частично</p> <p>В НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» <i>стр. 29</i></p> <p>Если пациент получает противотуберкулезное лечение рифампицином, дозу DTG необходимо удвоить до 2 раз/день: DTG 50 мг каждые 12 часов. При противотуберкулезном лечении бедаквилином необходимо назначение схем АРТ на основе ДТГ 50 мг.</p> <p>Не прописано о использовании двойной дозы ДТГ на протяжении еще 2 недель после последней дозы Рифампицина.</p> <p>Соответствует</p> <p>НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», стр. 27 Кассета</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 129</p> <p>Совместное лечение туберкулеза (стр. 107,108). Эти исследования показали, что доза DTG должна быть увеличена до 50 мг два раза в день при лекарственном взаимодействии с рифампицином.</p> <p>Схемы, содержащие DTG с поправкой на дозу, оказались эффективными во время совместного лечения ТБ с точки зрения подавления вирусной нагрузки, времени для подавления вирусной нагрузки и улучшения CD4 количество клеток.</p> <p>Кроме того, фармакокинетические данные нескольких исследований DTG у пациентов с коинфекцией ТБ-ВИЧ пациенты предполагают, что двойную дозу DTG необходимо использовать на протяжении 2 недель после последней дозы рифампицина.</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 129</p> <p>Таблица 4.5. Рекомендации по коррективке АРТ при ТБ на основе</p>

	<p>11</p> <p>Рекомендации по использованию схем АРВ-терапии у детей с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ</p> <table border="1" data-bbox="376 309 1082 1570"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="376 331 1082 398">Схемы АРВ, рекомендованные в случаях начала АРТ на фоне лечения ТБ (с Рифампицином)</th> </tr> <tr> <th data-bbox="376 398 472 577"></th> <th data-bbox="472 398 663 577">АРТ режим</th> <th data-bbox="663 398 1082 577">Схемы АРТ рекомендованные при начале противотуберкулезного лечения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="376 577 472 730">ново рожд енны е</td> <td data-bbox="472 577 663 730">RAL</td> <td data-bbox="663 577 1082 730">Продолжить ту же схему лечения, но увеличить дозу RAL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 730 472 819"></td> <td data-bbox="472 730 663 819">NVP</td> <td data-bbox="663 730 1082 819">Заменить как можно раньше на DTG или LPV/r</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 819 472 909">Дети</td> <td data-bbox="472 819 663 909">DTG</td> <td data-bbox="663 819 1082 909">Продолжить ту же схему лечения¹</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 909 472 1088"></td> <td data-bbox="472 909 663 1088">LPV/r</td> <td data-bbox="663 909 1082 1088">Заменить на DTG (с увеличением дозы), или если это невозможно продолжать прием LPV/r с увеличением дозы</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1088 472 1267"></td> <td data-bbox="472 1088 663 1267">RAL</td> <td data-bbox="663 1088 1082 1267">Заменить на DTG (с увеличением дозы), или если это невозможно продолжать прием RAL с увеличением дозы</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1267 472 1335"></td> <td data-bbox="472 1267 663 1335">TAF</td> <td data-bbox="663 1267 1082 1335">Заменить на ABC или TDF</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1335 472 1447"></td> <td data-bbox="472 1335 663 1447">ATV/r</td> <td data-bbox="663 1335 1082 1447">Заменить на DTG если DTG назначен впервые, на LPV/r если DTG принимал ранее</td> </tr> <tr> <td data-bbox="376 1447 472 1570"></td> <td data-bbox="472 1447 663 1570">DRV/r</td> <td data-bbox="663 1447 1082 1570">Заменить на DTG если DTG назначен впервые, на LPV/r если DTG принимал ранее</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="376 1585 1082 1686">¹ - Долутегравир принимается в двойной дозе на весь период противотуберкулезного лечения, затем вернуться к начальной дозе</p>	Схемы АРВ, рекомендованные в случаях начала АРТ на фоне лечения ТБ (с Рифампицином)				АРТ режим	Схемы АРТ рекомендованные при начале противотуберкулезного лечения	ново рожд енны е	RAL	Продолжить ту же схему лечения, но увеличить дозу RAL		NVP	Заменить как можно раньше на DTG или LPV/r	Дети	DTG	Продолжить ту же схему лечения ¹		LPV/r	Заменить на DTG (с увеличением дозы), или если это невозможно продолжать прием LPV/r с увеличением дозы		RAL	Заменить на DTG (с увеличением дозы), или если это невозможно продолжать прием RAL с увеличением дозы		TAF	Заменить на ABC или TDF		ATV/r	Заменить на DTG если DTG назначен впервые, на LPV/r если DTG принимал ранее		DRV/r	Заменить на DTG если DTG назначен впервые, на LPV/r если DTG принимал ранее	<p>рифампицина у детей и новорожденных</p>
Схемы АРВ, рекомендованные в случаях начала АРТ на фоне лечения ТБ (с Рифампицином)																																
	АРТ режим	Схемы АРТ рекомендованные при начале противотуберкулезного лечения																														
ново рожд енны е	RAL	Продолжить ту же схему лечения, но увеличить дозу RAL																														
	NVP	Заменить как можно раньше на DTG или LPV/r																														
Дети	DTG	Продолжить ту же схему лечения ¹																														
	LPV/r	Заменить на DTG (с увеличением дозы), или если это невозможно продолжать прием LPV/r с увеличением дозы																														
	RAL	Заменить на DTG (с увеличением дозы), или если это невозможно продолжать прием RAL с увеличением дозы																														
	TAF	Заменить на ABC или TDF																														
	ATV/r	Заменить на DTG если DTG назначен впервые, на LPV/r если DTG принимал ранее																														
	DRV/r	Заменить на DTG если DTG назначен впервые, на LPV/r если DTG принимал ранее																														
<p>Рекомендации по грудному вскармливанию младенцев</p>	<p>Соответствует частично</p> <p>В РМ рекомендовано искусственное вскармливание детей, рожденных от ВИЧ+ матерей. В случае грудного вскармливания рекомендуется АРВ профилактика новорожденному 2 препаратами весь период кормления грудью.</p> <p>НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», стр. 32.</p> <p>«...В РМ рекомендовано искусственное вскармливание</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 298</p> <p>Рекомендации 2016 г.</p> <p>Продолжительность грудного вскармливания матерями, живущими с ВИЧ. Матери, живущие с ВИЧ, должны кормить грудью не менее 12 месяцев и могут продолжать грудное</p>																														

	<p>детей, рожденных от ВИЧ+ матерей...» НКП №316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду», стр. 33.</p> <p>«...Если, несмотря на настойчивые рекомендации специалистов по искусственному вскармливанию ребенка, мать решит кормить ребенка грудью, АРВ-профилактика 2 препаратами будет продолжена в течение всего периода грудного вскармливания (соответственно будет производиться корректировка дозы каждые 4-недели специалистом по ВИЧ-инфекции) ...»</p> <p>Есть глава по консультированию и обучению матерей правилами вскармливания: как искусственного, так и грудного, в том случае если мама все-таки выберет данный вид вскармливания.</p>	<p>вскармливание до 24 месяцев или дольше (аналогично общему населению) при полной поддержке приверженности АРТ (сильная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью в течение 12 месяцев; доказательства очень низкой достоверности за 24 месяца).</p> <p>Грудное вскармливание следует прекращать только после того, как можно будет обеспечить полноценную и безопасную диету без грудного молока.</p>									
<p>Мониторинг до начала АРТ</p>	<p>Соответствует частично</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не рекомендуется тестирование на ВИЧ перед началом АРТ, так как подтверждение ВИЧ инфекции делается с использованием методов с количественным определением РНК ВИЧ – то соответственно при подтверждении тест на вирусную нагрузку. 2. Рекомендуется общий анализ крови (не только при назначении зидовудина). 3. Кроме определения креатинина рекомендуется определение трансаминаз. 4. Не желательны, а обязательны серологический скрининг на ВГВ и ВГС и сифилис. 5. Криптококковый антиген, если количество CD4-клеток ≤ 100 клеток / мм³. 6. Рентген грудной клетки – обязательно 1-2 раза в год. 7. УЗИ органов брюшной полости обязательно 1-2 раза в год. <p>Подсчет CD4, скрининг на ТБ соответствует рекомендациям ВОЗ НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» - стр. 26</p> <table border="1" data-bbox="375 1579 1053 2072"> <thead> <tr> <th>Исследования/ консультация</th> <th>Обязательн о/ при необходимости</th> <th>Частота</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гемолейкограмма</td> <td>обязательно</td> <td>✓ при первом визите пациента</td> </tr> <tr> <td>Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ), щелочная фосфатаза, глюкоза, холестерин, триглицериды,</td> <td>обязательно</td> <td>✓ при первом визите пациента</td> </tr> </tbody> </table>	Исследования/ консультация	Обязательн о/ при необходимости	Частота	Гемолейкограмма	обязательно	✓ при первом визите пациента	Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ), щелочная фосфатаза, глюкоза, холестерин, триглицериды,	обязательно	✓ при первом визите пациента	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 109</p> <p>Рекомендуемые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тестирование на ВИЧ (серология для взрослых и детей от 18 месяцев и старше; диагностика ВИЧ у детей младше 18 месяцев) в соответствии с рекомендациями ВОЗ • Подсчет CD4 для выявления поздней стадии ВИЧ-инфекции. • Соответствующий возрасту скрининг ТБ • Криптококковый антиген для взрослых и подростков, если количество CD4-клеток ≤ 200 клеток/мм³. <p>Желательные, если возможно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Серология ВГВ, ВГС, скрининг на инфекции, передаваемые половым путем, для взрослых • Оценка основных неинфекционных хронических заболеваний и сопутствующих заболеваний • Тест на гемоглобин при начале приема AZT
Исследования/ консультация	Обязательн о/ при необходимости	Частота									
Гемолейкограмма	обязательно	✓ при первом визите пациента									
Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ), щелочная фосфатаза, глюкоза, холестерин, триглицериды,	обязательно	✓ при первом визите пациента									

	билирубин, мочевина, креатинина, протромбиновый индекс				<p>• Креатинин сыворотки и расчетная скорость клубочковой фильтрации для начала приема тенофовира.</p>
	Уровень CD4 (C/P – условная, У/Д – низкий)	обязательно	✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ		
	Тест на вирусную нагрузку при помощи ПЦР (C/P – условная, У/Д – низкий)	обязательно	✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ		
	HBsAg и суммарные антитела к HCV	обязательно	✓ при первом визите пациента		
	Криптококковый антиген	обязательно	При выраженном иммунодефиците		
	HLA-B*5701	при необходимости	при планировании назначения АВС		
	Скрининг на ТБ	обязательно	✓ при каждом визите.		
	Рентгенография грудной клетки	обязательно	✓ при первом визите		
	УЗИ органов брюшной полости	обязательно	✓ при первом визите		
<p>Мониторинг после начала АРТ</p>	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 25</p> <p>Тестирование на вирусную нагрузку проводится:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ «... по истечении 6 месяцев с момента начала, возобновления или изменения схемы АРТ ✓ каждые 12 месяцев ✓ В случае если была обнаружена определяемая РНК ВИЧ необходимо повторить исследование через 3 месяца ✓ при постановке на учет беременной...» 			<p>ВОЗ 2021 г., стр. 147</p> <p>Рекомендации по мониторингу лечения 2013, 2016 и 2021 гг.</p> <p>Предпочтительный подход к мониторингу</p> <p>Вирусная нагрузка рекомендуется в качестве предпочтительного метода мониторинга для диагностики и подтверждения неэффективности лечения (сильная рекомендация, доказательства с низкой</p>	

	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 25</p> <p>Тестирование на СД4 проводится:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ при первом визите/начале АРТ ✓ каждые 6 месяцев если СД4 < 350 клеток/мм3 до достижения стабильности в АРТ ✓ при СД4 > 350 клеток/мм3 – при необходимости (при вирусологической или клинической неудачи) 	<p>достоверностью).</p> <p>Тестирование на вирусную нагрузку в месте оказания медицинской помощи может использоваться для мониторинга лечения людей, живущих с ВИЧ, получающих АРТ (условная рекомендация, умеренная степень достоверности доказательств).</p> <p>Сроки мониторинга лечения Регулярный мониторинг вирусной нагрузки может проводиться через 6 месяцев, через 12 месяцев, а затем каждые 12 месяцев после этого, если человек находится на АРТ, чтобы синхронизировать с регулярным мониторингом и оценочной отчетностью (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 147</p> <p>Роль мониторинга числа клеток CD4</p> <p>В условиях, когда доступен рутинный мониторинг вирусной нагрузки, мониторинг числа клеток CD4 может быть прекращен для лиц, получающих АРТ (условная рекомендация, низкий уровень достоверности доказательств).</p>
<p>Мониторинг побочных эффектов лечения и</p>	<p>Соответствует частично</p> <p>Рекомендуется при первом визите, один раз в год и при появлении симптомов: общий анализ крови, определения</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 167</p> <p>Для начала АРТ наличие лабораторного</p>

<p>проявлений различных осложнений</p>	<p>креатинина, трансаминаз, глюкозы и липидного профиля (в случае назначения ИП) с целью мониторинга побочных эффектов.</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 26-27</p>	<p>мониторинга не требуется.</p> <p>Симптомно-ориентированный лабораторный мониторинг безопасности и токсичности может использоваться для тех, кто получает АРТ.</p>												
<p>Мониторинг на фоне АРТ</p>	<p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 27</p> <p>Соответствует частично</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Соответствует рекомендации использования тестирования на ВН как основного метода определения эффективности, частоте исследования на ВН, за исключением тестирования перед началом АРТ. 2. Соответствует частоте тестирования на СД4 3. Несмотря на рекомендацию не проводить мониторинг побочных эффектов при начале и систематически, а только при появлении симптомов – в НКП оставлены основные обследования при начале и раз в год. <table border="1" data-bbox="373 999 1056 2069"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 999 576 1151">Исследование/консультация</th> <th data-bbox="576 999 746 1151">Обязательно/при необходимости</th> <th data-bbox="746 999 1056 1151">Частота</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1151 576 1274">Гемолейкограмма</td> <td data-bbox="576 1151 746 1274">обязательно</td> <td data-bbox="746 1151 1056 1274"> ✓ при первом визите пациента ✓ затем при необходимости </td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1274 576 1704">Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ), щелочная фосфатаза, глюкоза, холестерин, триглицериды, билирубин, мочевина, креатинина, протромбиновый индекс</td> <td data-bbox="576 1274 746 1704">обязательно</td> <td data-bbox="746 1274 1056 1704"> ✓ при первом визите пациента ✓ один раз в год ✓ затем при необходимости </td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1704 576 2069">Уровень CD4 (С/Р – условная, У/Д – низкий)</td> <td data-bbox="576 1704 746 2069">обязательно</td> <td data-bbox="746 1704 1056 2069"> ✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ ✓ каждые 6 месяцев ✓ при необходимости (при подозрении на вирусологическую или клиническую неудачу) </td> </tr> </tbody> </table>	Исследование/консультация	Обязательно/при необходимости	Частота	Гемолейкограмма	обязательно	✓ при первом визите пациента ✓ затем при необходимости	Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ), щелочная фосфатаза, глюкоза, холестерин, триглицериды, билирубин, мочевина, креатинина, протромбиновый индекс	обязательно	✓ при первом визите пациента ✓ один раз в год ✓ затем при необходимости	Уровень CD4 (С/Р – условная, У/Д – низкий)	обязательно	✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ ✓ каждые 6 месяцев ✓ при необходимости (при подозрении на вирусологическую или клиническую неудачу)	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 147</p> <p>Рекомендации по мониторингу лечения 2013, 2016 и 2021 гг.</p> <p>Предпочтительный подход к мониторингу</p> <p>Вирусная нагрузка рекомендуется в качестве предпочтительного метода мониторинга для диагностики и подтверждения неэффективности лечения (сильная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью).</p> <p>Тестирование на вирусную нагрузку в месте оказания медицинской помощи может использоваться для мониторинга лечения людей, живущих с ВИЧ, получающих АРТ (условная рекомендация, умеренная степень достоверности доказательств).</p> <p>Сроки мониторинга лечения Регулярный мониторинг вирусной нагрузки может проводиться через 6 месяцев, через 12 месяцев, а затем каждые 12 месяцев после этого, если человек находится на АРТ, чтобы синхронизировать с регулярным мониторингом и оценочной отчетностью (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).</p>
Исследование/консультация	Обязательно/при необходимости	Частота												
Гемолейкограмма	обязательно	✓ при первом визите пациента ✓ затем при необходимости												
Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ), щелочная фосфатаза, глюкоза, холестерин, триглицериды, билирубин, мочевина, креатинина, протромбиновый индекс	обязательно	✓ при первом визите пациента ✓ один раз в год ✓ затем при необходимости												
Уровень CD4 (С/Р – условная, У/Д – низкий)	обязательно	✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ ✓ каждые 6 месяцев ✓ при необходимости (при подозрении на вирусологическую или клиническую неудачу)												

<p>Тест на вирусную нагрузку при помощи ПЦР (С/Р – условная, У/Д – низкий)</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ ✓ каждые 6 месяцев ✓ если была определяемая – повторить через 3 месяца ✓ через 3 месяца после замены схемы</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 147</p> <p>Таблица 4.10 Рекомендуемые тесты для скрининга и мониторинга ВИЧ и выявления коинфекций и неинфекционных заболеваний</p> <table border="1"> <tr> <th data-bbox="1189 488 1294 638">Менеджмент АРТ</th> <th data-bbox="1294 488 1399 638">Обязательный</th> <th data-bbox="1399 488 1505 638">Рекомендованный</th> </tr> <tr> <td data-bbox="1189 638 1294 2056"> <p>Получающие АРТ</p> </td> <td data-bbox="1294 638 1399 2056"> <p>Тест на вирусную нагрузку ВИЧ через 6 месяцев и 12 месяцев после начала АРТ и каждые 12 месяцев дальнейшего нейшем.</p> <p>Подсчет клеток CD4 каждые шесть месяцев до тех пор, пока не достигнута</p> </td> <td data-bbox="1399 638 1505 2056"> <p>Креатинин, сыровотки и оценка скорости клубочковой фильтрации и TDFa</p> <p>Тест на беременность для женщин с деторождением</p> <p>потенциально не получающих услуг по планированию семьи и прием</p> </td> </tr> </table>	Менеджмент АРТ	Обязательный	Рекомендованный	<p>Получающие АРТ</p>	<p>Тест на вирусную нагрузку ВИЧ через 6 месяцев и 12 месяцев после начала АРТ и каждые 12 месяцев дальнейшего нейшем.</p> <p>Подсчет клеток CD4 каждые шесть месяцев до тех пор, пока не достигнута</p>	<p>Креатинин, сыровотки и оценка скорости клубочковой фильтрации и TDFa</p> <p>Тест на беременность для женщин с деторождением</p> <p>потенциально не получающих услуг по планированию семьи и прием</p>
Менеджмент АРТ	Обязательный	Рекомендованный							
<p>Получающие АРТ</p>	<p>Тест на вирусную нагрузку ВИЧ через 6 месяцев и 12 месяцев после начала АРТ и каждые 12 месяцев дальнейшего нейшем.</p> <p>Подсчет клеток CD4 каждые шесть месяцев до тех пор, пока не достигнута</p>	<p>Креатинин, сыровотки и оценка скорости клубочковой фильтрации и TDFa</p> <p>Тест на беременность для женщин с деторождением</p> <p>потенциально не получающих услуг по планированию семьи и прием</p>							
<p>HBsAg и суммарные антитела к HCV</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при первом визите пациента ✓ затем при необходимости</p>							
<p>Криптококковый антиген</p>	<p>обязательно</p>	<p>При выраженном иммунодефиците</p>							
<p>HLA-B*5701</p>	<p>при необходимости</p>	<p>при планировании назначения АВС</p>							
<p>скрининг на ТБ</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при каждом визите.</p>							
<p>Рентгенография грудной клетки</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ один раз в год ✓ затем при необходимости</p>							
<p>УЗИ органов брюшной полости</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ один раз в год ✓ затем при необходимости</p>							
<p>НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет» стр. 25</p>									
<p>Соответствует частично</p>									
<p>1. Соответствует рекомендации использования тестирования на ВН как основного метода определения эффективности, частоте исследования на ВН у детей – перед началом АРТ и каждые 6 месяцев</p>									
<p>2. Частота тестирования на СД4 – каждые 6 месяцев</p>									
<p>3. Несмотря на рекомендацию не проводить мониторинг побочных эффектов при начале и систематически, а только при появлении симптомов – в НКП оставлены основные обследования при начале и раз в год.</p>									
<p>4. Нет рекомендации по проведению теста на беременность, но есть консультация гинеколога 1 раз в год и по необходимости</p>									
<p>Исследования/консультация</p>	<p>Обязательно/при необходимости</p>	<p>Частота</p>							
<p>Гемолейкограмма</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при первом визите пациента ✓ затем при необходимости</p>							
<p>Биохимический анализ крови (АлАТ), (АсАТ),</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при первом визите пациента ✓ один раз в год ✓ затем при</p>							

	<p>креатинина, Уровень CD4 (C/P – условная, У/Д – низкий)</p> <p>обязательно</p>	<p>необходимости</p> <p>✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ</p> <p>✓ каждые 6 месяцев</p> <p>✓ при необходимости (при подозрении на вирусологическую или клиническую неудачу)</p>		<p>стабилизировать в АРТ</p>	<p>DTG или EFV 400 мг</p>	<p>С подозрение на неудачу в АРТ</p>				
<p>Рекомендации по переключению на схемы АРТ второго ряда, в т. ч. для особых групп пациентов</p>	<p>Соответствует</p> <p>Н КП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 30</p> <table border="1" data-bbox="375 1859 1037 2060"> <tr> <td>Схемы 1 линии</td> <td>Схемы 2 линии</td> </tr> <tr> <td>TDF+FTC/3TC+D TG</td> <td>ABC(AZT)+3TC+LPV/ r (ATV/r, DRV/r)</td> </tr> <tr> <td>TDF+3TC/FTC+E</td> <td>ABC(AZT)+3TC+DTG</td> </tr> </table>			Схемы 1 линии	Схемы 2 линии	TDF+FTC/3TC+D TG	ABC(AZT)+3TC+LPV/ r (ATV/r, DRV/r)	TDF+3TC/FTC+E	ABC(AZT)+3TC+DTG	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 136</p> <p>Рекомендации 2019 г.</p> <p>Схемы АРВ-препаратов второго ряда</p> <p>DTG в сочетании с оптимизированной основой НИОТ может</p>
Схемы 1 линии	Схемы 2 линии									
TDF+FTC/3TC+D TG	ABC(AZT)+3TC+LPV/ r (ATV/r, DRV/r)									
TDF+3TC/FTC+E	ABC(AZT)+3TC+DTG									
<p>Тест на вирусную нагрузку при помощи ПЦР (C/P – условная, У/Д – низкий)</p> <p>обязательно</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ на момент выявления ВИЧ-инфекции и/или начало АРТ</p> <p>✓ каждые 6 месяцев</p> <p>✓ если была определяемая – повторить через 3 месяца</p> <p>✓ через 3 месяца после замены схемы</p>								
<p>HBsAg и суммарные антитела к HCV</p> <p>обязательно</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при первом визите пациента</p> <p>✓ затем при необходимости</p>								
<p>Криптококковый антиген</p> <p>обязательно</p>	<p>обязательно</p>	<p>При выраженном иммунодефиците</p>								
<p>HLA-B*5701</p> <p>при необходимости</p>	<p>при необходимости</p>	<p>при планировании назначения АВС</p>								
<p>скрининг на ТБ</p> <p>обязательно</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при каждом визите.</p>								
<p>Рентген органов грудной клетки</p> <p>обязательно</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ при первом посещении пациента / начале АРТ</p> <p>✓ 1 раз в год</p> <p>✓ в случае необходимости</p>								
<p>Гинекологический осмотр с взятием мазка Папаниколау</p> <p>обязательно</p>	<p>обязательно</p>	<p>✓ один раз в год</p> <p>✓ затем при необходимости</p>								

	<table border="1"> <tr> <td>FV</td> <td>(ATV/r, LPV/r)</td> </tr> <tr> <td>ABC+3TC+EFV</td> <td>TDF(AZT)+FTC/3TC+DTG (LPV/r, ATV/r)</td> </tr> <tr> <td>TDF+FTC/3TC+L PV/r (ATV/r)</td> <td>ABC (AZT)+3TC+DTG</td> </tr> </table> <p>НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет» - стр. 29</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Схема 1 линии</th> <th>Основные схемы 2 линии</th> <th>Схемы 2 линии альтернативные</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ABC + 3TC + DTG</td> <td>AZT+ 3TC + LPV/r</td> <td>AZT + 3TC + DRV/r</td> </tr> <tr> <td>ABC (AZT) + 3TC + LPV/r</td> <td>AZT (ABC) + 3TC + DTG</td> <td>AZT (ABC) + 3TC + RAL</td> </tr> <tr> <td>ABC (AZT) + 3TC + EFV</td> <td>AZT (ABC) + 3TC + DTG</td> <td>AZT (ABC) + 3TC + LPV/r</td> </tr> <tr> <td>AZT + 3TC + NVP</td> <td>ABC + 3TC + DTG</td> <td>ABC + 3TC + LPV/r (DRV/r)</td> </tr> </tbody> </table>	FV	(ATV/r, LPV/r)	ABC+3TC+EFV	TDF(AZT)+FTC/3TC+DTG (LPV/r, ATV/r)	TDF+FTC/3TC+L PV/r (ATV/r)	ABC (AZT)+3TC+DTG	Схема 1 линии	Основные схемы 2 линии	Схемы 2 линии альтернативные	ABC + 3TC + DTG	AZT+ 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + DRV/r	ABC (AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (ABC) + 3TC + DTG	AZT (ABC) + 3TC + RAL	ABC (AZT) + 3TC + EFV	AZT (ABC) + 3TC + DTG	AZT (ABC) + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + NVP	ABC + 3TC + DTG	ABC + 3TC + LPV/r (DRV/r)	<p>быть рекомендован в качестве предпочтительной схемы второй линии для людей, живущих с ВИЧ, для которых схемы, не основанные на DTG, неэффективны.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Взрослые и подростки (условная рекомендация, доказательства средней степени достоверности) • Дети с одобренной дозировкой DTG (условная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности) <p>Схемы на основе DTG</p> <p>Усиленные ИП в сочетании с оптимизированной НИОТ-основой рекомендуются в качестве предпочтительной схемы второй линии для людей, живущих с ВИЧ, для которых схемы на основе DTG не работают. (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).</p>
FV	(ATV/r, LPV/r)																						
ABC+3TC+EFV	TDF(AZT)+FTC/3TC+DTG (LPV/r, ATV/r)																						
TDF+FTC/3TC+L PV/r (ATV/r)	ABC (AZT)+3TC+DTG																						
Схема 1 линии	Основные схемы 2 линии	Схемы 2 линии альтернативные																					
ABC + 3TC + DTG	AZT+ 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + DRV/r																					
ABC (AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (ABC) + 3TC + DTG	AZT (ABC) + 3TC + RAL																					
ABC (AZT) + 3TC + EFV	AZT (ABC) + 3TC + DTG	AZT (ABC) + 3TC + LPV/r																					
AZT + 3TC + NVP	ABC + 3TC + DTG	ABC + 3TC + LPV/r (DRV/r)																					
<p>Рекомендации по третьему ряду АРВ-препаратов</p>	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 31-32</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Схема 1 линии</th> <th>Схема 2 линии</th> <th>Схема 3 линии</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">2 НИОТ +DTG</td> <td>2НИОТ + LPV/r (ATV/r)</td> <td>DRV/r+2НИОТ</td> </tr> <tr> <td>2НИОТ + DRV/r</td> <td>Оптимизация режима после генотипической резистентности</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2НИОТ + EFV</td> <td>2НИОТ + DTG</td> <td>LPV/r (DRV/r)+ 2НИОТ</td> </tr> <tr> <td>2НИОТ + LPV/r (ATV/r)</td> <td>DRV/r ± DTG +2НИОТ</td> </tr> <tr> <td>2НИОТ+ DRV/r</td> <td>DRV/r+DTG±2НИОТ</td> </tr> </tbody> </table>	Схема 1 линии	Схема 2 линии	Схема 3 линии	2 НИОТ +DTG	2НИОТ + LPV/r (ATV/r)	DRV/r+2НИОТ	2НИОТ + DRV/r	Оптимизация режима после генотипической резистентности	2НИОТ + EFV	2НИОТ + DTG	LPV/r (DRV/r)+ 2НИОТ	2НИОТ + LPV/r (ATV/r)	DRV/r ± DTG +2НИОТ	2НИОТ+ DRV/r	DRV/r+DTG±2НИОТ	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 143</p> <p>Национальные программы должны разрабатывать политику в отношении АРТ третьего ряда (условная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности). Схемы третьего ряда должны включать новые препараты с минимальным риском перекрестной резистентности к ранее используемым схемам, такие как ингибиторы интегразы, ННИОТ и ИП второго поколения (условная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности). Люди, получающие неэффективный режим второго ряда без новых вариантов АРВ-</p>						
Схема 1 линии	Схема 2 линии	Схема 3 линии																					
2 НИОТ +DTG	2НИОТ + LPV/r (ATV/r)	DRV/r+2НИОТ																					
	2НИОТ + DRV/r	Оптимизация режима после генотипической резистентности																					
2НИОТ + EFV	2НИОТ + DTG	LPV/r (DRV/r)+ 2НИОТ																					
	2НИОТ + LPV/r (ATV/r)	DRV/r ± DTG +2НИОТ																					
	2НИОТ+ DRV/r	DRV/r+DTG±2НИОТ																					

	<p>НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», стр. 30</p> <p>«...Кассета 16. Поведение в случае неэффективности схем второй линии.</p> <p>Критерии неудачи схем 2 линии такие же, как и для линии 1. В этом случае необходимо изучить стратегии, которые уравнивают преимущества и риски для детей. Для детей старшего возраста, у которых есть больше возможностей для схем лечения, будут рассмотрены новые препараты, такие как DRV. Детям, у которых нет доступа к новым лекарствам, рекомендуется продолжать переносимый ранее режим. Если прекратить АРВ-терапию, существует риск развития оппортунистических заболеваний.</p>	<p>препаратов, должны продолжать принимать хорошо переносимый режим (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 145.</p> <p>Схемы третьей линии для взрослых, подростков и детей</p> <p>DRV/r +1-2NRTIs ± DTG</p> <p>2 NRTIs + (ATV/r, DRV/r или LPV/r) ± DTG</p> <p>Оптимизировать схему с использованием профиля генотипической резистентности /Оптимизировать схему с использованием профиля генотипической резистентности для детей младше трех лет.</p>
<p>Иное, не отраженное выше</p>		
<p>Когда рекомендовано отложить терапию</p>	<p>Соответствует частично</p> <p>В НКП № 211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», а также №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет» есть информация о сроках начала АРТ среди ЛЖВ с подозрением или диагностированным криптококковым менингитом, туберкулезом и туберкулезным менингитом. Но нет информации об использовании кортикостероидных препаратов в лечении этих оппортунистических инфекций.</p> <p><i>«...Рекомендуется начать АРТ как можно скорее, за исключением:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>в случае положительного результата на Ag Cryptococcus и исключения криптококкового менингита - через 2 недели после начала профилактического антикриптококкового лечения</i> - <i>при постановке диагноза «Криптококковый менингит» - только через 4-6 недель после начала лечения.</i> - <i>если диагностирован туберкулез, АРТ начинают не ранее, чем через 7-14 дней после начала лечения ТБ (а в случае туберкулезного менингита – не ранее чем через 4 недели)...» НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и</i> 	<p>ВОЗ 2021 г.,стр. 119</p> <p>Среди людей, живущих с ВИЧ, с туберкулезным менингитом или другими формами менингеальной инфекции, таких как криптококковый менингит, более ранняя АРТ связана с более тяжелыми неблагоприятными событиями и повышением смертности от криптококкового менингита. Для людей, живущих с ВИЧ и туберкулезным менингитом, немедленная АРТ связана с более серьезными побочными эффектами по сравнению с началом АРТ через 2 месяца после начала лечения ТБ.</p>

	<p>подростков», стр. 27; НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», стр. 26-27</p>	<p>Стр. 121</p> <ul style="list-style-type: none"> • АРТ следует отложить на 4–6 недель после начала лечения криптококкового менингита. Не рекомендуется прием стероидов. • АРТ следует отложить как минимум на 4 недели (и начать в течение 8 недель) после начала лечения туберкулезного менингита. Кортикостероиды следует рассматривать как вспомогательное средство для лечения туберкулезного менингита.
<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>Важно после того как появляются новые препараты, рекомендованные ВОЗ, как можно изменить НКП, согласно приказу МЗ- для закупки должны быть предоставлены только медикаменты, которые рекомендованы НКП (только в виде исключения можно просить закупить препараты, которые есть в последних рекомендациях ВОЗ), процесс разработки и одобрения протоколов может занимать до 12 месяцев, это можно назвать одним из барьеров.</p> <p>Одним из барьеров для доступа можно назвать сложности при закупки небольших количеств препаратов (особенно для ППМР и детских форм для лечения), учитывая небольшое количество, беременных с ВИЧ и ВИЧ+ детей, а также медикаментов, используемых в качестве 3 линии лечения.</p>	
<p>Часть 5. Профилактика и лечение сопутствующих инфекций и заболеваний</p>		
<p>Рекомендации по профилактике и лечению сопутствующих инфекций, в первую очередь (но не ограничиваясь) :</p>	<p>В НКП как по лечению ВИЧ-инфекции взрослых, так и детей содержат информацию по профилактике ОИ, но не содержат абсолютно никакой информации по лечению оппортунистических заболеваний и ко-инфекций.</p> <p>НКП № 211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» Приложение 2, стр. 46</p> <p>НКП № 315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», Кассета 17-18, стр. 33</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ/ВГ 	<p>Информация по лечению ВГС, в том числе и при ко-инфекции</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 263</p>

<p>С</p>	<p>изложена в НКП №24 «Хронический вирусный гепатит С у взрослых»²⁰ - и схемы лечения соответствуют обновленным рекомендациям ВОЗ</p>	<p>Появились возможности для ликвидации гепатита С благодаря появлению коротких курсов эффективной противовирусной терапии прямого действия, повсеместной доступности экспресс-тестов на антитела к ВГС, доступности определения РНК ВГС и обновленной рекомендации ВОЗ 2018 г. подход «лечить всех», независимо от стадии заболевания с использованием трех пангенотипических схем (см. вставку 6.3)</p> <p>Для взрослых без цирроза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • софобувир + велпатасвир 12 недель • софобувир + даклатасвир 12 недель • глекапревир + пибрентасвир 8 недель (при 3 генотипе, получавшим ранее интерферон и/или рибавирин 16 недель) <p>Для взрослых с компенсированным циррозом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • софобувир + велпатасвир 12 нед. • глекапревир + пибрентасвир 12 недель (при 3 генотипе, получавшим ранее интерферон и/или рибавирин 16 недель) • софобувир + даклатасвир 24 недели без определения генотипа или 12 недель в регионах, где 3 генотип распространен менее 5% 	
<p>С.2.3.8.2. Медикаментозное лечение. Антивирусное лечение.</p>	<p>Таблица 21. Общая информация о комбинациях медикаментов с прямым антивирусным действием доступными в данный момент. (стр. 41)</p>		
<p>Режим</p>	<p>Показания</p>		<p>Противопоказания</p>
<p>софобувир + велпатасвир</p>	<p>Коинфекция ВИЧ/ВГС, люди находящиеся на заместительной опиоидной терапии (ОЗТ), в том числе лица с компенсированным и декомпенсированным циррозом печени . Ограничено только - eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m² .</p>		<p>Противопоказано в случаях почечной недостаточности.</p>
<p>софобувир + велпатасвир /воксилапревир</p>	<p>Рекомендуется для лечения с ВГС, у которых была зарегистрирована неудача при лечении антивирусными препаратами с прямым действием</p>		
<p>глекапревир + пибрентасвир</p>	<p>При наличии почечной недостаточности, в том числе при компенсированном циррозе печени</p>	<p>Противопоказано при декомпенсированном циррозе печени. (Clasa Child-Pugh B – C).</p>	
<p>софобувир + даклатасвир</p>	<p>Отличная эффективность у лиц с декомпенсированными печёночными заболеваниями, при подготовке к</p>		

		пересадке печени и при коинфекции ВГС/ВИЧ.																				
<ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ/ВГВ 	<p>Соответствует частично</p> <p>Скрининг на HBsAg является обязательным для всех ЛЖВ, в том числе для беременных женщин. Независимо от наличия или отсутствия HBsAg схемы АРТ, содержащие TDF являются основными схемами для лечения ВИЧ инфекции, в том числе для беременных женщин.</p> <p>В национальном протоколе не указано, что для пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГВ тенофовир обязательно должен входить в схему АРТ любого ряда (в том числе у беременных), а использование ламивудина без тенофовира следует избегать.</p> <p>Нет информации по рекомендациям вакцинации для взрослых ЛЖВ, но есть по вакцинации новорожденных, рожденных от ВИЧ+ матерей и по вакцинации детей с ВИЧ.</p> <p>НКП № 316 «Профилактика передачи инфекции ВИЧ от матери плоду» стр. 32, кассета 11-12</p> <table border="1" data-bbox="373 1003 1046 2076"> <thead> <tr> <th colspan="4">Вакцинация в родильном отделении новорожденного от матери с ВИЧ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Результат теста на ДНК ВИЧ в первые 48 часов</td> <td><i>Позитивный</i></td> <td><i>Отрицательный и мама получала АРТ более 4 недель и РНК ВИЧ в 36 недель неопределяемая (<40 копий/мл)</i></td> <td><i>Отрицательный, но мама получала АРТ менее 4 недель и РНК ВИЧ в 36 недель определяемая (>40 копий/мл)</i></td> </tr> <tr> <td>Вводится вакцина ВГВ₁. Не вводится вакцина БЦЖ₁.</td> <td>Вводится вакцина как ВГВ₁, так и БЦЖ</td> <td>Вводится вакцина ВГВ₁. Не вводится вакцина БЦЖ₁.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Соображения о коинфекции матери вирусным гепатитом В</td> <td colspan="3">Ребенок должен быть вакцинирован в соответствии с национальным руководством, как и другие новорожденные (недоношенные, как и доношенные дети):</td> </tr> <tr> <td>Статус Геп.В</td> <td colspan="2">Ребенок должен</td> </tr> </tbody> </table>			Вакцинация в родильном отделении новорожденного от матери с ВИЧ				Результат теста на ДНК ВИЧ в первые 48 часов	<i>Позитивный</i>	<i>Отрицательный и мама получала АРТ более 4 недель и РНК ВИЧ в 36 недель неопределяемая (<40 копий/мл)</i>	<i>Отрицательный, но мама получала АРТ менее 4 недель и РНК ВИЧ в 36 недель определяемая (>40 копий/мл)</i>	Вводится вакцина ВГВ ₁ . Не вводится вакцина БЦЖ ₁ .	Вводится вакцина как ВГВ ₁ , так и БЦЖ	Вводится вакцина ВГВ ₁ . Не вводится вакцина БЦЖ ₁ .	Соображения о коинфекции матери вирусным гепатитом В	Ребенок должен быть вакцинирован в соответствии с национальным руководством, как и другие новорожденные (недоношенные, как и доношенные дети):			Статус Геп.В	Ребенок должен		<p>ВОЗ 2021 г., стр. 266</p> <p>Вакцинация. Люди, живущие с ВИЧ, могут хуже реагировать на вакцину против ВГВ, особенно при низких CD4. Схема с использованием 4-х двойных (40 мкг) доз вакцины может обеспечить более высокий защитный титр анти-HBs, чем стандартная схема (3 дозы по 20 мкг).</p> <p>Лечение. В отсутствие лечения ко-инфекция ВИЧ существенно влияет на течение инфекции HBV, включая более быстрое прогрессирование цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы, более высокую смертность, связанную с печенью, и снижение реакции на лечение по сравнению с людьми, не инфицированными ВИЧ. Поэтому все люди, у которых впервые диагностирован ВИЧ, должны пройти скрининг на HBsAg и вакцинированы, если HBsAg отрицательный и неиммунный (HbsAg <10 МЕ/л). Рекомендуемые препараты НИОТ для АРТ - тенофовир с ЗТС или FTC - также активны против HBV... Руководства ВОЗ рекомендуют использовать тенофовир или энтекавир для длительного лечения людей с ХВГВ. Поэтому все люди с ко-инфекцией ВИЧ и ВГВ должны получать схему АРТ на основе тенофовира в сочетании с ЗТС (или FTC), независимо от стадии заболевания или уровня ДНК HBV.</p>
Вакцинация в родильном отделении новорожденного от матери с ВИЧ																						
Результат теста на ДНК ВИЧ в первые 48 часов	<i>Позитивный</i>	<i>Отрицательный и мама получала АРТ более 4 недель и РНК ВИЧ в 36 недель неопределяемая (<40 копий/мл)</i>	<i>Отрицательный, но мама получала АРТ менее 4 недель и РНК ВИЧ в 36 недель определяемая (>40 копий/мл)</i>																			
	Вводится вакцина ВГВ ₁ . Не вводится вакцина БЦЖ ₁ .	Вводится вакцина как ВГВ ₁ , так и БЦЖ	Вводится вакцина ВГВ ₁ . Не вводится вакцина БЦЖ ₁ .																			
Соображения о коинфекции матери вирусным гепатитом В	Ребенок должен быть вакцинирован в соответствии с национальным руководством, как и другие новорожденные (недоношенные, как и доношенные дети):																					
	Статус Геп.В	Ребенок должен																				

	матери	получить	
		Вакцина ВГВ ₁	Иммуноглобулин Геп.В
	HBsAg +	Да	Да
	HBsAg -	Да	Нет

Примечания:

1. Как правило, новорожденные от матерей с ВИЧ должны следовать национальной схеме вакцинации, как и другие новорожденные.
2. Доза Иммуноглобулина гепатита В составляет 200 МЕ путем внутримышечной инъекции как можно раньше после родов (не позднее 24 часов). Как Иммуноглобулин, так и Вакцина против ВГВ можно вводить одновременно, но в разные места тела.

НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», Глава С 2.4.7. Вакцинация детей с ВИЧ инфекцией, стр. 39

Вакцина	Бессимптомная ВИЧ инфекция	Симптоматическая ВИЧ инфекция
ВГВ	да	Да, 4 дозы, двойная доза, исследование сероконверсии, ревакцинация

Профилактика передачи от матери ребенку

Регулярное тестирование беременных на ВИЧ, ВГВ и сифилис. Все беременные женщины должны пройти тестирование на ВИЧ, сифилис и HBsAg хотя бы один раз и как можно раньше (постоянная рекомендация по ВИЧ с 2007 г.; сифилис: сильная рекомендация, доказательства умеренной достоверности; HBsAg: сильная рекомендация, доказательства низкой достоверности).

- Существующие рекомендации по иммунизации из документа с изложением позиции ВОЗ. Все младенцы должны получить первую дозу вакцины против HBV как можно скорее после рождения, предпочтительно в течение 24 часов. Введение вакцины против ВГВ в течение 24 часов после рождения должно быть показателем эффективности всех программ иммунизации...

- Профилактика тенофовиrom для предотвращения передачи ВГВ от матери ребенку. Женщины с коинфекцией ВИЧ и ВГВ должны получать АРТ на основе тенофовира, который обеспечит профилактику передачи ВГВ от матери ребенку. Это в дополнение к трехдозовой вакцинации против ВГВ для всех младенцев, включая своевременную дозу при рождении (условная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).

<ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ/ТБ 	<p>Соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 28</p> <p>Скрининг: систематический скрининг на туберкулез; Диагностика: экспресс-диагностика для выявления туберкулеза; - соответствует</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» стр. 27</p> <p>«...При каждом посещении врача-инфекциониста скрининг на ТБ следует начинать с определения наличия одного из следующих четырех симптомов</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ настоящий кашель; ✓ лихорадка; ✓ похудание; ✓ ночной пот; <p>Если у пациентов, живущих с ВИЧ, наблюдаются клинические признаки, характерные для легочного туберкулеза или внелегочного туберкулеза, или если обнаружен недавний контакт с больным туберкулезом, необходимо провести обследование для диагностики активного туберкулеза.</p> <p>Чтобы исключить или подтвердить диагноз туберкулеза, проводят:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ С-реактивный белок (у взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, С-реактивный белок с предельным значением > 5 мг / л может использоваться для выявления туберкулеза) ✓ радиологическое обследование (у взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, для выявления ТБ может использоваться рентгенография грудной клетки) ✓ LF-LAM Ag (у взрослых и подростков, живущих с ВИЧ с тяжелой иммуносупрессией (при CD4 меньше 100 в случае амбулаторной службы и менее 200 госпитализированным больным) , LF-LAM Ag может служить методом выявления туберкулеза) ✓ Хpert MTB / RIF (у взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, быстрые молекулярные тесты могут использоваться для установления диагноза ТБ) ✓ Консультация фтизиатра.» <p>Лечение: лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза. – соответствует</p> <p>- если диагностирован туберкулез, АРТ начинают не ранее, чем через 7-14 дней после начала лечения ТБ (а в случае туберкулезного менингита – не ранее чем через 4 недели)..» НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 27; НКП №315 «Инфекция ВИЧ у детей 0-10 лет», стр. 26-27</p>	<p>Рекомендация 2021 г.</p> <p>Стр. 246, 247</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>Среди взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, систематический скрининг на ТБ следует проводить с использованием рекомендованным ВОЗ 4-симптомным скринингом. Длительный 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</p>
--	--	---

	<p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков» кассета 12, стр. 29</p> <p>«...Если пациенту назначают противотуберкулезное лечение рифампицином, доза DTG удваивается и вводится 2 раза в день: DTG 50 мг каждые 12 часов, либо необходимо изменить схему АРТ: DTG → эфавиренз 400 мг. В случае использования в противотуберкулезной схеме лечения бедаквилина необходимо назначать схемы АРТ на основе DTG 50 мг, в случае невозможности использования DTG (проблемы, связанные с побочными эффектами DTG) рекомендуется перейти на ИП...»</p> <p>Профилактика – соответствует.</p> <p>НКП №211 «Инфекция ВИЧ у взрослых и подростков», стр. 46</p> <p>Профилактическая терапия изониазидом не менее 6 месяцев показана:</p> <ul style="list-style-type: none"> - людям, живущим с ВИЧ, независимо от степени иммунодефицита, в том числе получающим АРТ и ранее получающим противотуберкулезные препараты, а также беременным женщинам; - будет назначена только после исключения активного туберкулеза и подписания пациентом информированного согласия; - профилактическое лечение проводят изониазидом 10 мг / кг у детей и 5 мг / кг у взрослых (доза не превышает 300 мг за 24 часа), при ежедневном приеме; - профилактическое лечение изониазидом требует приема пиридоксина (витамин В6) в дозе 25 мг в сутки; - при наличии гепатита (острого или хронического) или симптомов периферической невропатии, а также при частом и злоупотреблении алкоголем пациенты должны находиться под тщательным наблюдением во время лечения из-за повышенного риска побочных эффектов. <p>Примечание. Использование одного лекарства (изониазида) во время профилактического лечения не увеличивает риск развития устойчивых к изониазиду форм туберкулеза.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рифапентин 900 мг ** и изониазид 900 мг еженедельно в течение 3 месяцев могут быть предложены в качестве альтернативы 6-месячной монотерапии изониазидом в качестве профилактического лечения как для взрослых, так и для детей. Примечание. Схемы Rifampicinum * и Rifapentinum * следует назначать с осторожностью людям, живущим с ВИЧ и получающим АРТ, из-за потенциальных лекарственных взаимодействий (не используется с ИП). 	<p>лечения (сильная рекомендация, очень низкий уровень доказательств).</p> <p>Стр. 257 Выявление 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 доказательства). <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
--	--	---

		<p>изониазид или 3-месячный режим ежедневного приема изониазида в сочетании с рифампицином (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательства).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Месячный режим ежедневного приема рифапентина плюс изониазид или четыре месяца ежедневной дозы только рифампицина также могут быть предложены в качестве альтернативы (условная рекомендация, низкий или умеренный уровень доказательства).
<p>Профилактика и лечение соответствующих неинфекционных заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сердечно-сосудистые заболевания • Депрессия • Заболевания центральной нервной системы • Заболевания почек 	<p>Не соответствует</p> <p>Н КП в области ВИЧ инфекции не содержат информации об оценке и лечении сердечно-сосудистых заболеваний, депрессии, заболеваний ЦНС, почек у ЛЖВ.</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 283</p> <p>Рекомендация 2016 г.</p> <p>Оценка и лечение сердечно-сосудистого риска должны проводиться для всех людей, живущих с ВИЧ, в соответствии со стандартными протоколами, рекомендованными для населения в целом (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности)</p> <p>ВОЗ 2021 г., стр. 286</p> <p>Рекомендация 2016 г.</p> <p>Оценка и лечение депрессии должны быть включены в пакет услуг по уходу в связи с ВИЧ для всех людей, живущих с ВИЧ (условная рекомендация, доказательства с очень низкой достоверностью).</p>
<p>Употребление психоактивных веществ</p>	<p>Не соответствует</p> <p>Н КП в области ВИЧ не содержат информации,</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 288</p> <p>Люди, употребляющие</p>

	<p>непосредственно касающейся употребления психоактивных веществ.</p> <p>Данная информация находит свое отражение в следующих НКП, разработанных наркологической службой.</p> <p>НКП № 399 «Расстройства связанные с потреблением новых веществ с психоактивными и стимулирующими свойствами взрослыми и подростками»²¹</p> <p>НКП № 225 «Фармакологическое лечение опиоидной зависимости»²²</p>	<p>наркотики, могут испытывать ряд расстройств, связанных с употреблением наркотиков, включая лекарственную зависимость, интоксикацию, абстинентный синдром и передозировку. Употребление инъекционных наркотиков связано с рядом заболеваний и инфекций, включая ВИЧ, вирусный гепатит, туберкулез, сепсис и бактериальный эндокардит.</p> <p>WHO, UNODC и UNAIDS рекомендуют комплексный пакет мер по борьбе с ВИЧ - профилактика, лечение и уход за людьми, употребляющими инъекционные наркотики, включая программы обмена игл и шприцев, заместительную опиоидную терапию, тестирование на ВИЧ и консультирование, АРТ, профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, программы использования презервативов, целенаправленное общение по изменению поведения, профилактика и лечение вирусного гепатита, а также профилактика, диагностика и лечение туберкулеза. Совсем недавно ВОЗ обновила этот пакет, включив в него распространение сообществом налоксон для борьбы с передозировкой опиоидов, а также набор мер,</p>
--	--	--

²¹ https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/09/PCN-TU_RUS_Final.pdf

²² <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2022/07/PCN-225-Tratamentul-farmacologic-al-dependen%C5%A3ei-de-opiace-2022.pdf>

	<p>Услуги по профилактике ВИЧ для ключевых групп и употребляющих наркотики, такие как программы обмена игл и шприцев и заместительная терапия – отражены в Стандарте по оказанию услуг профилактики лицам из групп риска, включая подростков²³</p>	<p>позволяющих преодолеть структурные препятствия для доступа людей, употребляющих наркотики, и других ключевых групп населения к этим медицинские вмешательства. Эти стимулирующие меры включают пересмотр законов и законодательства, которые криминализируют потребление и хранение наркотиков и борются с насилием, стигмой и дискриминацией в медицинских учреждениях.</p> <p>Стр. 363</p> <p>Другие ключевые услуги для людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики, такие как программы обмена игл и шприцев и заместительная терапия, предоставляют дополнительные возможности для поддержки приверженности.</p> <p>Стр. 78</p> <p>Осведомленность о PrEP и ее использование среди людей, употребляющих наркотики, ограничены, и необходимы дополнительные исследования по улучшению вовлечения людей, употребляющих наркотики, в услуги PrEP</p>
--	---	--

²³ https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/01/standardul_de_organizare_si_functionare_a_serviciilor_de_prevenire_hiv_in_mediul_p_opulatiilor-cheie_inclusiv_a_tin.pdf

	<p>Соответствует</p> <p>ДКП рекомендовано всем, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ, в том числе людям, употребляющим наркотики.</p> <p>НКП №313 «Доконтактная профилактика ВИЧ инфекции», стр. 13, «...кассета 1 «Факторы повышенного риска инфицирования» - употребление инъекционных и не инъекционных наркотиков...»</p>	
Иное, не отраженное выше		
Часть 6. Предоставление услуг здравоохранения		
Предоставление услуг здравоохранения, в том числе, но не ограничиваясь:		
<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по децентрализации услуг 	<p>Соответствует частично</p> <p>В каждом протоколе часть В – разделена на объём мероприятий (профилактика первичная и вторичная, скрининг, диагностика, лечение и медицинское наблюдение), который должен быть выполнен на различных уровнях оказания медицинской помощи (первичная медицина, специализированная медицина и госпитальная служба).</p> <p>Если тестирование на ВИЧ, профилактика и медицинское наблюдение возможно на всех этапах, то начало и поддержание АРТ возможно только на уровне специализированной медицинской помощи (региональные и районные кабинеты).</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 379</p> <p>Рекомендация 2013 г.</p> <p>Децентрализацию АРТ следует рассматривать как способ расширения доступа и улучшения удержания в лечении. Следующие подходы продемонстрировали эффективность в улучшении доступа и удержания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • начало АРТ в больницах с поддержанием АРТ в периферийных медицинских учреждениях (сильная рекомендация, доказательства с низкой степенью достоверности); • начало и поддержание АРТ в периферийных медицинских учреждениях (сильная рекомендация, доказательства с низкой достоверностью); а также • начало АРТ в периферийных медицинских учреждениях с поддержанием на уровне сообщества (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).

<ul style="list-style-type: none">• Рекомендации и по перераспределению и делегированию услуг	<p>Не соответствует</p> <p>Информация по делегированию и перераспределению услуг не содержится в ни в НКП в области ВИЧ ни в каких-либо других нормативных актах.</p> <p>Выдача АРТ невозможна другими специалистами, кроме врачей инфекционистов в кабинетах по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции.</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 372</p> <p>Распределение задач для начала и поддержания АРТ</p> <p>Рекомендация 2016 г.</p> <p>Следующие ниже рекомендации применимы ко всем взрослым, подросткам и детям, живущим с ВИЧ.</p> <ul style="list-style-type: none">• Квалифицированные врачи-терапевты, акушерки и медсестры могут начать АРТ первого ряда (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).• Квалифицированные врачи не терапевты, акушерки и медсестры могут продолжать АРТ (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).• Обученные и находящиеся под наблюдением местные медицинские работники могут назначать АРТ между регулярными клиническими визитами (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).• Обученные и контролируемые непрофессиональные медицинские работники могут распределять АРТ (настоятельная рекомендация, низкая достоверность доказательств). <p>ВОЗ 21, стр. 374</p> <p>Распределение задач по сбору образцов и анализу в местах оказания медицинской помощи</p> <p>Рекомендация (2021 г.)</p> <p>Разделение задач по сбору образцов и</p>
---	---	---

		<p>тестированию в местах оказания медицинской помощи с внелабораторным персоналом следует осуществлять, когда возможности профессионального персонала ограничены (сильная рекомендация, доказательства средней степени достоверности).</p>
<p>• Рекомендации и по интеграции услуг</p>	<p>Не соответствует.</p> <p>Н КП в области ВИЧ-инфекции не содержат информацию по интегрированию услуг.</p> <p>Диагностика и лечение других заболеваний, не связанных с ВИЧ-инфекцией проводится на уровне первичной медицины (семейных врачей) на общих основаниях.</p>	<p>ВОЗ 2021 г., стр. 380</p> <p>Помощь при хронических заболеваниях требует интеграции и связывания сервисов, чтобы гарантировать, что комплексная и последовательная помощь предоставляется с течением времени, включая предоставление сопутствующих услуг в одних и тех же условиях, системы для обмена информацией и эффективные направления между учреждениями и поставщиками.</p> <p>Интеграция и связывание услуг, вероятно, сократят упущенные возможности для начала АРТ, улучшат поддержку приверженности и оптимизируют удержание в лечении.</p> <p>Предоставление АРТ в учреждениях здравоохранения матери и ребенка</p> <p>Рекомендация (2013 г.)</p> <p>В условиях генерализованной эпидемии АРТ следует начинать и поддерживать у беременных и женщин в послеродовом периоде, а также у младенцев в медицинских учреждениях по охране здоровья матери и ребенка, с увязкой и направлением на постоянную помощь в связи с ВИЧ и АРТ, если</p>

это необходимо (сильная рекомендация, очень низкая степень доказательств)

ВОЗ 2021 г., стр. 382

Проведение АРТ в учреждениях лечения ТБ и лечение ТБ в учреждениях помощи при ВИЧ

Рекомендация 2013 г. В условиях высокого бремени ВИЧ и ТБ АРТ следует начинать в учреждениях лечения ТБ с увязкой с продолжающимся уходом при ВИЧ и АРТ (сильная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

В условиях высокого бремени ВИЧ и ТБ лечение ТБ может предоставляться людям, живущим с ВИЧ, в условиях оказания помощи при ВИЧ, если у них также был диагностирован ТБ (сильная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

ВОЗ 2021 г., стр. 383

Рекомендация 2016 г.

Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем, и планирования семьи могут быть интегрированы в учреждения по оказанию помощи при ВИЧ (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

Рекомендация 2021 г.

Услуги по охране сексуального и репродуктивного

здоровья, включая противозачаточные средства, могут быть интегрированы в услуги, связанные с ВИЧ (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности).

ВОЗ 2021 г., стр. 386

Рекомендация 2021 г. Помощь при диабете и гипертонии может быть интегрирована с услугами в связи с ВИЧ (условная рекомендация, доказательства с очень низкой степенью достоверности)

ВОЗ 2021 г., стр. 388

АРТ в учреждениях, обеспечивающих заместительную опиоидную терапию

Рекомендация 2013 г.

У людей, живущих с ВИЧ, АРТ следует начинать и поддерживать в учреждениях по уходу, где предоставляется заместительная опиоидная терапия (настоятельная рекомендация, доказательства очень низкой достоверности).

ВОЗ 2021 г., стр. 389

Диагностическая интеграция

Заявление о надлежащей практике (2021 г.) Программы борьбы с болезнями, особенно ВИЧ и ТБ, должны активно работать в направлении сбалансированной интеграции диагностических услуг.