



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

"Методические рекомендации. Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний (туберкулеза, вирусных гепатитов и ИППП) у взрослых и подростков, больных ВИЧ-инфекцией" (утв. Минздравсоцразвития РФ 29.12.2006 N 7126-РХ)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 16.06.2012

Утверждаю
Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
Р.А.ХАЛЬФИН
29 декабря 2006 г. N 7126-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТУБЕРКУЛЕЗА, ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И ИППП) У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Настоящие Методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта "Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа" N 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний (Приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2006 г. N 251 "О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний") при участии ФГУ "Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора" (д.м.н., профессор Кравченко А.В.), Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией (д.м.н. Фролова О.П.), ФГУ "Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт" Росздрава (к.м.н. Китаева Н.В.), Красноярского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом (к.м.н. Ганкина Н.Ю.).

Методические рекомендации предназначены для специалистов медицинских организаций, осуществляющих лечебную помощь больным ВИЧ-инфекцией, а также для врачей-интернов, клинических ординаторов, аспирантов по специальностям: "Инфекционные болезни", "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Терапия", "Врач общей практики".

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Анти-НВс	Антитела к ядерному антигену вируса гепатита В
Анти-НВе	Антитела к НВе антигену вируса гепатита В
Анти-НВs	Антитела к поверхностному антигену вируса гепатита В
Анти-НСV	Антитела к вирусу гепатита С
Анти-НДV	Антитела к вирусу дельта-гепатита
АЛТ	Аланиновая аминотрансфераза
АРВП	Антиретровирусные препараты
АСТ	Аспарагиновая аминотрансфераза
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГВ, НВV	Вирус гепатита В
ВГН	Верхняя граница нормальных значений
ВГС, НСV	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВПГ	Вирус простого герпеса
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ГГТ	Гамма-глутамилтрансфераза
ГЦК	Гепатоцеллюлярная карцинома
ИГА	Индекс гистологической активности
ИП	Ингибиторы протеазы ВИЧ
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИФ	Индекс фиброза
ИФА	Иммуноферментный анализ

ИФН	Интерферон
МБТ	Микобактерии туберкулеза
НИОТ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
ННИОТ	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
ПегИФН	Пегилированный интерферон
ПТТ	Противотуберкулезная терапия
ПТД	Противотуберкулезный диспансер
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РВО	Ранний вирусологический ответ
РСК	Реакция связывания комплемента
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
ТТГ	Тиреотропный гормон
УВО	Устойчивый вирусологический ответ
ХГВ	Хронический гепатит В
ХГС	Хронический гепатит С
Ф-АЗТ	Фосфазид
АВС	Абакавир
АРВ	Ампренавир
АТВ	Атазанавир
D4T	Ставудин
ddI	Диданозин
DRV	Дарунавир
EFV	Ифавиренц
IDV	Индинавир
HBeAg	HBe-антиген вируса гепатита В
HbSAg	Поверхностный антиген вируса гепатита В
LPV	Лопинавир
NFV	Нелфинавир
NVP	Невирапин
RBV	Рибавирин
RTV	Ритонавир
SQV	Саквинавир
SQV FTV	Саквинавир в твердых желатиновых капсулах
SQV INV	Саквинавир в мягких желатиновых капсулах
T-20	Энфувиртид
ZDV	Зидовудин
ЗТС	Ламивудин

1. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией

По данным ВОЗ у 11,4 из 39 млн. людей, страдающих ВИЧ-инфекцией, она сочетается с туберкулезом. В настоящее время туберкулез - это основная причина смерти больных ВИЧ-инфекцией. При относительно небольшом, на первый взгляд, числе больных ВИЧ-инфекцией, имеющих туберкулез в России (около 7 тыс. человек активный и около 10 тыс. все случаи), прогноз его дальнейшего распространения крайне неблагоприятен. Во многих странах, переживающих эпидемию ВИЧ-инфекции, отмечалась аналогичная, так называемая "фаза затишья по туберкулезу", продолжавшаяся 5 - 10 лет с начала распространения ВИЧ-инфекции, после чего начиналась эпидемия туберкулеза.

1.1. Выявление туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

Сразу после установления диагноза ВИЧ-инфекции и до развития выраженного иммунодефицита рекомендуется определять больных, входящих в группу высокого риска заболевания туберкулезом, для последующего динамического наблюдения за ними фтизиатра,

который на стадиях ВИЧ-инфекции 4Б, 4В и 5, когда разовьется иммунодефицит, мог бы своевременно назначить превентивное или основное лечение туберкулеза.

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

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

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

2. Сразу при взятии на учет и далее 1 - 2 раза в год (в зависимости от степени риска заболевания туберкулезом и стадии ВИЧ-инфекции, таблицы 1 - 4) проводят лучевую диагностику органов грудной полости (создается рентгенологический архив на больного).

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

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

У лиц, выделяющих мокроту, проводят ее исследование на наличие микобактерий туберкулеза. В случае появления клинических или лабораторных проявлений внелегочного туберкулеза при возможности проводят бактериологическое исследование соответствующего отделяемого и/или другие показанные методы обследования.

Всем больным ВИЧ-инфекцией из группы риска заболевания туберкулезом, госпитализируемых в связи с ухудшением общего состояния, рекомендуется осмотр фтизиатра.

Диспансерное наблюдение за пациентами страдающими ВИЧ-инфекцией из группы высокого риска заболевания туберкулезом (но без клинических проявлений) осуществляется фтизиатром в кабинете скрининговой диагностики в Центре СПИД.

Пациенты с симптомами туберкулеза направляются в кабинет референс-диагностики на базе ПТД. Суть организации кабинета референс-диагностики заключается в наличии отдельного входа в него. Таким образом, достигается минимизация пересечения эпидемиологически опасных по туберкулезу больных и пациентов, приходящих в ПТД для диагностического обследования с различного генеза иммунодефицитами.

1.1.1. Скрининговое обследование на туберкулез больных ВИЧ-инфекции

На стадиях ВИЧ-инфекции 2, 3 и 4А туберкулез имеет типичное течение, поэтому скрининговое обследование в этот период проводится так же, как у граждан без ВИЧ-инфекции (таблица 1).

Таблица 1

ПЛАНОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ НА СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 2, 3, 4А В ОТСУТСТВИИ ИММУНОДЕФИЦИТА У ЛИЦ, НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Таблица 2

ПЛАНОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ НА СТАДИЯХ

ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 2, 3, 4А ЛИЦ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ
ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Таблица 3

ПЛАНОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ
НА СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 4Б, 4В, 5

Методы исследования	Кратность	Примечание
Лучевая диагностика органов грудной полости	2 раза в год	
Бактериологическое исследование мокроты	2 раза в год	При отделении мокроты
Бактериологическое исследование мочи	2 раза в год	
Туберкулинодиагностика	2 раза в год	
УЗИ органов брюшной полости	2 раза в год	





Рис 1. Алгоритм диагностики и терапии туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

1.2. Формулировка диагноза при наличии туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

При выявлении туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией полный клинический диагноз должен включать: стадию ВИЧ-инфекции, развернутый диагноз туберкулеза и других, имеющих место вторичных заболеваний. Например, если у больного туберкулезом (какой-либо хронической или латентной формой) и ВИЧ-инфекцией в стадии первичных проявлений (она продолжается год с начала острой инфекции или сероконверсии) за счет транзиторного снижения иммунного статуса произошло обострение туберкулезного процесса, то в этом случае больному устанавливают диагноз: ВИЧ-инфекция. Стадия первичных проявлений (2В). Далее следует развернутый диагноз туберкулеза (при этом отмечается наличие или отсутствие бактериовыделения) и других имеющих место вторичных, а затем сопутствующих заболеваний. Клиническая классификация туберкулеза, используемая для формулировки его диагноза, представлена в приложении N 2 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации".

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

Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией, развившийся после завершения стадии первичных проявлений, свидетельствует о стадии вторичных заболеваний при наличии одного из следующих факторов:

- выраженного иммунодефицита, подтвержденного лабораторными методами ($CD4 < 0,2 \times 10^9 /л$) или диагностируемого на основании клинических проявлений (кандидоз, гепрес и т.д.);
- диссеминации туберкулезного процесса;
- значительного снижения реактивности, регистрируемой при морфологическом исследовании тканей, вовлеченных в туберкулезный процесс (например, лимфатического узла).

За вновь выявленными больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, при проведении основного курса терапии проводится систематическое наблюдение. Объем и кратность планового обследования этих больных с учетом стадий ВИЧ-инфекции, представлены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4

ОБЪЕМ И КРАТНОСТЬ ПЛАНОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 2, 3, 4А

Вид обследования	Кратность	Примечание
Общий анализ крови	1 раз в месяц	
Общий анализ мочи	1 раз в месяц	
Биохимический анализ	1 раз в месяц	

крови		
Бактериологическое исследование мокроты на МБТ	1 раз в месяц	
Бактериологическое исследование мочи на МБТ	1 раз в месяц	
Рентгенография органов грудной полости	1 раз в два месяца	
УЗИ органов брюшной полости	1 раз далее по показаниям	Зависит от локализации туберкулезного процесса
Иммунный статус	1 раз в 6 месяцев	При числе CD4-лимфоцитов более 0,5 x 10 ⁹ клеток/л
Количество РНК ВИЧ	1 раз в 6 месяцев	При числе CD4-лимфоцитов более 0,5 x 10 ⁹ клеток/л

Таблица 5

ОБЪЕМ И КРАТНОСТЬ ПЛАНОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 4Б, 4В, 5

Вид обследования	Кратность	Примечание
Общий анализ крови	1 раз в месяц	При проведении ВААРТ первое исследование через 2 недели после начала
Общий анализ мочи	1 раз в месяц	
Биохимический анализ крови	1 раз в месяц	При проведении ВААРТ первое исследование через 2 недели после начала
Бактериологическое исследование мокроты на МБТ	1 раз в месяц	
Бактериологическое исследование мочи на МБТ	1 раз в месяц	
Рентгенография органов грудной полости	1 раз в два месяца	

