

## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ  
от 1 декабря 2010 г. N 393

### О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ/СПИДОМ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Список изменяющих документов  
(в ред. [Приказа](#) Департамента здравоохранения Ивановской области  
от 23.04.2014 N 124)

Пандемия ВИЧ-инфекции продолжает развиваться, представляя реальную угрозу социально-экономическому развитию большинства стран мира. В России увеличивается общее количество ВИЧ-инфицированных.

В Ивановской области уровень пораженности ВИЧ-инфекцией составляет 332,9 на 100 тыс. населения, что выше, чем в среднем по России (308,3).

С 2006 года в Ивановской области функционирует "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" (далее - ИОЦ Пб СПИД), основными задачами которого являются:

- создание постоянно действующей системы информирования населения о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции;
- уменьшение темпов прироста числа ВИЧ-инфицированных;
- снижение преждевременной смертности и инвалидности от ВИЧ/СПИД;
- увеличение продолжительности жизни больных с ВИЧ-инфекцией.

В результате проводимой в Ивановской области целенаправленной межведомственной работы по профилактике ВИЧ-инфекции, реализации мероприятий в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, Фонда "Российское здравоохранение" и ведомственной целевой подпрограммы "Профилактика и борьба со СПИД и инфекционными заболеваниями" в области удастся сдерживать эпидемический процесс в стадии концентрированной эпидемии.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и снижения уровня распространения ВИЧ-инфекции среди населения приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Положение о постановке диагноза ВИЧ-инфекции ([приложение 1](#)).

1.2. [Перечень](#) контингентов, подлежащих обследованию на ВИЧ-инфекцию, и кратность их обследования ([приложение 2](#)).

1.3. [Положение](#) о лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции. Перечень клиничко-диагностических лабораторий, проводящих иммуноферментные анализы (ИФА) на ВИЧ, и

прикрепленных к ним лечебно-профилактических учреждений (приложение 3).

1.4. Порядок информирования и предоставления сведений о тестированных на антитела к ВИЧ, выявленном ВИЧ-инфицированном и больном СПИД (приложение 4).

1.5. [Перечень](#) контингентов, подлежащих диспансеризации, частоту и сроки ее проведения (приложение 5).

1.6. [Положение](#) о профилактике перинатального инфицирования ВИЧ (приложение 6).

1.7. [Положение](#) о диспансерном наблюдении за детьми с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированными детьми (приложение 7).

1.8. [Положение](#) об особенностях вакцинопрофилактики ВИЧ-инфицированных детей и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами (приложение 8).

1.9. [Положение](#) об оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и туберкулезом (приложение 9).

1.10. [Положение](#) об оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и сифилисом (приложение 10).

1.11. [Положение](#) об оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С (приложение 11).

1.12. [Положение](#) о предупреждении профессиональных заражений ВИЧ-инфекцией (приложение 12).

1.13. [Положение](#) о профилактике посттрансфузионных заражений ВИЧ-инфекцией (приложение 13).

1.14. [Положение](#) о патологической и судебно-медицинской диагностике ВИЧ-инфекции (приложение 14).

1.15. [Положение](#) о порядке предоставления сведений о диагнозе ВИЧ-инфекции по запросам учреждений и частных лиц (приложение 15).

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Ивановской области:  
(в ред. [Приказа](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

2.1. Считать приоритетным направлением работу по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции среди населения Ивановской области, привлечение к мероприятиям, предупреждающим распространение СПИДа, специалистов учреждений образования, культуры, комиссий по делам несовершеннолетних, общественных молодежных организаций, а также средств массовой информации. Обеспечить организацию и проведение систематической плановой информационно-просветительской работы с населением, используя все методы профилактической деятельности.

2.2. Взять под личный контроль выполнение мероприятий по защите населения от ВИЧ-инфекции.

2.3. В целях усиления работы по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции среди населения Ивановской области обеспечить:

- доступность бесплатного медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе анонимного, всем гражданам Ивановской области. Забор крови для

исследования проводить во всех территориальных поликлиниках или стационарах;

- проведение медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции добровольно по просьбе и/или с согласия обследуемого лица или его законного представителя с обязательным предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции;

- оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в амбулаторных и стационарных условиях по клиническим показаниям на общих основаниях;

- оказание акушерско-гинекологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам по месту жительства;

- проведение диспансерного наблюдения за детьми с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции совместно со специалистами ОБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" (далее - ОБУЗ "Ц ПБ СПИД ИЗ");

- строгое соблюдение врачебной тайны при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным;

- проведение экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией в целях предупреждения профессионального инфицирования ВИЧ в соответствии с [приложением 12](#) к настоящему приказу;

- плановую подготовку медицинских кадров по вопросам ВИЧ-инфекции с проведением тестирования знаний;

- заполнение официальной отчетности по профилактике, выявлению и лечению ВИЧ-инфекции;

- проведение обследования на ВИЧ-инфекцию в строгом соответствии с действующим законодательством и [перечнем](#) контингентов, подлежащих обследованию в соответствии с [приложением 2](#) к настоящему приказу.

(пп. 2.3 в ред. [Приказа](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

2.4. Усилить работу по выявлению и обследованию на ВИЧ лиц, относящихся к группе риска (больные гепатитами В и С, туберкулезом, ЗППП), лиц, ведущих рискованный образ жизни в плане заражения ВИЧ-инфекцией (инъекционные наркопотребители; лица, имеющие беспорядочные половые связи; лица, занимающиеся коммерческим сексом).

2.5. Назначить в подведомственном учреждении здравоохранения лиц, ответственных за проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, включая плановую лучевую диагностику органов грудной полости, лечебные мероприятия ВИЧ-инфицированным, передачу обменных карт (выписок из стационара), предоставление иных сведений и отчетов по вновь выявленным ВИЧ-инфицированным, в соответствии с [приложением 4](#) к настоящему приказу, а также за организацию и проведение мероприятий по постконтактной профилактике заражения ВИЧ.

(пп. 2.5 введен [Приказом](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

2.6. В двухнедельный срок с даты издания настоящего приказа представить в ОБУЗ "Ц ПБ СПИД ИЗ" копии приказов по учреждению здравоохранения за подписью главного врача о назначенных ответственных лицах в соответствии с таблицей:

NN	Наименование МО	ФИО ответственного лица	Должность ответственного лица	Контактный телефон

В случае внесения изменений в представленную информацию об ответственных лицах в трехдневный срок с момента внесения изменений информировать об этом ОБУЗ "Ц ПБ СПИД ИЗ".  
(п. 2.6 введен [Приказом](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

2.7. Проводить экспертизу нетрудоспособности ВИЧ-инфицированных в медицинских организациях по месту жительства.  
(п. 2.7 введен [Приказом](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

3. Главному врачу базового учреждения для оказания специализированной медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией ИОЦ Пб СПИД А.П. Щуренкову обеспечить:

3.1. работу кабинета до- и послетестового консультирования и добровольного обследования на ВИЧ в Центре,

3.2. диспансерное наблюдение и проведение медикаментозного лечения, в том числе высокоактивной антиретровирусной терапии, больных ВИЧ-инфекцией,

3.3. неснижаемый запас лекарственных препаратов, необходимых для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов,

3.4. контроль за выполнением мероприятий по реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" по разделу "Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ", реализацией проектов Фонда "Российское здравоохранение" и мероприятий по ведомственной целевой программе с предоставлением официальной отчетности в соответствии с требованиями контролирующих ведомств,

3.5. медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства с до- и послетестовым консультированием их и предоставление в Роспотребнадзор по Ивановской области и УФМС России по Ивановской области официальной текущей отчетности о количестве иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование, и его результатах, в соответствии с Федеральным [законом](#) Российской Федерации от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации",

3.6. выполнение совместных мероприятий в соответствии с планом мероприятий по разделу "Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных" Департамента здравоохранения Ивановской области, территориального Роспотребнадзора и УФСИН по Ивановской области от 12.01.2009,

3.7. при расширении площадей Центра в связи с передачей дополнительного здания и после проведения в нем капитального ремонта проработать вопрос по организации дневного стационара для лечения сочетания ВИЧ с обострениями вирусных гепатитов, а также стоматологического кабинета для оказания помощи ВИЧ-инфицированным.

4. Руководителям родовспомогательных учреждений обеспечить наличие тест-систем для экспресс-диагностики ВИЧ и неснижаемый запас антиретровирусных препаратов для проведения экстренной профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку.  
(п. 4 в ред. [Приказа](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

5. Главному врачу ОБУЗ "1-я городская клиническая больница" обеспечить неснижаемый запас антиретровирусных препаратов для проведения медицинским работникам экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией в вечернее и ночное время (с 17.00 до 8.00), а также в выходные и праздничные дни.  
(п. 5 в ред. [Приказа](#) Департамента здравоохранения Ивановской области от 23.04.2014 N 124)

6. Главному внештатному патологоанатому Департамента здравоохранения Ивановской области Е.А. Конкиной совместно с начальником бюро ГУЗ ИО "Областное бюро судебно-медицинской экспертизы" С.В. Ерофеевым рассмотреть вопрос об организации вскрытия умерших на дому больных ВИЧ/СПИД.

7. Оплату труда медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным, производить в соответствии с "[Положением](#) об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Ивановской области", утвержденным постановлением Правительства от 31.12.2008 N 377.

8. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя начальника Департамента здравоохранения Р.И. Власова.

Начальник Департамента  
И.Г.АТРОШЕНКО

ВИЧ преимущественно поражает клетки, имеющие CD4-рецепторы, на которые адсорбируется вирус: Т-лимфоциты хелперы, макрофаги, В-лимфоциты, клетки нейроглии, клетки слизистой кишечника, дендритные клетки и некоторые другие клетки.

Главной особенностью патогенеза является уменьшение количества у больного CD4-лимфоцитов. Нарушается и функция лимфоцитов хелперов, что приводит к спонтанной активации В-клеток и развитию поликлональной гипергаммаглобулинемии за счет продукции неспецифических иммуноглобулинов, повышается концентрация циркулирующих иммунных комплексов. В результате снижается сопротивляемость к вторичным инфекциям и неоплазмам. Кроме того, за счет прямого цитопатического действия вируса или в результате опосредованного действия (аутоиммунные механизмы) возможно поражение клеток нервной системы, различных клеток системы крови, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, эндокринной и других систем. Все это обуславливает разнообразие клинической симптоматики и полиорганность поражений.

## 1. Установление факта инфицирования ВИЧ

1.1. Сбор эпидемиологического анамнеза и других эпидемиологических данных об обследуемом пациенте

<p>Факторы, свидетельствующие об очень высоком риске заражения ВИЧ</p>	<p>Переливание крови или ее препаратов, пересадка органов и тканей от ВИЧ-инфицированного донора; Рождение обследуемой женщиной ребенка, инфицированного ВИЧ</p>
<p>Факторы, свидетельствующие о высоком риске заражения ВИЧ</p>	<p>Рождение обследуемого ребенка от ВИЧ-инфицированной матери; Регулярные незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным или совместный с ним парентеральный прием психоактивных веществ; Грудное вскармливание ВИЧ-инфицированного ребенка; Грудное вскармливание ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной</p>
<p>Факторы, свидетельствующие об определенном риске заражения ВИЧ</p>	<p>Парентеральные вмешательства или повреждения, осуществляющиеся инструментами, возможно инфицированными ВИЧ; Повреждение кожных покровов или слизистых инструментом, контаминированным ВИЧ, попадание крови больного ВИЧ-инфекцией на слизистые или поврежденную кожу обследуемого; Однократный половой контакт с больным ВИЧ-инфекцией или регулярные половые контакты с использованием презерватива; Половые связи, парентеральный прием наркотиков на территориях, где ВИЧ значительно распространен среди той группы риска, к которой относится пациент; Переливание крови, пересадка органов и тканей, парентеральные вмешательства на территориях с высоким (более 10%) уровнем распространения ВИЧ</p>
<p>Факторы, свидетельствующие о возможности заражения ВИЧ</p>	<p>Половые связи, прием психоактивных веществ, парентеральные вмешательства на территориях с низким уровнем распространенности ВИЧ</p>

## 1.2. Клинические критерии диагностики ВИЧ-инфекции

Наиболее характерным для ВИЧ-инфекции симптомом является персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (ПГЛ). То есть увеличение не менее двух лимфоузлов не менее чем в двух не связанных между собой группах (у взрослых, не считая паховых) до размера более 1 см (у детей - более 0,5 см) в диаметре, сохраняющееся в течение не менее трех месяцев. Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией обычно эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

О высокой вероятности наличия ВИЧ-инфекции свидетельствует обнаружение у пациента хотя бы одного из перечисленных ниже заболеваний (при отсутствии других причин их развития):

1. Кандидоз трахеи, бронхов, легких, пищевода.
2. Кокцидиомикоз (диссеминированный или внелегочный).
3. Криптококкоз внелегочный.
4. Криптоспоридиоз с диареей более 1 месяца.
5. Цитомегаловирусная инфекция (поражение других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов у больных старше 1 месяца, цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения).
6. Инфекция вирусом простого герпеса (хронические язвы, не заживающие более 1 месяца, бронхит, пневмония, эзофагит).
7. Прогрессирующая деменция, приводящая к затруднению в повседневной деятельности.
8. Синдром истощения (потеря веса более 10% от исходного, диарея продолжительностью более 1 месяца или лихорадка более 1 месяца).
9. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
10. Токсоплазмоз мозга у пациента старше 1 месяца.

## 1.3. Лабораторное подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции

Лабораторное обследование на ВИЧ производится при обязательном согласии пациента и ему должно предшествовать дотестовое консультирование пациента по вопросам ВИЧ-инфекции.

В Российской Федерации в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

Антитела к ВИЧ появляются у 90 - 95% зараженных в течение 3 месяцев после заражения, у 5 - 9% - через 6 месяцев от момента заражения, у 0,5 - 1% - в более поздние сроки.

Обнаружение антител к ВИЧ включает два этапа. На первом этапе проводится выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ с использованием различных тестов, обычно иммуноферментных. На втором этапе методом иммунного блоттинга проводится определение антител к отдельным антигенам вируса. Заключение о наличии или отсутствии в исследуемом образце антител к ВИЧ делается на основании результатов иммунного блоттинга.

В работе допустимо использование только тест-систем, разрешенных к применению в установленном порядке. Диагностические процедуры должны проводиться только в соответствии



с утвержденными инструкциями по применению соответствующих тестов.

У детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в первые 6 - 12 месяцев жизни обнаруживаются антитела к ВИЧ материнского происхождения. У незараженных детей эти антитела исчезают, а у зараженных начинают вырабатываться собственные. Критерием, свидетельствующим о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции, является обнаружение у него антител к ВИЧ в возрасте 18 и более месяцев. Отсутствие антител к ВИЧ у ребенка в возрасте 12 и более месяцев, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери, свидетельствует об отсутствии у него ВИЧ-инфекции (если он не получал грудного вскармливания).

При ВИЧ-инфекции могут наблюдаться неспецифические лабораторные признаки: снижение количества лимфоцитов, особенно CD4-лимфоцитов, увеличение процентного содержания CD8-лимфоцитов, инверсия соотношения CD4/CD8 (снижение этого значения ниже 1), возрастание количества иммуноглобулинов и другие изменения. Обнаружение этих признаков является дополнительным свидетельством в пользу диагноза ВИЧ-инфекции.

## 2. Постановка клинического диагноза ВИЧ-инфекции

После подтверждения факта наличия у пациента ВИЧ-инфекции необходимо установить полный клинический диагноз заболевания, который позволит определить дальнейшую тактику ведения пациента.

### Российская классификация ВИЧ-инфекции

Выделяют 5 стадий заболевания, которые определяются исключительно клиническими критериями - наличием определенных вторичных заболеваний. Уровень РНК ВИЧ (вирусной нагрузки) и CD4-лимфоцитов не принимается во внимание при определении стадии болезни.

1. Стадия инкубации.

2. Стадия первичных проявлений. Варианты течения:

2А. Бессимптомная.

2Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.

2В. Острая ВИЧ-инфекция со вторичными заболеваниями.

3. Субклиническая стадия.

4. Стадия вторичных заболеваний:

4А. Потеря веса менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Фазы: Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии). Ремиссия (спонтанная, после проводимой ранее противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4Б. Потеря веса более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца; поражения кожи и слизистых, сопровождаемые язвами продолжительностью более 1 месяца; туберкулез; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Фазы: Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне

противоретровирусной терапии). Ремиссия (спонтанная, после проводимой ранее противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4В. Кахексия. Генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; поражения пищевода, бронхов, легких грибковой, герпес-вирусной, цитомегаловирусной этиологии; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

Фазы: Прогрессирование (на фоне отсутствия противовирусной терапии, на фоне противовирусной терапии). Ремиссия (спонтанная, после проводимой ранее противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

#### 5. Терминальная стадия.

#### Характеристика стадий ВИЧ-инфекции

Стадия 1. Стадия инкубации - период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений острой инфекции и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3 недель до 3 месяцев, в единичных случаях может затягиваться до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинические проявления заболевания отсутствуют, антитела к ВИЧ еще не появились. Диагноз ВИЧ-инфекции на данной стадии ставится на основании эпидемиологических данных и может быть лабораторно подтвержден обнаружением в крови пациента вируса иммунодефицита человека, его антигенов, нуклеиновых кислот ВИЧ.

Стадия 2. Стадия первичных проявлений - это первичный ответ организма на внедрение и репликацию ВИЧ в виде клинических проявлений и/или выработки антител, продолжается до 6 месяцев. Варианты течения:

Стадия 2А - бессимптомная - характеризуется отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется лишь выработкой антител (сероконверсией).

Стадия 2Б - острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний - проявляется разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто регистрируются: лихорадка; высыпания на коже и слизистых (уртикарные, папулезные, петехиальные); увеличение лимфатических узлов, фарингит. Может отмечаться увеличение печени, селезенки; диарея. Иногда - асептический менингит, проявляющийся менингеальным синдромом. В этом случае при люмбальной пункции обычно получают неизменный ликвор, вытекающий под повышенным давлением, в нем может отмечаться незначительный лейкоцитоз. Подобная клиническая симптоматика может отмечаться при многих инфекционных заболеваниях, особенно так называемых "детских инфекциях". Острую ВИЧ-инфекцию иногда называют мононуклеозоподобным или краснухоподобным синдромом. В крови больных в этот период могут обнаруживаться широкоплазменные лимфоциты - мононуклеары, что еще больше усиливает сходство такого варианта течения ВИЧ-инфекции с инфекционным мононуклеозом.

Однако яркая мононуклеозоподобная или краснухоподобная симптоматика может выявляться у 15 - 30% больных, у остальных имеют место 1 - 2 из вышеперечисленных симптомов в любых сочетаниях. У отдельных пациентов могут отмечаться поражения аутоиммунной природы. В стадии острой инфекции часто отмечается транзиторное снижение уровня CD4-лимфоцитов.

Стадия 2В - острая ВИЧ-инфекция со вторичными заболеваниями - характеризуется значительным снижением уровня CD4-лимфоцитов. В результате на фоне иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (кандидозы, герпетическая инфекция,

ангина, бактериальная пневмония и т.д.). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременные хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония), в редких случаях возможен летальный исход.

Стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б, 2В), отмечается у 50 - 90% инфицированных лиц в первые 3 месяца после заражения. Начало периода острой инфекции, как правило, опережает сероконверсию, т.е. появление антител к ВИЧ. Поэтому при появлении первых клинических симптомов в сыворотке крови больного можно не обнаружить антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ.

Продолжительность клинических проявлений во второй стадии может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, обычно в течение 2 - 3 недель. Клиническая симптоматика стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции может рецидивировать.

В целом продолжительность стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции составляет один год с момента появления симптомов острой инфекции или сероконверсии.

В прогностическом плане бессимптомное течение стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции является более благоприятным. Чем тяжелее протекает острая инфекция, и особенно если она сопровождалась вторичными заболеваниями, тем больше вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции. Стадия первичных проявлений у большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых может, минуя ее, сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

Стадия 3. Субклиническая, характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита, что связано с компенсацией иммунного ответа за счет модификации и избыточного воспроизводства CD4-клеток. Скорость репликации ВИЧ в этот период по сравнению со второй стадией замедляется. В крови обнаруживаются антитела к ВИЧ. Единственным клиническим проявлением заболевания является увеличение лимфатических узлов, которое может и отсутствовать.

Длительность субклинической стадии варьирует от 2 - 3 до 20 и более лет, в среднем 6 - 7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение уровня CD4-лимфоцитов, в среднем со скоростью 0,05 - 0,07 x 10<sup>9</sup>/л в год.

Стадия 4. Стадия вторичных заболеваний, связана с истощением популяции CD4-клеток за счет продолжающейся репликации ВИЧ. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания. Их наличие обуславливает клиническую картину стадии вторичных заболеваний.

Стадия 4А обычно развивается через 6 - 10 лет с момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожи, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее 0,5 x 10<sup>9</sup>/л.

Стадия 4Б возникает через 7 - 10 лет с момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Начинают развиваться поражения внутренних органов и периферической нервной системы, локализованная саркома Капоши. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее 0,35 x 10<sup>9</sup>/л.

Стадия 4В проявляется через 10 - 12 лет с момента заражения, характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы. Обычно стадия 4В развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов менее 0,2 x 10<sup>9</sup>/л.

Несмотря на то, что переход ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний связан с истощением защитных резервов организма, этот процесс имеет обратимый характер (по крайней

мере, на какое-то время). Спонтанно или вследствие проводимой терапии клинические проявления вторичных заболеваний могут исчезать. Поэтому в стадии выделяют фазы прогрессирования (в отсутствие антиретровирусной терапии или на фоне антиретровирусной терапии) и ремиссии (в отсутствие антиретровирусной терапии или на фоне антиретровирусной терапии).

Стадия 5. Терминальная стадия проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев. Для этой стадии типично снижение количества CD4-клеток ниже  $0,05 \times 10^9/\text{л}$ .

### 3. Обоснование и формулировка клинического диагноза

При постановке диагноза ВИЧ-инфекции в медицинскую документацию записываются обоснование диагноза ВИЧ-инфекции и сам диагноз.

При обосновании клинического диагноза ВИЧ-инфекции следует указать эпидемиологические, клинические и лабораторные данные, на основании которых поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, затем обосновать стадию и фазу заболевания.

При формулировке диагноза указывается нозологическая единица по МКБ-10 ВИЧ-инфекция, далее - стадия ВИЧ-инфекции, фаза, вторичные заболевания. Стадия заболевания определяется по наиболее тяжелому состоянию, которое когда-либо отмечалось у пациента. Также необходимо указать вторичное заболевание (заболевания), обусловившее фазу прогрессирования.

Пациентам, наблюдающимся в связи с эпидемически значимым контактом по ВИЧ-инфекции, устанавливается эпидемиологический диагноз:

- детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей, - перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции;
- прочим пациентам - контакт по ВИЧ-инфекции.

С этим диагнозом пациент наблюдается, пока диагноз ВИЧ-инфекция не будет подтвержден или опровергнут.

### 4. Определение случая СПИДа

СПИД является эпидемиологическим понятием. В Российской Федерации перечень состояний, свидетельствующих о развитии у пациента синдрома приобретенного иммунодефицита, определен [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 марта 2006 года N 166:

1. Бактериальные инфекции (множественные и возвратные) у ребенка в возрасте до 13 лет.
2. Кандидоз пищевода.
3. Кандидоз трахеи, бронхов или легких.
4. Рак шейки матки (инвазивный).
5. Кокцидиомикоз (диссеминированный или внелегочный).
6. Внелегочный криптококкоз.
7. Криптоспоридиоз кишечника с диареей более 1 месяца.
8. Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки,

лимфатических узлов) у пациента в возрасте старше 1 месяца.

9. Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения.

10. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ.

11. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более 1 месяца, или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше 1 месяца.

12. Гистоплазмоз диссеминированный или внелегочный.

13. Изоспороз кишечника (с диареей длительностью более 1 месяца).

14. Саркома Капоши.

15. Интерстициальная лимфоидная пневмония у ребенка в возрасте до 13 лет.

16. Лимфома Беркита.

17. Иммунобластная лимфома.

18. Лимфома мозга первичная.

19. Микобактериозы, вызванные *M. Kansassii*, *M. Avium-intracellulare*, диссеминированные или внелегочные.

20. Туберкулез легких у взрослого или подростка старше 13 лет.

21. Туберкулез внелегочный.

22. Другие недифференцированные диссеминированные или внелегочные микобактериозы.

23. Пневмоцистная пневмония.

24. Пневмонии возвратные (две и более в течение 12 месяцев).

25. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.

26. Сальмонеллезные септицемии возвратные.

27. Токсоплазмоз головного мозга у пациента в возрасте старше 1 месяца.

28. Синдром истощения, обусловленный ВИЧ.

Если у больного ВИЧ-инфекцией нет ни одного из рекомендованных перечнем заболевания, постановка ему диагноза СПИД неправомерна, даже если он находится в терминальной стадии заболевания.

Основание:

1. Приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 августа 1994 года N 170 "Методические [указания](#) по организации лечебно-диагностической помощи и диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и СПИДом".

2. [Приложение](#) к инструкции по заполнению годовой [формы](#) государственного федерального статистического наблюдения N 61 "Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией", утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 17 марта 2006 года N 166.

3. Методическое [письмо](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 ноября 2006 года N 5922-РХ "Правила постановки диагноза ВИЧ-инфекции".

4. Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 сентября 2007 года N 6963-РХ "Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и противоэпидемические мероприятия".

**ПЕРЕЧЕНЬ  
КОНТИНГЕНТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ,  
И КРАТНОСТЬ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Код	Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования	Ответственные за консультирование, предоставление рекомендации пройти тестирование и забор материала
119	Обследованные в плановом порядке		
108	Доноры крови, плазмы крови, спермы и любых других биологических жидкостей органов и тканей	При каждом взятии донорского материала	Главные врачи СПК, ОПК, учреждений здравоохранения по месту забора крови
109	Беременные	При первом обращении в медицинское учреждение по поводу беременности, на 30 - 34 неделе беременности, при поступлении на роды (если ранее не проведено тестирование на ВИЧ)	Главные врачи учреждений здравоохранения, оказывающих помощь беременным

115	Медицинский персонал, работающий с больными ВИЧ-инфекцией или инфицированным ВИЧ-материалом	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах (1 раз в год)	Главные врачи учреждений здравоохранения
124	Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей	При рождении, в 12 и 18 месяцев	ГУЗ ИО "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" (ИОЦ ПБ СПИД)
126	Обследованные добровольно с информированного согласия пациента		
102	Потребители инъекционных наркотиков, в том числе больные наркоманией или злоупотребляющие наркотиками с вредными последствиями	1 раз в год при наличии практики употребления наркотиков	Главные врачи наркодиспансеров, поликлиник, имеющих наркологические кабинеты, руководители учреждений и организаций, оказывающих помощь наркопотребителям
103	Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	1 раз в год	Главные врачи учреждений здравоохранения
104	Больные с заболеваниями, передающимися половым путем	При установлении диагноза или наличии симптомов ЗППП и через 6 месяцев	Главные врачи ОКВД, учреждений здравоохранения, оказывающих помощь



			больным ЗППП
105	Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг (КСР)	1 раз в 3 месяца при наличии практики оказания коммерческих сексуальных услуг	Руководители учреждений здравоохранения, оказывающих помощь КСР
106	Лица, имеющие большое количество половых партнеров	При обращении и через 6 месяцев	Руководители учреждений здравоохранения, проводящих добровольное тестирование на ВИЧ и оказывающих помощь населению
111	Лица, призываемые на военную службу, поступающие на службу по контракту, абитуриенты военных учебных заведений	При призыве на срочную военную службу, поступлении на службу по контракту, поступлении в военные вузы	Начальники учреждений медицинской службы МО
112	Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При поступлении в места лишения свободы и через 12 месяцев. В случае если заключенный относится к одной из групп, рекомендованных для тестирования, в соответствии с показаниями для данной группы	Начальники учреждений медицинской службы ФСИН

113	Больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ с подозрением или с подтвержденным диагнозом СПИД-индикаторного заболевания	При наличии клинических симптомов ВИЧ-инфекции или СПИД-индикаторных заболеваний при обращении за медицинской помощью	Главные врачи учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь населению
114	Вирусный гепатит В, Hbs-антигеноносительство, гепатит С	При установлении диагноза и через 6 месяцев	Главные врачи учреждений здравоохранения
116	Легочный и внелегочный туберкулез	При установлении диагноза и через 6 месяцев	Главные врачи учреждений здравоохранения
127	Обследованные анонимно	При обращении с целью обследования	Главные врачи учреждений здравоохранения
128	Обследованные добровольно по инициативе пациента (без наличия других причин обследования на ВИЧ)	При обращении с целью обследования	Главные врачи учреждений здравоохранения
120	Обследованные при проведении эпидемиологического расследования	При выявлении контакта, в результате которого могло произойти заражение ВИЧ, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД
121	Гетеросексуальные партнеры инфицированных ВИЧ	Так же, как по коду 120, при наличии продолжающихся рискованных контактов, 1 раз в год	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД

122	Гомосексуальные партнеры инфицированных ВИЧ	Так же, как по коду 120, при наличии продолжающихся рискованных контактов, 1 раз в год	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД
123	Партнеры по внутривенному введению наркотиков	Так же, как по коду 120, при наличии продолжающихся рискованных контактов, 1 раз в год	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД
125	Внутрибольничный контакт с ВИЧ-инфицированным	При выявлении контакта, через 3, 6, 12 месяцев после контакта	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД
127	Реципиент крови, жидкостей, органов от ВИЧ-инфицированного донора	При выявлении контакта, через 3, 6, 12 месяцев после получения донорского материала	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД
128	Другой контакт с ВИЧ-инфицированным, при котором имелся риск заражения ВИЧ	При выявлении контакта, через 3, 6, 12 месяцев после контакта	Главный врач ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД
200	Иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию на срок более 3 месяцев	При обращении за получением разрешения на гражданство или видом на жительство или разрешением на работу в Российской Федерации	ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД

Примечание: подлежат исследованию в ИФА на ВИЧ кровь и спинномозговая жидкость трупов при проведении судебно-медицинской экспертизы.

Код	Контингент
102	Трупы с наличием рубцов от внутривенных инъекций, подозрительных на внутривенное введение наркотиков
103	Трупы с признаками мужеложства
106	Трупы граждан, прибывших из длительных зарубежных командировок (более 1 месяца)
112	Трупы неизвестных граждан и лиц без определенного места жительства
113	Трупы с патологоанатомическими данными, в совокупности не исключающими ВИЧ-инфекцию
	Трупы умерших от инфекционных заболеваний, сепсиса

Основание:

1. Методические **рекомендации** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5950-РХ "О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию".

Приложение 3  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

### **ПОЛОЖЕНИЕ О ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Основные методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции включают выявление вирусных антигенов и антител к ВИЧ. Специфические антитела к ВИЧ образуются вскоре после инфицирования, однако точное время их появления зависит от характеристики организма хозяина и вируса. Антитела могут присутствовать на ранних стадиях инфекции, но их концентрация может быть ниже предела чувствительности используемых методов. Тесты новых поколений, включая тесты третьего поколения с использованием сэндвича антигенов, могут выявлять антитела уже через 3 - 4 недели после инфицирования. Скрытый период (период "окна") можно сократить на несколько дней, используя тесты для выявления антигена, и еще на несколько дней путем определения провирусной ДНК вируса. Поэтому период "окна" может иметь продолжительность 2 - 3 недели. Тесты последнего поколения, выявляющие одновременно антигены и антитела к ВИЧ, позволяют еще более повысить чувствительность метода.

Стандартным методом диагностики ВИЧ-инфекции служит определение антител к ВИЧ с помощью ИФА. Метод широко используется для скрининга на наличие антител к ВИЧ, обладает высокой чувствительностью (более 99,5%) и пригоден для исследования большого числа образцов. Принцип иммуноферментного анализа основан на выявлении комплекса антиген-антитело с помощью фермента (пероксидаза, щелочная фосфатаза и др.) по изменению окраски специфического субстрата.

Новое поколение комбинированных ИФА-тестов одновременно выявляет антиген и антитела. Их преимуществом является сокращение времени, необходимого для анализа, снижение трудозатрат и большая экономичность по сравнению с тем, когда каждый из анализов выполняется индивидуально.

#### **Быстрые тесты**

Быстрые тесты для определения специфических антител к ВИЧ - это тесты, которые можно выполнить менее чем за 30 минут. При правильном использовании быстрые тесты на антитела к ВИЧ являются точными и имеют широкое распространение в ряде областей:

- трансплантология (перед забором материала);
- эпидемиологический надзор (обследование труднодоступных групп населения);
- обследование крови в случае экстренного переливания препаратов крови и отсутствия

обследованной на антитела к ВИЧ крови;

- тестирование на ВИЧ, если требуется немедленное начало медикаментозной профилактики ВИЧ в случае аварийной ситуации;

- тестирование беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в предродовом периоде.

Виды быстрых тестов:

- мембранные устройства для концентрации иммунного материала.

В результате выполнения этих анализов образуется четко видимая окрашенная точка на твердой поверхности, если анализ дает положительный результат. В большинстве методов требуется по капельное добавление реактивов в следующей последовательности: буфер, образец, промывной буфер, конъюгант, промывной буфер, субстрат и стоп-раствор. Большинство быстрых тестов содержат внутренний контроль, который показывает, что анализ выполнен корректно. Этим контролем является иммуноглобулин против иммуноглобулина человека, который связывает любой иммуноглобулин, присутствующий в образце, и дает отдельную точку, если реактивы были добавлены надлежащим образом;

- иммунохроматографический метод (латеральная диффузия).

Кровь, жидкость или сыворотка помещается на кончик устройства, далее происходит диффузия вдоль полоски, которая пропитана реактивами, затем происходит реакция антител с антигеном. Эти тесты не требуют добавления реактивов (или требуют добавления только буфера); содержат компонент, предназначенный для контроля технических ошибок, и позволяют получить результаты менее чем за 10 минут.

Иммунный блот

Иммунный блот (ИБ) представляет собой наиболее широко применяемый подтверждающий метод для выявления антител к ретровирусам. Принцип метода заключается в выявлении антител к определенным белкам вируса, иммобилизованным на нитроцеллюлозную мембрану. В организме человека образуются антитела к ряду компонентов вируса (таблица 1).

Группа белков	ВИЧ-1	ВИЧ-2
Белки оболочки вируса (gp)	gp160, gp120, gp41	gp140, gp105, gp36
Белки сердцевины (gag)	p55, p24, p17	p56, p26, p36
Ферменты вируса (pol)	p66, p51, p31	p68

На первом этапе исследования производят разделение белков ВИЧ по молекулярному весу с помощью электрофореза в полиакриламидном геле. Затем осуществляется электрофоретический перенос из геля на поверхность нитроцеллюлозной мембраны. После этого мембрана обрабатывается блокирующим раствором во избежание неспецифического связывания иммуноглобулинов сыворотки крови, затем отмывается, высушивается и разрезается на отдельные полоски, которые вкладываются в набор. Полученный результат сравнивается с результатами тестирования положительной и отрицательной сывороток.

Интерпретация результатов (рекомендации ВОЗ)

Положительный результат	Сомнительный результат	Отрицательный результат
Сочетание полос к gp41 и gp120, или gp41 и gp160, или gp120 и gp160	Полосы к другим антигенам ВИЧ	Отсутствие полос к какому-либо из антигенов ВИЧ

При получении сомнительного результата рекомендуется повторное исследование с использованием набора другой серии или другой фирмы. Если и после этого результат остается сомнителен, ВОЗ рекомендует провести повторное тестирование через 2 недели (хотя другие организации рекомендуют подождать от 1 до 6 месяцев перед проведением повторного анализа). Если повторное тестирование выполняется через 6 месяцев и результаты становятся отрицательными или не имеется прогрессии в отношении характера полос, ВИЧ-инфекцию можно исключить. Если имеет место серологическая прогрессия (увеличение числа или интенсивности положительных полос) или конверсия к положительному результату (сероконверсия) при повторном анализе, это означает, что пациент был инфицирован на момент первого анализа (ранняя инфекция).

#### Сбор, хранение и транспортировка образцов для проведения исследования

Забор крови для серологического исследования на антитела к ВИЧ производится из локтевой (или другой) вены в чистую сухую пробирку в количестве 3 - 5 мл. Полученный материал (цельную кровь) нельзя замораживать, не рекомендуется хранить более 12 часов при комнатной температуре и более 1 суток в холодильнике при 4 - 8 °С. Сыворотка отделяется центрифугированием или обводкой по стенке пробирки пастеровской пипеткой или стеклянной палочкой. Отделенная сыворотка переносится в чистую (лучше стерильную) пробирку, флакон или пластиковый контейнер и в таком виде хранится до 7 дней при температуре 4 - 8 °С, в замороженном виде - несколько лет. При работе следует соблюдать правила техники безопасности согласно Санитарным [правилам](#) "Безопасность работы с микроорганизмами III и IV групп патогенности и гельминтами" (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации N 4 от 3 февраля 1999 года).

#### Диагностический алгоритм тестирования на наличие антител к ВИЧ

В России в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга. В работе допустимо использование только тест-систем, разрешенных к применению Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Диагностические процедуры должны проводиться только в соответствии с утвержденными инструкциями по применению соответствующих тестов.

Обнаружение антител к ВИЧ включает два этапа:

I этап (скрининговая лаборатория) - выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ с использованием различных тестов (иммуноферментных, агглютинационных, комбинированных, гребеночных, мембранно-фильтрационных или мембранно-диффузных).

Если получен положительный результат, анализ проводится последовательно еще 2 раза с той же сывороткой и в той же тест-системе. Если при этом был получен еще хотя бы один положительный результат (два положительных результата из трех постановок в ИФА), сыворотка считается первично положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования.

II этап (референс-лаборатория). В референс-лаборатории первично положительная сыворотка повторно исследуется в ИФА в другой (второй) тест-системе, выбранной для подтверждения. При получении положительного результата анализа и во второй тест-системе сыворотку необходимо исследовать в ИБ.

При получении отрицательного результата анализа и во второй тест-системе сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе. В случае получения отрицательного результата анализа и во второй, и в третьей тест-системе выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ.



При получении положительного результата в третьей тест-системе сыворотка направляется на исследование в ИБ.

Результаты, полученные в подтверждающем тесте (ИБ), интерпретируются как:

- положительные (позитивные) - это пробы, в которых обнаруживаются антитела к 2 или 3 гликопротеинам ВИЧ. При получении положительного результата делается заключение о наличии в исследуемом материале антител к ВИЧ;

- отрицательные (негативные) - это пробы, в которых не обнаруживается антител ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ или имеется слабое реагирование с белком р18. При получении отрицательного результата выдается заключение об отсутствии в исследуемом материале антител к ВИЧ;

- неопределенные (сомнительные) - пробы, в которых обнаруживаются антитела к одному гликопротеину ВИЧ и/или каким-либо протеинам ВИЧ. При получении неопределенного результата проводятся повторные исследования на антитела к ВИЧ в зависимости от белкового профиля.

При получении белкового профиля, включающего белки сердцевин (gag), проводится исследование для диагностики ВИЧ-2.

При получении "подозрительного белкового профиля" необходимо повторить исследования через 2 недели, затем через 3 месяца от момента первого исследования. Если через 3 или 6 месяцев получен отрицательный результат в ИФА, то дальнейшее исследование не требуется. Если через 6 месяцев после первого обследования вновь будут получены неопределенные результаты, а у пациента не будут выявлены факторы риска заражения и клинические симптомы ВИЧ-инфекции, результат расценивается как ложноположительный. При наличии эпидемиологических и клинических показаний серологические исследования повторяются по назначению.

При возможности используют дополнительные методы диагностики (определение р24-антигена или ПЦР-исследования). Если были выявлены антиген р24 или ДНК/РНК ВИЧ, повторное обследование на наличие антител проводится через 2 недели и далее через каждые 2 недели до получения положительного результата в подтверждающем тесте.

Основание:

1. [Приложение 1](#) к приказу Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 августа 1994 года N 170 "О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации".

2. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2001 года N 292 "Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека".

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: Методическое письмо Минздравсоцразвития РФ N 4174-РХ издано 04.08.2006, а не 14.08.2006.

3. Методическое [письмо](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 августа 2006 года N 4174-РХ "Проведение лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию (в том числе исследование иммунитета и вирусной нагрузки при ВИЧ-инфекции)".

ПЕРЕЧЕНЬ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ,  
ПРОВОДЯЩИХ ИММУНОФЕРМЕНТНЫЕ АНАЛИЗЫ (ИФА) НА ВИЧ

1. Клинико-диагностическая лаборатория ГУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями".
2. Иммунологическая лаборатория ГУЗ "Ивановская областная станция переливания крови".
3. Иммунологическая лаборатория МУЗ "Вичугская ЦРБ".
4. Иммунологическая лаборатория МУЗ "Фурмановская ЦРБ".
5. Иммунологическая лаборатория МУЗ "Шуйская ЦРБ".
6. Иммунологическая лаборатория МУЗ ГО Кинешма "ЦГБ".
7. Иммунологическая лаборатория МУЗ "Тейковская ЦРБ".
8. Иммунологическая лаборатория МУЗ "Родниковская ЦРБ".
9. Иммунологическая лаборатория МУЗ "Комсомольская ЦРБ".
10. Лаборатория ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии Ивановской области".
11. Лаборатория ООО "Медицина".
12. Лаборатория ЛДЦ "Миленарис".
13. Лаборатория клинической иммунологии УИН МЮ РФ по Ивановской области.

Приложение 4  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПОРЯДКЕ ИНФОРМИРОВАНИЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ  
О ТЕСТИРОВАННЫХ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ, ВЫЯВЛЕННОМ  
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОМ И БОЛЬНОМ СПИД**

1. При проведении исследований на антитела к ВИЧ ЛПУ направляют в лаборатории, осуществляющие диагностику ВИЧ-инфекции, совместно с образцом крови "Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в иммуноферментном анализе" по утвержденной форме.
2. При получении отрицательного результата исследования сыворотки крови в ИФА лаборатории, осуществляющие диагностику ВИЧ-инфекции, передают результаты исследования в учреждение здравоохранения отправителя сыворотки.
3. При получении положительного результата исследования на антитела к ВИЧ в ИФА лаборатории, осуществляющие диагностику ВИЧ-инфекции, направляют сыворотку и "Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в реакции иммунного блота" для дальнейшего исследования в референс-лабораторию ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД".

4. Референс-лаборатория ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД" направляет информацию о результатах исследования на антитела к ВИЧ в учреждение - отправитель сыворотки. Положительный или неопределенный результат тестирования на ВИЧ сообщается руководителю учреждения здравоохранения или назначенному руководителем заведующему отделением этого учреждения, направившему сыворотку крови, при строгом соблюдении врачебной тайны. Даются рекомендации по дальнейшему наблюдению обследуемого и направлению его для верификации диагноза, консультирования и обследования в ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД".

5. При каждом новом выявленном случае положительного результата исследования на антитела к ВИЧ в иммуноблоте ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД":

5.1. направляет форму первичной документации по учету инфекционных и паразитарных заболеваний **N 058-у** в сроки, установленные приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в управление Роспотребнадзора по Ивановской области;

5.2. направляет "Донесение о случае ВИЧ-инфекции" по форме 266/у в Федеральный научно-исследовательский центр по профилактике и борьбе со СПИДом в срок не более 30 дней.

6. "Донесение о случае ВИЧ-инфекции" по форме 266/у повторно предоставляется в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом в случае:

6.1. установления причин заражения ВИЧ-инфицированного;

6.2. установления диагноза СПИД;

6.3. установления смерти ВИЧ-инфицированного или больного СПИДом;

6.4. смены места жительства пациента;

6.5. снятия диагноза ВИЧ-инфекция.

Передача донесений осуществляется в срок не позднее 30 дней после получения данных об изменении состояния пациента.

7. В связи с длительным течением ВИЧ-инфекции для адекватного планирования медицинских вмешательств и исключения дублирования информации учет случаев ВИЧ-инфекции осуществляется по месту постоянной регистрации инфицированного, наряду с регистрацией по месту выявления инфекционного заболевания в системе Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Центры СПИД, выявившие ВИЧ-инфекцию у иногородних жителей Российской Федерации, обязаны в 2-дневный срок передать информацию о выявленном серопозитивном в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом, по месту постоянной регистрации.

8. Учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, имеющие лаборатории, проводящие исследования на ВИЧ, представляют ежемесячную **форму N 4** "Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ" федерального государственного статистического наблюдения в ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД".

9. ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД" предоставляет сводные месячные и годовые отчеты обо всех проведенных обследованиях в Ивановской области по **форме N 4** "Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ" в Департамент здравоохранения Ивановской области и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

10. Ежемесячные и годовые отчеты по **форме N 61, N 2** составляются на основании данных о зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции на территории Ивановской области и направляются в

соответствующие организации.

11. Сведения о детях, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, направляются в соответствии с утвержденными [формами N 309/у, N 310/у и N 311/у](#) в Научно-методический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей.

12. Карты персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, по [форме N 263/у-ТВ](#) направляются в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Министерства здравоохранения Российской Федерации.

13. В случае выявления внутрибольничного случая передачи ВИЧ-инфекции в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом направляется копия карты эпидрасследования по данному случаю ВИЧ-инфекции. Копия карты эпидрасследования предоставляется в следующих случаях:

- при инфицировании реципиентов от доноров крови, других биологических жидкостей, органов и тканей;

- при передаче вируса при использовании нестерильного инструментария от пациента к пациенту, от пациента к медицинскому работнику и от медицинского работника к пациенту.

14. Предоставление сведений о диагнозе ВИЧ-инфекция по запросу учреждений и частных лиц допускается:

- без согласия гражданина или его законного представителя в соответствии с [Основами законодательства](#) Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N 5487-1 в редакции Указа Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 года N 2288; федеральных законов от 2 марта 1998 года N 30-ФЗ, от 20 декабря 1999 года 214-ФЗ, от 2 декабря 2000 года N 139-ФЗ или в соответствии с [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 8 сентября 2000 года N 696 "Изменения и дополнения, вносимые в положение о военно-врачебной экспертизе от 20 марта 1995 года N 390";

- с письменного согласия гражданина или его законного представителя.

Лица, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: вместо "14. 15" следует читать "15".

14. 15. При необходимости депортации о случаях положительных результатов освидетельствования иностранцев ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД" ставит в известность руководителя Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области и начальника Управления Федеральной миграционной службы по Ивановской области.

Основание:

1. Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5962-РХ "Организация работ по сбору информации о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа".



**ПЕРЕЧЕНЬ  
КОНТИНГЕНТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ЧАСТОТА  
И СРОКИ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ**

Группы	Место диспансеризации	Частота диспансеризации	Длительность наблюдения
Лица, серопозитивные в ИФА и отрицательные в ИБ	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	Через 1 - 3, 6, 12 месяцев после получения позитивного ИФА	1 год
Лица, серопозитивные в ИФА и сомнительные в ИБ	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	Через 1 - 3, 6, 12 месяцев после получения сомнительного ИБ	1 год
Лица, имеющие постоянные половые контакты с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	1 раз в 12 месяцев	Постоянно
Лица, имеющие случайные половые контакты с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	При выявлении и через 3, 6, 12 месяцев после контакта	1 год
Лица, имеющие медицинские контакты с ВИЧ-	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	При выявлении и через 3, 6, 12	1 год

инфицированным в ЛПУ		месяцев после контакта	
Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	При рождении, в 12 и 18 месяцев	18 месяцев
ВИЧ-инфекция, стадия III при CD4 > 1,0 x 10/л	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	1 раз в 48 недель	Постоянно
ВИЧ-инфекция, стадия III или IVA в фазе ремиссии CD4 0,5 - 1,0 x 10/л	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	1 раз в 24 недели	Постоянно
ВИЧ-инфекция, другие стадии или CD4 < 0,5 x 10/л	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	1 раз в 12 недель	Постоянно
ВИЧ-инфекция, контроль проводимой высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)	ГУЗ ИОЦ Пб СПИД	Через 4, 12 недель после начала лечения (при снижении РНК ВИЧ менее чем в 3 раза к 4-й неделе лечения - через 8 недель после начала терапии), затем каждые 12 недель	Постоянно

Основание:

1. Методические **рекомендации** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5950-РХ "О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию".

2. Методические **рекомендации** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2007 года N 7124-РХ "Диспансерное наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией".

Приложение 6  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

### **ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ**

Заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери возможно во время беременности, особенно на поздних сроках (после 30 недель), во время родов и при грудном вскармливании. Вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20 - 40%.

Применение современных методов профилактики снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери до 1 - 2%. Такого снижения можно добиться при проведении комплекса мероприятий:

1. прием антиретровирусных препаратов (во время беременности, родов и в послеродовый период);

2. применение тактики ведения родов, направленной на снижение риска передачи ВИЧ ребенку, и полной замены грудного вскармливания искусственным.

1. Обследование беременных женщин на антитела к ВИЧ.

С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку все беременные женщины, планирующие сохранить беременность (не состоящие на диспансерном учете в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями"), должны быть обследованы на антитела к ВИЧ двукратно:

- при первичном обращении по поводу беременности,

- на 30 - 32 неделе беременности.

Обследование на ВИЧ-инфекцию должно осуществляться при добровольном согласии пациентки, в соответствии с **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 августа 1994 года N 170 "О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации". В обязательном порядке проводятся до- и послетестовое консультирование, в ходе которых обсуждаются следующие вопросы: понятие ВИЧ-инфекции, пути



передачи ВИЧ, порядок проведения тестирования и получения его результатов, возможные результаты тестирования, риск передачи ВИЧ-инфекции ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании, а также возможность профилактики передачи ВИЧ-инфекции ребенку.

Факт консультирования (до и послетестового) фиксируется в обменной карте беременной. В случае отказа от тестирования на ВИЧ-инфекцию отказ оформляется письменно в медицинской документации (две подписи медицинских работников).

При получении положительного результата тестирования на ВИЧ эпидемиологи ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" доводят информацию до сведения ответственного лица по лечебно-профилактическим учреждениям родовспоможения по телефону.

Ответственный врач учреждения родовспоможения направляет беременных женщин, впервые выявленных, а также с установленной ранее ВИЧ-инфекцией, решивших сохранить беременность, в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" для постановки на диспансерный учет. В процессе диспансерного наблюдения проводится кризисное консультирование беременной женщины (семейной пары) о существовании риска рождения ВИЧ-инфицированного ребенка. Решение о прерывании или сохранении беременности в сроке беременности до 12 недель принимает пациентка.

При принятии ВИЧ-инфицированной женщиной решения о прерывании беременности в сроках до 12 недель прерывание беременности осуществляется по месту жительства женщины. Информация о прерывании беременности в обязательном порядке передается в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" в письменном виде в течение 7 дней.

Если обследование не было проведено дважды во время беременности, оно проводится при госпитализации в акушерский стационар на роды.

В экстренных случаях, при отсутствии достаточного времени для получения результатов обследования стандартными методами, проводится исследование на антитела к ВИЧ с помощью экспресс-тестов, разрешенных к применению Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Получение положительного результата экспресс-теста является основанием для принятия решения о назначении химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Параллельно с обследованием с помощью экспресс-методов проводится исследование на антитела (АТ) к ВИЧ стандартными методами. Факт консультирования (до- и послетестового) фиксируется в медицинской документации.

О факте госпитализации ВИЧ-инфицированной беременной женщины, как в учреждения родовспоможения, так и в лечебные учреждения другого профиля, ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" извещается ответственными лицами.

## 2. Диспансерное наблюдение и родоразрешение беременных женщин с ВИЧ-инфекцией.

Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства и специалистом ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями". Ответственный врач - акушер-гинеколог обеспечивает:

- первую явку пациентки в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" для постановки на диспансерный учет, углубленного лабораторного обследования;

- вторую явку в 16 - 18 недель беременности - для решения вопроса о проведении химиопрофилактики вертикального пути передачи ВИЧ.

При выявлении у женщины сочетания ВИЧ-инфекции и беременности проводится клинико-лабораторное обследование (определяется стадия заболевания, уровень CD4-лимфоцитов, вирусная нагрузка) для выявления показаний к назначению лечения ВИЧ-инфекции.

Если показания к лечению отсутствуют, обследование повторяют на 22 - 24 неделе беременности. По результатам обследования проводится назначение антиретровирусных препаратов с целью профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции специалистом ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями".

При ведении беременных с ВИЧ-инфекцией преимущество отдается неинвазивным методам оценки состояния плода. По возможности следует избегать амниоцентеза, кордоцентеза и других процедур, увеличивающих риск контакта плода с кровью матери.

В применении особых мер предосторожности при уходе за детьми нет необходимости.

При проведении профилактических мероприятий с целью предупреждения перинатального инфицирования будущего ребенка необходимо соблюсти следующие юридические аспекты.

1. ВИЧ-инфицированная пациентка подписывает "предупреждение" об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения другого лица (будущего ребенка).

Основание: Федеральный закон от 30 марта 1995 года N 38 "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека"; пункт 1, статья 13, статья 122 Уголовного кодекса Российской Федерации "Заражение ВИЧ-инфекцией".

2. ВИЧ-инфицированная пациентка подписывает "Информированное согласие матери".

Основание: "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22 июля 1993 года, статья 32.

Поскольку 60% ВИЧ-позитивных детей были инфицированы во время родов, этот этап является наиболее важным в профилактике вертикальной передачи ВИЧ. Снижение риска заражения ребенка в период родов достигается сочетанием химиопрофилактики и выбора метода родоразрешения, направленного на предупреждение контакта ребенка с биологическими жидкостями матери. Окончательное решение о способе родов ВИЧ-инфицированной беременной женщины принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и ребенка.

### 2.1. Кесарево сечение.

Плановое кесарево сечение до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод (по достижении 38 недель беременности) значительно уменьшает степень контакта плода с инфицированными секретами материнского организма и поэтому считается самостоятельным методом профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, снижая риск инфицирования на 50%.

Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ рекомендовано, если:

1) количество вируса в крови матери (вирусная нагрузка) при последнем исследовании перед родами - более 1000 копий/мл;

2) нет данных о величине вирусной нагрузки перед родами;

- 3) химиопрофилактика была начата на сроке беременности 34 недели и более;
- 4) химиопрофилактика в период беременности не проводилась;
- 5) невозможно провести химиопрофилактику в родах.

Если принято решение о проведении плановой операции кесарево сечение, за 3 часа до нее начинают внутривенное введение зидовудина из расчета: в первый час - 2 мг/кг, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины.

## 2.2. Особенности ведения родов через естественные родовые пути:

- продолжительность безводного периода более 4 - 6 часов крайне нежелательна, так как риск инфицирования ребенка значительно увеличивается;

- проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа;

- все акушерские манипуляции в период родов (перинео(эпизио)томия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, инвазивный мониторинг плода) должны быть строго обоснованы, не рекомендуется проведение данных процедур в рутинном порядке.

Сразу после рождения ребенку необходимо промыть глаза водой и провести гигиеническое купание в растворе хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды); при невозможности использования хлоргексидина ребенка купают в воде с мылом.

Вакцинация против туберкулеза БЦЖ-вакциной (в том числе БЦЖ-М) не проводится. Вакцинация против вирусного гепатита В проводится на общих основаниях.

При рождении ребенка проводится его комплексное обследование в соответствии с графиком и объемом обследования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (отбор пуповинной крови в ИФА ВИЧ необходим для регистрации ребенка, результат не является диагностически значимым). Кровь необходимо направить в лабораторию ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями".

Выписные эпикризы из учреждений родовспоможения (копии) представляются в письменном (запечатанном) виде в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" в течение 7 дней с указанием проведенных мероприятий профилактики вертикального пути передачи ВИЧ.

## 3. Вскармливание ребенка.

Прикладывание ребенка к груди или вскармливание молоком ВИЧ-инфицированной женщины увеличивает риск инфицирования ребенка на 16 - 27%. Дополнительными факторами риска инфицирования ребенка при грудном вскармливании служат трещины сосков, абсцесс молочной железы, кандидоз полости рта у ребенка.

Для предотвращения заражения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, не следует прикладывать их к груди и кормить материнским молоком, а сразу же после рождения переводить на искусственное вскармливание.

4. Порядок назначения антиретровирусных препаратов (АРВП) ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, роженицам и новорожденным детям:

- назначение АРВП беременной осуществляет специалист ГУЗ Ивановской области "Центр по

профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями". Врач, назначающий АРВП, дает рекомендации по ведению родов и проведению химиопрофилактики во время родов и у ребенка;

- акушер-гинеколог ЛПУ осуществляет диспансерное наблюдение беременной с учетом мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку;

- контроль над течением ВИЧ-инфекции, эффективностью и безопасностью антиретровирусных препаратов осуществляет специалист ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями";

- назначение химиопрофилактики роженице осуществляет врач - акушер-гинеколог, ведущий роды, если ВИЧ-инфекция выявлена в период родов;

- проведение химиопрофилактики в родах осуществляет врач - акушер-гинеколог, ведущий роды, он же определяет тактику родоразрешения с учетом рекомендаций специалиста ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" и конкретной ситуации.

АРВП назначаются:

- 1) во время беременности (1-й этап);
- 2) во время родов (2-й этап);
- 3) ребенку после рождения (3-й этап).

Наиболее успешные результаты могут быть достигнуты при проведении всех трех этапов химиопрофилактики в сочетании с немедикаментозными методами (выбор адекватной тактики ведения родов и отмена грудного вскармливания). Однако, если на каком-либо из этапов химиопрофилактику провести не удастся, это не является основанием для отказа от следующего этапа.

#### 4.1. I этап - во время беременности.

В первом триместре беременности (период эмбрионального и неопетального онтогенеза) плод наиболее чувствителен к воздействию фармакологических препаратов, поэтому по возможности АРВП не назначают.

Выбор схемы противоретровирусных препаратов определяется:

- стадией ВИЧ-инфекции;
- величиной вирусной нагрузки;
- уровнем CD4-лимфоцитов;
- сроком гестации;
- наличием и характером сопутствующих заболеваний.

Предпочтительным вариантом профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку является назначение во время беременности комбинации 3 антиретровирусных препаратов. В состав схемы включают 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы ВИЧ (НИОТ) + 1 ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы ВИЧ (ННИОТ) или 1 ингибитор протеазы ВИЧ (ИП).

Назначение беременной женщине 1 препарата (монотерапия зидовудином или фосфазидом)

допускается в следующих случаях:

- вирусная нагрузка во время беременности не превышает 1000 копий/мл;
- беременная женщина не нуждается в лечении ВИЧ-инфекции;
- женщина не получала зидовудин или фосфазид во время предыдущих беременностей для профилактики передачи ВИЧ ребенку;
- поступление под наблюдение на сроке беременности менее 30 недель.

#### 4.2. II этап - в родах.

Предпочтительным препаратом в родах является зидовудин в виде раствора для внутривенного введения: его назначают независимо от того, какие препараты получала женщина во время беременности, а также при отсутствии химиопрофилактики на 1-м этапе. При отсутствии раствора его заменяют таблетированной формой зидовудина или фосфазидом.

Проведение химиопрофилактики в родах только путем назначения одной дозы невирапина в начале родовой деятельности допускается в крайних случаях при отсутствии других препаратов.

Оправданным является назначение в родах однократной дозы невирапина (в сочетании с введением раствора зидовудина внутривенно и пероральным приемом ламивудина) в следующих ситуациях:

- при отсутствии химиопрофилактики на 1-м этапе;
- при невозможности провести операцию плановое кесарево сечение, если она показана.

После однократного приема невирапина женщине назначаются зидовудин (фосфазид) и ламивудин в терапевтической дозе, перорально, на 7 дней (для профилактики формирования штаммов ВИЧ, устойчивых к невирапину).

Показания к назначению АРВП во время родов:

1. ВИЧ-инфекция у беременной;
2. положительный результат тестирования на антитела к ВИЧ, в том числе с использованием экспресс-тестов;
3. эпидемиологические показания:
  - парентеральное употребление психоактивных веществ или половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером в период настоящей беременности;
  - отрицательный результат обследования на ВИЧ, но с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

Перед назначением АРВП с женщиной проводится беседа (консультирование), в ходе которой беременную информируют о:

- целях назначения противовирусных препаратов;
- вероятности рождения ребенка, не зараженного ВИЧ, при проведении профилактики или отказе от нее;
- возможных побочных эффектах применяемых препаратов.

Задача такого консультирования - не просто назначить женщине антиретровирусные препараты, а мотивировать женщину принимать их в соответствии с назначенной схемой. Пациентке предлагается подписать информированное согласие на проведение химиопрофилактики.

#### 4.3. III этап - послеродовой период.

##### 4.3.1. Показания к назначению АРВП ребенку:

1. ВИЧ-инфекция у матери;

2. положительный результат тестирования на антитела к ВИЧ у матери в родах (в том числе с использованием экспресс-тестов);

3. эпидемиологические показания:

- наличие в анамнезе у матери полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером в период настоящей беременности;

- отрицательный результат обследования матери на ВИЧ, но с момента последнего полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

##### 4.3.2. Порядок проведения химиопрофилактики у ребенка:

- назначение и проведение химиопрофилактики новорожденному ребенку осуществляет врач-неонатолог или педиатр учреждения родовспоможения;

- химиопрофилактика должна быть начата в возрасте не позднее 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком (более позднее начало химиопрофилактики неэффективно);

- при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) должна быть начата не позднее чем через 72 часа (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

- химиопрофилактика назначается всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, а также женщинами, имеющими эпидемиологические показания или лабораторные критерии наличия ВИЧ-инфекции (положительный результат экспресс-тестирования в родах), независимо от того, принимала мать противоретровирусные препараты в период беременности и родов или нет;

- контроль над проведением химиопрофилактики после выписки из родильного дома осуществляет врач-педиатр ЛПУ по месту жительства, а при его отсутствии - врач ЛПУ, осуществляющий наблюдение этого ребенка.

Трехэтапная схема химиопрофилактики вертикальной  
трансмиссии ВИЧ

Период назначения препарата	Режим
I этап Период беременности	- AZT 0,2 г x 3 раза в день в таблетках, перорально, после 16 - 18 недели беременности до начала родовой деятельности; - фосфазид (никавир) перорально по 0,2 грамма каждые 8 часов (3 раза в день, суточная доза 0,6 г) ежедневно весь период беременности до родов
II этап Период родов	- в течение родов внутривенно AZT (ретровир) 2 мг/кг массы тела в первый час и далее по 1 мг/кг массы тела в час до родоразрешения; - AZT (ретровир) перорально - 0,3 грамма с началом родовой деятельности, затем по 0,3 грамма каждые 3 часа до момента пересечения пуповины
III этап Послеродовой период	- новорожденному назначается ретровир-сироп 2 мг/кг массы тела каждые 6 часов, начиная с 8 - 12 часов после рождения в течение первых 6 недель жизни; - если ребенок не может принимать препарат орально, ретровир вводится внутривенно в дозе 1,5 мг/кг каждые 6 часов; - недоношенным детям, родившимся в срок менее 32 недель, препарат вводится в тех же дозах с интервалом 12 часов

Резервная двухэтапная схема химиопрофилактики  
вертикального пути передачи ВИЧ от матери ребенку.  
Схема применения невирапина (вирамуна)

Период назначения препарата	Режим
II этап	- невирапин назначается при начале родовой деятельности 200 мг (одна

Период родов	<p>таблетка) перорально, однократно.</p> <p>При продолжительности родов более 4 - 8 часов назначается вторая доза препарата - 200 мг (одна таблетка);</p> <p>- при проведении плановой операции кесарева сечения неврапин назначается за 4 - 12 часов до начала операции. В неотложных ситуациях назначается сразу после принятия решения о проведении кесарева сечения.</p> <p>Повторно неврапин назначается, если у роженицы в течение 1 часа после приема препарата возникла рвота</p>
III этап Новорожденный	<p>- получает неврапин однократно перорально с 8 часа жизни в суспензии 2 мг/кг веса 1 раз в день в течение 3 дней с интервалом в 24 часа</p>



Основание:

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: вместо слова "Министерства" следует читать "Министра".

1. Инструкция для медицинских работников центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, службы детства и родовспоможения "Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности", утверждена Главным санитарным врачом Российской Федерации - Первым заместителем Министерства здравоохранения Российской Федерации Г.Г. Онищенко, Москва, 2002 год.

2. **Приказ** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2003 года N 606 "Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ".

3. **Приказ** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 года N 375 "Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку".

4. Методические **рекомендации** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5955-РХ "Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку".

5. Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, Институт Здоровья Семьи, Москва, 2008 год.

Об ожидаемом поступлении ВИЧ-инфицированной беременной женщины на роды ответственное лицо по учреждению родовспоможения информируется ответственным врачом (акушером-гинекологом) лечебного учреждения по территориям, а также акушером-гинекологом ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" по телефону (30-37-92).

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

4.3. III этап - послеродовой период.

4.3.1. Показания к назначению АРВП ребенку:

1. ВИЧ-инфекция у матери;

2. положительный результат тестирования на антитела к ВИЧ у матери в родах (в том числе с использованием экспресс-тестов);

3. эпидемиологические показания:

- наличие в анамнезе у матери парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером в период настоящей беременности;

- отрицательный результат обследования матери на ВИЧ, но с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ**  
**КОНТАКТОМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ**

1. Организация наблюдения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, подлежит регистрации в соответствии с кодом R75 "Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ]. (Неокончателный тест на ВИЧ, выявленный у детей)" Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).

В том случае, если ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, не обследован на ВИЧ лабораторными методами, он регистрируется в соответствии с кодом вышеуказанной классификации Z20.6 "Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека". В обоих случаях выставляется диагноз "Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции".

До момента выписки (перевода) из роддома желательно, чтобы новорожденный находился в изоляторе, что обусловлено не столько опасностью его для окружающих, сколько повышенной восприимчивостью самого ребенка к инфекциям. Вопрос о совместном пребывании матери и ребенка решается в каждом конкретном случае индивидуально. Грудное вскармливание исключается.

При необходимости дальнейшего стационарного лечения новорожденные дети переводятся в отделения, стационары, соответствующие профилю заболевания (при соблюдении изоляции). Следует учесть, что если ребенок находится в стационаре до сроков обследования в соответствии с графиком и объемом обследования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, ему проводится комплекс обследования в соответствии с этим графиком (в т.ч. иммунный статус, определение РНК ВИЧ, внутриутробные инфекции). Выписные эпикризы из роддома (стационара) представляются в Центр СПИД в течение 7 дней в запечатанном виде.

При выписке новорожденного из роддома (стационара) по месту жительства за ним устанавливается диспансерное наблюдение педиатром, фельдшером, патронажной медсестрой, врачом-инфекционистом ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями".

Патронаж ребенка проводится педиатром, фельдшером (медсестрой) в соответствии с организацией и содержанием патронажа детей различных возрастных групп (Методические рекомендации "Профилактическая работа по охране здоровья детей раннего возраста", Москва, 2002 г.). В течение 45 дней (6 недель) осуществляется контроль режима приема и коррекция дозы сиропа "Ретровир". Перерасчет дозы препарата производится при изменении массы тела ребенка на 10% и более. Данные заносятся в амбулаторную карту.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, должны направляться в медицинские учреждения (дома ребенка) на общих основаниях с учетом клинического статуса, после

лабораторного обследования и, желательно, с результатами первого обследования на ВИЧ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

## 2. Диагностика ВИЧ-инфекции

### 2.1. График и объем обследования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей

Виды исследований	Сроки (месяц)						
	При рождении	1,5	3	6	9	12	18
Фискальное обследование	+	+	+	+	+	+	+
Антропометрическое обследование	+	+	+	+	+	+	+
Оценка физического и психомоторного развития	+	+	+	+	+	+	+
Регистрация связанных с ВИЧ заболеваний	+	+	+	+	+	+	+
Анализ крови клинический	+	+	+	+	+	+	+
Анализ крови биохимический	+	+	+	+	+	+	+
Анти-ВИЧ ИФА (ИБ)	+				+	+	+
ПЦР (качественная)	+	+		+			
CD4 (+) - Т-лимфоциты			+	+	+	+	+
Содержание иммуноглобулинов или протеинограмма				+		+	+
Серологические исследования на вирусные гепатиты В и С, сифилис, токсоплазмоз, ВПГ, ЦМВ	+			+		+	+
Осмотр фтизиатра с данными туберкулиновых проб	Реакция Манту (2 ТЕ): 1 раз в 6 месяцев - непривитым детям; 1 раз в 12 месяцев - привитым детям						

Рентгенография грудной клетки	По показаниям
-------------------------------	---------------

## 2.2. Серологические методы диагностики

Серологические методы диагностики ВИЧ-инфекции, основанные на определении антител класса IgG, не являются диагностически значимыми у детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции вплоть до возраста 18 месяцев, когда материнские антитела полностью разрушаются у всех детей.

Серологические методы считаются диагностическими у детей старше 18 месяцев при отсутствии гипогаммаглобулинемии.

Плановые серологические обследования проводятся при рождении, в 9, 12 и 15 - 18 месяцев.

Положительные результаты обследования на антитела к ВИЧ, полученные в возрасте до 15 месяцев, не требуют подтверждения в реакции иммунного блота.

Обнаружение антител к ВИЧ в пуповинной крови не является диагностическим критерием ВИЧ-инфекции у ребенка (это исследование проводится с целью эпидемиологического надзора).

Учитывая, что у подавляющего большинства детей материнские антитела элиминируются к возрасту 12 месяцев, получение двух и более отрицательных результатов ИФА с интервалом как минимум в 1 месяц у ребенка без гипогаммаглобулинемии в возрасте 12 месяцев и старше позволяет с высокой долей вероятности говорить об отсутствии ВИЧ-инфекции.

У детей в возрасте 18 месяцев и старше при отсутствии гипогаммаглобулинемии и клинических проявлений ВИЧ-инфекции отрицательный результат серологического обследования на антитела к ВИЧ позволяет исключить ВИЧ-инфекцию.

## 2.3. Молекулярные методы диагностики

Первое обязательное исследование необходимо провести в возрасте 1 - 2 месяца. Положительный результат ПЦР не является окончательным, но с большой долей вероятности (около 98%) указывает на ВИЧ-инфицирование. В этом случае повторное исследование должно быть предпринято через 1 месяц тем же методом.

Дети с отрицательными результатами исследований при рождении и в возрасте 1 - 2 месяца должны быть тестированы вновь в возрасте 4 - 6 месяцев.

ВИЧ-инфекция подтверждается при получении двух и более положительных результатов молекулярных исследований отдельных образцов крови ребенка. Получение двух и более отрицательных результатов ПЦР-анализа, два из которых были произведены в возрасте 1 месяц и старше, а один - в возрасте 4 месяца и старше, является диагностическим критерием, свидетельствующим против ВИЧ-инфекции.

Подтверждение ВИЧ-инфекции или отмена диагноза осуществляется комиссионно специалистами Центра СПИД с учетом следующих данных;

- возраст ребенка более 12 месяцев;
- наличие (отсутствие) клинических симптомов ВИЧ/СПИД;

- результаты двукратного (минимум) обследования на ВИЧ методом ПЦР в сроки 1 - 2 и 6 месяцев. При положительных результатах ПЦР подтверждающее вирусологическое исследование проводится количественным методом (определение вирусной нагрузки) для решения вопроса о начале противовирусной терапии;

- серологическое обследование на ВИЧ IgG-антитела при отсутствии гипогаммаглобулинемии в соответствии с графиком минимум двукратно после исчезновения материнских антител;

- иммунологические параметры (метод проточной цитофлуориметрии). При оценке иммунодефицита у детей, как правило, следует ориентироваться на процентный показатель.

При сомнительных результатах обследования ребенок может быть оставлен на диспансерном наблюдении до 2, иногда до 3 лет.

При комиссионном установлении диагноза ВИЧ-инфекции дообследование пациента может быть проведено амбулаторно или в условиях базового или профильного стационара, в зависимости от состояния ребенка.

ВИЧ-инфицированный ребенок на диспансерном учете состоит пожизненно по месту жительства и в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями". На детей, состоящих на диспансерном наблюдении, ежегодно оформляется годовой эпикриз, копия представляется в ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" в запечатанном виде.

### 3. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными детьми

ВИЧ-инфицированный ребенок находится на диспансерном наблюдении у врача-инфекциониста ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями". Плановое обследование ВИЧ-инфицированных детей на базе ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" проводится 1 раз в 3 месяца.

Осмотры специалистов, амбулаторная и неотложная помощь оказываются по месту жительства, специализированная медицинская помощь - в профильных учреждениях на общих основаниях. Вакцинация ребенка осуществляется иммунологом ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" или по месту жительства в соответствии с рекомендациями иммунолога (уточнить с Центром).

Несмотря на то, что основная роль в наблюдении и лечении ВИЧ-инфицированного ребенка отводится специалистам ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", педиатры амбулаторно-поликлинических и социальных учреждений имеют возможность более тесно общаться с ребенком и его родителями, осуществлять частые осмотры в динамике, оказывать необходимую врачебную помощь, консультировать ребенка у узких специалистов, контролировать проведение противоретровирусной терапии, оценивать ее клиническую эффективность, своевременно выявлять побочные действия препаратов.

#### 3.1. Особенности химиотерапии ВИЧ-инфекции у детей

Назначение противоретровирусной терапии (ПРВТ) ребенку проводится с согласия родителей (или официальных опекунов) решением КЭК ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями".

Показания к началу ПРВТ у детей раннего возраста:

- наличие клинических проявлений ВИЧ-инфекции (стадии 2Б, 2В, 3, 4А, 4Б, 4В, 5 по Покровскому, 2001; клинические категории В, С по CDC) независимо от возраста и уровня вирусной нагрузки;

- наличие иммуносупрессии (иммунные категории 2 и 3);

- уровень вирусной нагрузки;
- возраст менее 12 месяцев.

### 3.2. Оппортунистические инфекции и их профилактика

1) Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных младенцев, как правило, бывают первичными.

2) Профилактика (первичная и/или вторичная) рекомендована для следующих заболеваний/состояний:

- пневмоцистная пневмония;
- атипичные микобактериозы;
- токсоплазмоз;
- туберкулез (после диагностики или в случае контакта с больным);
- цитомегаловирусная инфекция после заболевания;
- рецидивирующие бактериальные инфекции;
- рецидивирующий простой или опоясывающий герпес;
- кандидоз с клиническими проявлениями, рецидивирующий или персистирующий;
- болезни, вызванные грибами (криптококк, гистоплазма, кокцидия).

Основание:

1. Методические указания для врачей "Диагностика, клиника, лечение и профилактические мероприятия у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями", Научно-профилактический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей. Министерство здравоохранения Российской Федерации - СПб, 2002 год.

2. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 года N 442 "Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями".

3. [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 года N 374 "Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией".

4. Краткое руководство для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом "Диспансерное наблюдение, уход и лечение детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, и детей с ВИЧ-инфекцией", Научно-профилактический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей, Москва, 2006 год.



**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ  
И ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ**

Для детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированных детей вакцинация является обязательной. Сроки иммунизации определяются календарем прививок России ([приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2001 года N 229 "О национальном календаре профилактических прививок"), [приложением](#) к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 673 от 30 октября 2007 года и наставлениями к иммунобиологическим препаратам.

1. Иммунизация детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок (по индивидуальному графику прививок) в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов.

2. Все рекомбинантные и инактивированные вакцины (анатоксины) вводятся детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе ВИЧ-инфицированным детям вне зависимости от стадии заболевания и числа CD4-лимфоцитов.

3. Живые вакцины вводятся детям с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции после иммунологического обследования для исключения иммунодефицитного состояния. При отсутствии иммунодефицита живые вакцины вводят в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

4. Через 6 месяцев после первичного введения живых вакцин против кори, краснухи, эпидемического паротита ВИЧ-инфицированным детям осуществляется оценка уровня специфических антител и при их отсутствии вводится повторная доза вакцины с предварительным лабораторным контролем иммунного статуса.

5. Индивидуальный график прививок ребенка, родившегося от ВИЧ-инфицированной матери, составляется комиссией в составе врача-инфекциониста и эпидемиолога ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями". Дети с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированные дети прививаются в муниципальных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на проведение вакцинопрофилактики.

6. Для селективной иммунизации ВИЧ-инфицированных детей используются вакцины, зарегистрированные в Министерстве здравоохранения Российской Федерации и разрешенные к применению в Российской Федерации, приобретение которых осуществляется по заявкам ЛПУ за счет средств областного и муниципального бюджетов.

7. В случае развития необычных поствакцинальных реакций дети должны быть проконсультированы врачом-инфекционистом ГУЗ Ивановской области "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" и при необходимости госпитализированы в инфекционный стационар.

1. Профилактика вирусного гепатита В

Используются зарегистрированные в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации и разрешенные к применению в Российской Федерации рекомбинантные генно-инженерные вакцины против гепатита В (Комбиотекс, Энджерикс В, Эувакс, НВ ВАКС II, Эбербиовак). Первая вакцинация проводится в первые 12 часов жизни в родильном доме с

дальнейшей иммунизацией по схеме (0 - 1 - 2 - 12 месяцев) вне зависимости от наличия контакта с больным гепатитом В.

## 2. Профилактика туберкулеза

В настоящее время вопрос о вакцинации против туберкулеза в России решают после установления окончательного диагноза в 18 месяцев (Методические [указания](#) МУ 3.3.1.1095-02 "Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок", Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, 2002).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, если ребенок проживает в стране с высоким уровнем заболеваемости и принадлежит к группе риска по возможности заражения туберкулезом, то он подлежит вакцинации БЦЖ-М вакциной в родильном доме при отсутствии клинических признаков иммунодефицита.

Если ребенок с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции или ВИЧ-инфекцией не был привит в родильном доме, но находится в эпидемически неблагоприятных условиях по туберкулезу, вопрос о вакцинации БЦЖ-М вакциной решается индивидуально совместно с фтизиатром при отсутствии иммунодефицитного состояния (на основании клинико-лабораторных данных) с предварительной постановкой пробы Манту для детей в возрасте старше 2 месяцев. Детям с диагнозом "ВИЧ-инфицирование" с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и/или наличием иммунодефицита введение вакцины БЦЖ противопоказано.

Реакция Манту привитым детям проводится на общих основаниях 1 раз в год, непривитым - 1 раз в 6 месяцев.

## 3. Профилактика полиомиелита

У детей с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и наличием иммунодефицита применяют только инактивированную вакцину против полиомиелита по схеме: 3 месяца, 4,5 месяца, 6 месяцев и 18 месяцев с продолжением ревакцинации в 6 и 14 лет.

В случае невозможности использовать инактивированную вакцину можно применить живую отечественную оральную полиовакцину только у ребенка без иммунодефицита, при отсутствии контакта привитого ребенка с больным ВИЧ-инфекцией в семье или в Доме ребенка.

## 4. Профилактика коклюша, дифтерии, столбняка

У всех детей с перинатальным контактом или больных ВИЧ-инфекцией используют вакцину АКДС или бесклеточную вакцину АаКДС "Инфанрикс". АКДС-вакцина вводится с 3 месяцев в сроки, соответствующие календарю профилактических прививок.

При наличии противопоказаний к использованию вакцин АКДС и отсутствию бесклеточной вакцины АаКДС "Инфанрикс" вводят анатоксины АДС или АДС-М по схеме введения этих препаратов.

Детям с выраженным дефицитом клеточного звена иммунитета рекомендуется проводить контроль титров противодифтерийных антител через 1 - 2 месяца после законченного курса иммунизации. Если титры антител ниже защитных уровней, проводят дополнительное введение АДС-М анатоксина.

## 5. Профилактика кори, эпидемического паротита, краснухи

Вакцинация проводится только после установления окончательного диагноза

(перинатальный контакт, ВИЧ-инфекция с клиническими проявлениями).

Детей без клинических проявлений ВИЧ-инфекции и иммунодефицита прививают против кори в соответствии с календарем прививок. Вместо отечественной коревой вакцины можно вводить зарубежные ассоциированные вакцины (Приорикс, MMR II) или монопрепараты (Рудивакс и т.п.).

Детям с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и/или наличием иммунодефицита введение живых вакцин против кори, эпидемического паротита и краснухи противопоказано.

При контакте с больными корью проводится иммуноглобулинопрофилактика.

#### 6. Профилактика заболеваний, вызываемых *Haemophilus influenzae* типа B

Вакцинация детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции или ВИЧ-инфекцией производится в соответствии с Российским календарем профилактических прививок (Информационное [письмо](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 1997 года N 2510/10099-97-352 "О профилактике гемофильной инфекции").

Используют зарубежную вакцину "Хиберикс" или "Акт-ХИБ". Вакцина сочетается со всеми отечественными и зарубежными препаратами в рамках национального календаря профилактических прививок. Целесообразно применять с вакциной АКДС + ИПВ или "Инфанрикс" + "Хиберикс" в 3, 4, 5, 6, 18 месяцев. При этом вакцины "Инфанрикс" и "Хиберикс" вводятся в одном шприце (в соответствии с наставлениями к препаратам).

При начале вакцинации против гемофильной инфекции в возрасте 3 месяцев она проводится 3-кратно с интервалом 1 - 2 месяца, ревакцинация - через 12 месяцев после введения 3-й дозы. При начале вакцинации в возрасте старше 6 месяцев она проводится 2-кратно с интервалом 1 - 2 месяца, ревакцинация - через 12 месяцев после введения 2-й дозы. Дети старше 12 месяцев и взрослые прививаются однократно.

#### 7. Дополнительная вакцинация

Детям с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированным в разных стадиях заболевания может проводиться иммунизация против пневмококковой и менингококковой инфекции (полисахаридные вакцины), гриппа (инактивированные, субъединичные вакцины), вирусного гепатита А (инактивированная вакцина) в соответствии с инструкциями по применению вакцин.

Детям с сопутствующей аллергической патологией целесообразно назначать антигистаминные препараты за несколько дней до и после вакцинации.

В первые 2 суток после введения инактивированных вакцин и на 3 - 5 - 7 сутки после вакцинации живыми вакцинами проводится патронаж ребенка.

#### Дополнительная информация

В случае невозможности иммунизации инактивированными вакцинами при использовании живых вакцин в организованных коллективах, семейном окружении дети с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированные дети должны быть изолированы на 30 дней с целью исключения у них и их иммунокомпрометированного окружения вакцинассоциированных заболеваний.

Детям с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа с тяжелым иммунодефицитом (CD4-лимфоциты менее 15%) вакцинация не проводится, осуществляется пассивная иммунизация по показаниям.

Дети с тромбоцитопенией (менее 150 тысяч мм куб.) вне зависимости от стадии ВИЧ-инфекции прививаются не ранее чем через 1 месяц после стойкой нормализации количества тромбоцитов.

Основание:

1. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2001 года N 229 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям".

2. Методические [указания](#) МУ 3.3.1.1095-02 "Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок", утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, Первым заместителем Министерства здравоохранения Российской Федерации Г.Г. Онищенко.

3. Практическое руководство для врачей "Вакцинация детей с нарушением состояния здоровья" под редакцией доктора медицинских наук М.Г. Костинова, Москва, "Медицина для всех", 2002 год.

Приложение 9

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

В настоящее время ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу в значительной степени связано со стремительным нарастанием эпидемии ВИЧ-инфекции. В связи с напряженной эпидемической ситуацией по туберкулезу в Ивановской области, ростом числа больных с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция, с целью повышения эффективности мер, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией, улучшения качества диагностики, лечения, диспансерного наблюдения за больными с сочетанной патологией необходимо осуществлять взаимодействие между учреждениями противотуберкулезной службы Ивановской области и ОЦ Пб СПИД по следующим разделам:

Область деятельности противотуберкулезных учреждений  
Ивановской области

### 1. Выявление ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом

1.1. Обследование на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием больных с подозрением или установленным диагнозом туберкулеза в соответствии с Федеральным [законом](#) от 30.03.1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)".

- Первичное обследование.

- Повторное обследование:

- рецидив туберкулезного процесса (по мере выявления),

- обострение туберкулезного процесса или прогрессирование у лиц, страдающих

хроническими формами туберкулеза (по мере выявления),

- нетипичное течение туберкулезного процесса или отсутствие эффекта от лечения (через 3 мес. после первичного обследования на ВИЧ),

- диссеминированный полиорганный процесс (через 3 мес. после первичного обследования на ВИЧ),

- клинические признаки иммунодефицита (через 3 мес. после первичного обследования на ВИЧ).

1.2. Передача информации о выявлении ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом из противотуберкулезных учреждений области в ОЦ Пб СПИД и в организационно-методический отдел ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина" по мере выявления.

## 2. Своевременное выявление туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

Проводится врачом-фтизиатром в кабинете скрининговой диагностики, организованном на базе ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина", по направлению ОЦ Пб СПИД.

2.1. Плановое обследование на ранних стадиях ВИЧ-инфекции у лиц, не относящихся к группе высокого риска заболевания туберкулезом, проводится 2 раза в год:

- осмотр фтизиатра,
- лучевая диагностика органов грудной полости,
- туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ.

2.2. Плановое обследование на ранних стадиях ВИЧ-инфекции у лиц, относящихся к группе высокого риска заболевания туберкулезом, проводится 2 раза в год:

- осмотр фтизиатра,
- лучевая диагностика органов грудной полости,
- туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ,
- при показаниях - исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

2.3. Плановое обследование на поздних стадиях ВИЧ-инфекции у лиц, относящихся к группе высокого риска заболевания туберкулезом:

- осмотр фтизиатра ежеквартально,
- исследование мокроты на микобактерии туберкулеза 2 раза в год,
- лучевая диагностика органов грудной полости 2 раза в год,
- туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - 2 раза в год.

2.4. Внеплановое обследование (объем обследования как и у всех групп риска заболевания туберкулезом):

- при кашле с мокротой более 3 недель,

- при лихорадке, генерализованном процессе неясной этиологии,
- при контакте с больным туберкулезом,
- при освобождении из МЛС.

2.5. Качественная дифференциальная диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводится врачом-фтизиатром в кабинете референсной диагностики, организованном на базе ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина", по направлению фтизиатра кабинета скрининговой диагностики и ОЦ Пб СПИД.

При необходимости больные госпитализируются в диагностическое отделение ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина".

Диагноз туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией подтверждается ЦВКК, в состав которой входит специалист, имеющий подготовку по ВИЧ-инфекции и знающий особенности течения туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

3. Организация лечебной помощи и диспансерного наблюдения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводится в соответствии с нормативно-правовыми документами об оказании противотуберкулезной помощи населению ([приказ Минздрава России от 21.03.2003 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации"](#), Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза").

3.1. Лечение начинают в стационарах противотуберкулезных учреждений области при обязательных консультациях специалиста по ВИЧ-инфекции, при этом:

- на ранних стадиях ВИЧ-инфекции:
  - плановые консультации инфекциониста не реже 1 раза в мес.,
  - контрольное исследование иммунного статуса: 1 раз в 6 мес., если CD4 более 500 мм<sup>3</sup>; 1 раз в 3 мес., если CD4 менее 500 мм<sup>3</sup>;
- на поздних стадиях ВИЧ-инфекции:
  - плановые консультации инфекциониста 1 раз в неделю,
  - контрольное исследование иммунного статуса 1 раз в 3 мес.

АРТ назначается только после консультации инфекциониста и зависит от уровня CD4:

- CD4 более 350 мм<sup>3</sup>. Противотуберкулезная терапия проводится в обычном режиме, АРТ не назначается;
- CD4 от 200 мм<sup>3</sup> до 350 мм<sup>3</sup>. АРТ назначается после проведения интенсивной фазы противотуберкулезной терапии;
- CD4 менее 200 мм<sup>3</sup>. АРТ назначается сразу после подбора противотуберкулезных препаратов.

3.2. После завершения стационарного лечения туберкулеза больного с сочетанной патологией направляют для дальнейшего лечения и диспансерного наблюдения к участковому фтизиатру по месту жительства.

При диспансерном наблюдении за больными с сочетанной патологией необходимым условием во всех случаях является минимизация пересечения потоков больных туберкулезом с бактериовыделением и без него. Кроме этого, учитывая, что на поздних стадиях ВИЧ-инфекции могут развиваться другие вторичные заболевания, необходимо организовать консультацию инфекциониста.

4. Профилактические мероприятия в отношении туберкулезной инфекции при работе с больными ВИЧ-инфекцией

4.1. Создание системы информирования о туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией и мерах его профилактики:

- информирование широких слоев населения (памятки, печатная продукция, средства массовой информации),

- информирование групп риска индивидуальное (проводится фтизиатром кабинета скрининговой диагностики, организованного на базе ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина").

4.2. Обучение медицинского персонала.

Ежегодное обучение медицинского персонала противотуберкулезных учреждений области особенностям работы с контингентом больных ВИЧ-инфекцией, включая правовые аспекты, конфиденциальность, принципы эпидемиологического расследования и т.д. (семинары, научно-практические конференции, тех. учебы).

4.3. Организация и контроль проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции, где имеются больные с сочетанной патологией, проводятся в соответствии с п. 7.6 Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза". При этом особое внимание уделяется вопросам:

- максимальной изоляции больных туберкулезом из очагов, в которых находятся больные ВИЧ-инфекцией, или изоляции больного ВИЧ-инфекцией из очага туберкулеза (если первое оказывается по каким-либо причинам невозможным),

- организации эпидемиологического расследования в очагах туберкулезной инфекции,

- обеспечение контроля за обследованием на туберкулез членов семей, в которые возвращаются с новорожденными, не вакцинированными БЦЖ, больные ВИЧ-инфекцией родильницы.

4.4. Проведение превентивного лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

- На ранних стадиях ВИЧ-инфекции превентивное лечение туберкулеза назначается в показанных обычно во фтизиатрии случаях по общепринятым схемам.

- На поздних стадиях ВИЧ-инфекции отрицательные туберкулиновые пробы нельзя рассматривая как свидетельство отсутствия инфицирования, поэтому превентивное лечение назначают с учетом факторов риска, клинической стадии ВИЧ, иммунного статуса с учетом наличия одного из трех критериев выраженности иммунодефицита:

- уровень CD4 менее 200 кл/мкл,

- число лимфоцитов менее 1200 кл/мкл,

- одно из СПИД-индикаторных состояний (приложение к приказу МЗ РФ от 17.03.2006 N 106, часть 2, документ 4).

Схема лечения: изониазид и пиразинамид в соответствующих дозировках в течение 3 мес.

Дальнейшая тактика зависит от состояния пациента:

- при прогрессировании ВИЧ-инфекции лечение продолжается,

- при повышении иммунного статуса лечение прекращается, но пациент продолжает наблюдаться у фтизиатра еще 4 мес.

5. Порядок работы с детьми, рожденными от больных ВИЧ-инфекцией матерей, с целью профилактики заболевания туберкулезом

1. Контроль участковыми врачами-фтизиатрами за:

1.1. организацией проведения роддомами и детскими поликлиниками вакцинации БЦЖ-М детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, согласно [приказу](#) МЗ и СР РФ N 673 от 30.10.2007 "О внесении изменений в приказ Минздрава России от 27.06.2001 N 299 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям",

1.2. организацией изоляции новорожденных матерями, больными ВИЧ-инфекцией, от бактериовыделителей на период формирования поствакцинного иммунитета.

2. Наблюдение участковыми врачами-фтизиатрами детей, рожденных от матерей, больных ВИЧ-инфекцией, в группе повышенного риска на заболевание туберкулезом до проведения вакцинации БЦЖ-М по месту жительства на базе детских поликлиник:

2.1. осмотр фтизиатром детей в возрасте 1, 6, 12, 18 мес. жизни,

2.2. четкий контроль за проведением туберкулинодиагностики - постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППДЛ каждые 6 мес. (в 6, 12, 18 мес. жизни) до вакцинации БЦЖ-М,

2.3. при появлении сомнительной или положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ ППДЛ - постановка на диспансерный учет в противотуберкулезные учреждения области,

2.4. контроль за обеспечением своевременной вакцинации БЦЖ-М после исключения ВИЧ-инфекции у ребенка.

3. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными детьми, инфицированными микобактериями туберкулеза, в группе повышенного риска на заболевание туберкулезом по месту жительства в противотуберкулезных учреждениях области согласно [приказу](#) Минздрава России от 21.03.2003 N 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации":

3.1. Осмотр фтизиатра 1 раз в 6 мес.,

3.2. Туберкулинодиагностика 1 раз в 6 мес.,

3.3. Лучевая диагностика органов грудной полости 1 раз в год,

3.4. Назначение превентивного лечения по показаниям.



## 6. Мониторинг за туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией

6.1. Учет больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в том числе в системе УИС, осуществляется специалистами организационно-методического отдела ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина" в соответствии с [приказом](#) МЗ РФ N 547 от 13.11.2007 "Об утверждении учетной формы N 263/у-ТВ "Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией".

6.2. Ежеквартально информация о каждом новом случае или рецидиве туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией, а также о больных, получающих ВААРТ, выверяется врачом-фтизиатром кабинета скрининговой диагностики совместно со специалистами ОЦ ПБ СПИД.

6.3. Ежеквартально [форма N 263/у-ТВ](#) в электронном виде отправляется специалистами организационно-методического отдела ГУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина" в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ и СР РФ.

Приложение 10  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

### **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И СИФИЛИСОМ**

У пациентов с ВИЧ-инфекцией на фоне иммунодефицита сифилис протекает с рядом особенностей:

- течение сифилиса стремительное с укороченной сменой периодов и возможностью поражения ЦНС, вплоть до паренхиматозных форм, и внутренних органов уже в первый год заболевания. Риск развития сифилитического поражения ЦНС у больных с ВИЧ-инфекцией высок при любых стадиях и формах сифилиса. При этом клиническая картина заболевания имеет сходство с ВИЧ-энцефалитом и другими поражениями ЦНС, т.к. преобладают признаки подострого менингита с головной болью, лихорадкой, менингеальными симптомами, наблюдается развитие слабоумия и/или миелопатии. При развитии спинной сухотки возникают резкие боли, парестезии, нарушение реакции зрачков на свет. При общем параличе отмечается потеря памяти, деменция, изменение личности, нарушение реакции зрачков на свет. Поражения глаз могут быть в виде ирита, увеита, неврита зрительного нерва;

- большой удельный вес атипичных и тяжелых форм сифилиса, возможная инверсия клинических и серологических проявлений;

- абсолютное преобладание во вторичном периоде папулезных и пустулезных сифилидов;

- наличие твердых шанкров преимущественно язвенных форм, склонных к осложнениям вплоть до гангренизации и фagedенизма;

- большое количество бледных трепонем в отделяемом шанкров и вторичных сифилидов;

- возможность получения ложноотрицательных результатов нетрепонемных серологических тестов (РМП и аналогов), в том числе при вторичном сифилисе.

### Диагностика сифилиса

Диагностика сифилиса у больных с ВИЧ-инфекцией проводится так же, как и у не инфицированных ВИЧ пациентов в соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 марта 2001 года N 87 "О совершенствовании серологической диагностики сифилиса".

Диагноз нейросифилиса устанавливается после исследования ликвора на основании комбинации результатов серологических тестов и изменений в составе спинномозговой жидкости количества клеток и белка в сочетании с клиническими проявлениями и без них.

### Лечение сифилиса

Лечение сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов рекомендуется проводить в соответствии с установленной формой заболевания, как и у пациентов без ВИЧ-инфекции. Схемы лечения представлены в приложении к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 июля 2003 года N 327 "[Протокол](#) ведения больных. Сифилис" и в методических указаниях "Лечение и профилактика сифилиса" (1999 год). Учитывая, что в условиях иммунодефицита существует риск развития специфического поражения ЦНС на ранних стадиях инфекции, лечение может проводиться по схемам терапии нейросифилиса.

### Профилактика сифилиса

Первичная профилактика сифилиса включает работу с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменить их поведение в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом; вторичная - скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных риску инфицирования, и групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение превентивного и полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением (показания, схемы терапии и тактика ведения пациентов представлены в методических указаниях "Лечение и профилактика сифилиса", 1999 г.).

Профилактика врожденного сифилиса проводится антенатально и постнатально. Антенатальная профилактика включает первичную - информация о возможности внутриутробной передачи сифилиса и необходимости раннего начала дородового наблюдения, вторичную - трехкратное серологическое обследование беременных, адекватное специфическое и профилактическое лечение, составляющие. Постнатальная профилактика заключается в профилактическом лечении детей.

Адекватное специфическое лечение беременных проводится вне зависимости от сроков гестации препаратами пеницилина средней дюрантности (прокаин-бензилпенициллин, новокаиновая соль бензилпенициллина) или бензилпенициллина натриевой солью кристаллической; окончание лечения - не позже чем 30 дней до родов.

### Профилактическое лечение проводят:

- беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, с сохраняющимися позитивность нетрепонемными тестами;

- беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности;

- новорожденным, матери которых, при наличии показаний, во время беременности не получали профилактического лечения;

- новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной или леченной неадекватно матери.

Основание:

1. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 июля 2003 года N 327 "Об утверждении протокола ведения больных "Сифилис".

2. Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2006 года N 7126-РХ "Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний (туберкулеза, вирусных гепатитов и ИППП) у взрослых и подростков, больных ВИЧ-инфекцией".

Приложение N 11  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

## **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ГЕПАТИТАМИ В И С**

У большинства ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков имеет место сочетание HBV- и HCV-инфекции. Хронические гепатиты В и С у больных ВИЧ-инфекцией протекают более агрессивно (по сравнению с лицами, страдающими только гепатитом В и/или С), быстрее формируются цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома. Исходя из вышеизложенного, всем больным ВИЧ-инфекцией при постановке на диспансерный учет и динамически в процессе диспансерного наблюдения необходимо проведение следующих исследований:

- обследование методом ИФА на HBsAg и анти-HCV;
- развернутый анализ периферической крови;
- биохимический анализ крови (содержание билирубина и фракций, уровень АЛТ и АСТ);
- определение показателей белково-синтетической функции печени (протромбиновый индекс, уровень белка и белковых фракций).

Лечение острых вирусных гепатитов

В более 95% случаев острый гепатит В не требует противовирусной терапии. При развитии острого фульминантного гепатита В возможна терапия ламивудином, несмотря на возникновение резистентности ВИЧ к данному препарату, т.к. угроза жизни пациента за счет острой дистрофии печени более значима, чем возникновение устойчивости ВИЧ к ламивудину.

Сведения о лечении больных острым гепатитом С с ВИЧ-инфекцией ограничены, а эффективность монотерапии интерфероном на фоне ВААРТ или без нее не определена.

## Лечение хронического гепатита В

В решении вопроса о целесообразности назначения и выборе схемы терапии хронического вирусного гепатита В (ХГВ) учитывают следующие показатели:

- уровень ДНК HBV;
- активность заболевания цирроза печени;
- наличие противопоказаний;
- результаты предыдущего лечения ХГВ;
- наличие клинических симптомов вторичных заболеваний;
- количество CD4-лимфоцитов;
- необходимость назначения ВААРТ.

Выделяют 4 варианта терапевтического подхода к лечению больных смешанной инфекцией (ВИЧ + ХГВ):

1. Пациент не нуждается в лечении ХГВ (уровень ДНК HBV менее 20000 МЕ/мл при наличии HBeAg и менее 2000 МЕ/мл при его отсутствии, нормальный уровень АЛТ в течение 6 месяцев при не менее чем 3-кратном определении) и ВИЧ-инфекции (отсутствие клинических симптомов вторичных заболеваний, количество CD клеток более 350 клеток/мкл, уровень РНК ВИЧ менее 100000 копий/мл).

2. Пациенту необходимо лечение только ХГВ. У ВИЧ-инфицированного нет клинических и лабораторных показаний для назначения ВААРТ; уровень ДНК HBV более 20000 МЕ/мл при наличии HBeAg и более 2000 МЕ/мл при его отсутствии, уровень АЛТ превышает в 2 и более раз верхнюю границу нормы.

3. Пациенту показана только ВААРТ.

При сочетании ВИЧ-инфекции и ХГВ в качестве основного режима ВААРТ 1-й линии применяют ZDV (Ф-АЗТ) + ЗТС + EFV.

В качестве альтернативных режимов терапии 1-й линии (при повышенном уровне АЛТ 2 и более степени гепатотоксичности) целесообразно применять схему ВААРТ, включающую ингибитор протеазы (LPV/r ZDV + ЗТС).

При неудаче первой линии ВААРТ, включающей 2НИОТ + ННИОТ, вторая линия терапии может включать ИП (LPV/r или NFV) + 2 других НИОТ (ddI + ABC).

4. Пациенту необходимо лечение ХГВ и ВИЧ-инфекции. Достаточно безопасной схемой для лечения пациентов с сочетанной инфекцией (ВИЧ-инфекция и ХГВ) является комбинация 2НИОТ (зидовудин + ламивудин) и ИП ВИЧ (лопинавир/ритонавир). Кроме того, из группы НИОТ наиболее целесообразно использовать следующие сочетания: фосфазид или ставудин или абакавир + ламивудин. Альтернативной схемой ВААРТ является комбинация 2НИОТ и ИП (нелфинавир).

## Лечение хронического гепатита С

Решение о начале лечения ВИЧ-инфекции или хронического гепатита С (ХГС) зависит от количества CD4-лимфоцитов (таблица 1).



Таблица 1

CD4-лимфоциты, количество клеток x 10 <sup>9</sup> /л	Показания к ВААРТ	Рекомендации по терапии ХГС
< 0,2	Абсолютные показания	Лечение ХГС должно быть отложено на время проведения ВААРТ для улучшения показателей числа клеток (не менее 3 месяцев)
0,2 - 0,35	Относительные показания	При наличии клинических симптомов вторичных заболеваний начать с ВААРТ, через 1 - 3 месяца подключить лечение ХГС. При отсутствии симптомов вторичных заболеваний для уменьшения риска развития гепатотоксичности схем ВААРТ рекомендуется начать с лечения ХГС. ВААРТ целесообразно начать после завершения лечения ХГС
> 0,35	Может быть отложена	Лечение ХГС

Схемой первой линии ВААРТ у больных ВИЧ-инфекцией и ХГС является:

1. ZDV (Ф-АЗТ) + ЗТС + LPV/r - если больной не нуждается в лечении ХГС.
2. ABC + ЗТС + LPV/r - если пациент получает лечение легинтерфероном и рибанавирином.

При отсутствии в крови пациента повышения уровня АЛТ более 2,5 ВГН возможно использовать альтернативные схемы ВААРТ 1-й линии:

1. ZDV (Ф-АЗТ) + ddl + NFV или EFV - если у пациента нет цирроза печени и он не получает лечения ХГС.
2. d4T + ЗТС + NFV или EFV - если пациент получает лечение ХГС пегинтерфероном и рибанавирином.

Лабораторные исследования при терапии ХГВ и/или ХГС у больных ВИЧ-инфекцией

Необходимые исследования	Кратность исследований
Анализ периферической крови	До начала лечения, через 2, 4 недели от начала лечения, затем 1 раз в 2 месяца
Биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ГТГ, железо, амилаза)	До лечения, через 2, 4 недели от начала лечения, затем 1 раз в 2 месяца
Исследование количества CD4-лимфоцитов	До начала лечения ХГВ и/или ХГС, затем 1 раз в 3 месяца. При подключении ВААРТ - до начала, через 1, 3 месяца, затем - 1 раз в 3 месяца
Определение уровня РНК ВИЧ	До начала ВААРТ через 4, 12 недель, затем 1 раз в 3 месяца
УЗИ органов брюшной полости	До лечения, затем 1 раз в 6 - 12 месяцев
УЗИ щитовидной железы	До лечения
Определение уровня гормонов щитовидной железы (ГТГ, Т3 свободный, Т4 свободный), аутоантител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе	До лечения, затем 1 раз в 3 месяца

## Профилактика вирусных гепатитов В и С

Основные меры общественной и личной профилактики гепатитов В и С такие же, как и меры профилактики при ВИЧ-инфекции. При наличии сочетанной патологии (ВИЧ-инфекция и гепатит В и/или С) профилактика в медицинских учреждениях и в службе переливания крови осуществляется с приказом Министерства здравоохранения СССР от 12 июля 1989 года N 408 "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране". Пациента необходимо информировать о путях передачи вышеперечисленных инфекций, мерах их профилактики в быту, семье, на работе, правилах общения с половыми партнерами. В процессе лечения пациенту с ВИЧ-инфекцией и хроническим гепатитом В и/или С необходимо оказывать психологическую поддержку для закрепления установки на важность соблюдения лечебного режима, воздержания от приема наркотических средств, алкоголя, который обладает гепатотоксическим действием.

Специфическая профилактика вирусного гепатита В осуществляется путем вакцинации. При отсутствии HBsAg и анти-HBs показана вакцинация против вирусного гепатита В независимо от числа CD4-клеток. Ответ на вакцинацию зависит от числа CD4-клеток (он может быть снижен у больных с числом CD4-клеток менее 500 в 1 мкл). В течение 4 недель после вакцинации против вирусного гепатита В необходимо контролировать титр анти-HBs. При недостаточном ответе (анти-HBs менее 10 МЕ/л) обсуждают вопрос о ревакцинации. Если планируется назначение ВААРТ, вакцинацию откладывают до восстановления адекватной функции иммунной системы. Если вакцинация не приводит к сероконверсии, а риск вирусного гепатита В сохраняется, целесообразно ежегодно контролировать маркеры (HBsAg и анти-HBs).

Изолированные анти-HBs могут быть маркерами перенесенной ранее HBV-инфекции. В таких случаях одна доза HBV вакцины может оказаться достаточной для индукции иммунного ответа.

Специфической профилактики вирусного гепатита С не существует.

Основание:

1. [Приказ](#) Министерства здравоохранения СССР от 12 июля 1989 года N 408 "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране".

2. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 1998 года N 290 "О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами".

3. Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2006 года N 7126-РХ "Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний (туберкулеза, вирусных гепатитов и ИППП) у взрослых и подростков, больных ВИЧ-инфекцией".

Приложение 12  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

## ПОЛОЖЕНИЕ О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАРАЖЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ



Стремительный рост числа ВИЧ-инфицированных в России влечет за собой появление риска профессионального заражения ВИЧ для медицинских работников.

Передача ВИЧ в условиях учреждений здравоохранения возможна:

1. от пациента к медицинскому работнику;
2. от медицинского работника к пациенту при проведении инвазивных процедур;
3. от пациента к пациенту.

Наиболее часто профессиональному риску заражения ВИЧ подвергаются:

1. средний медицинский персонал - процедурные медицинские сестры, работающие в стационарах и отделениях, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным пациентам;
2. оперирующие хирург и операционные сестры;
3. акушеры-гинекологи;
4. патологоанатомы.

Заражение ВИЧ возможно при контакте с биологическими жидкостями:

кровь, сперма, влагалищные выделения, любые жидкости с примесью крови, содержащие ВИЧ-культуры и культуральные среды, синовиальная жидкость, цереброспинальная жидкость, плевральная жидкость, перикардальная жидкость, амниотическая жидкость.

Потенциально опасными считаются кровь и биологические жидкости, содержащие видимую примесь крови.

Постконтактная профилактика - это комплекс мероприятий, включающий в себя:

1. оценку факторов риска при аварийной ситуации;
2. выполнение универсальных мер предосторожности и защиты от инфицирования;
3. прием короткого курса антиретровирусных препаратов с целью снижения риска развития ВИЧ-инфекций после возможного инфицирования.

Риск заражения ВИЧ зависит от факторов:

1. ВИЧ-статус пациента и стадия заболевания (при острой ВИЧ-инфекции или поздней стадии заболевания вируса в крови больше и риск заражения выше);
2. получение пациентом антиретровирусной терапии (при получении терапии риск заражения ниже);
3. наличие у пациента устойчивых к лечению штаммов ВИЧ (в этом случае антиретровирусная терапия может быть неэффективна);
4. степень контаминации заразным материалом инструмента (укол иглой после взятия крови из вены опаснее по сравнению с уколом иглой после внутримышечной инъекции);
5. степень нарушения целостности кожных покровов и слизистых при травмировании медработника. Риск инфицирования повышается при глубоком (внутримышечном) повреждении загрязненным инструментом, особенно при ранении полый иглой, попадающей в кровеносный сосуд;

6. обработка раневой поверхности (немедленное выдавливание крови, промывание антисептическим раствором снижают риск заражения);

7. своевременное проведение медработнику химиопрофилактики заражения ВИЧ противоретровирусными препаратами препятствует инфицированию.

Степень риска заражения:

- при контакте крови с неповрежденной кожей - менее 0,1%,
- при контакте с кровью в результате укола или пореза - 0,3%,
- при попадании крови на слизистую рта, глаз и носа - 0,3%.

Меры предосторожности и защиты медицинских работников от инфицирования ВИЧ:

1. Рассматривать кровь и другие биологические жидкости пациентов как потенциально инфицированные ВИЧ.

2. Использовать средства индивидуальной защиты (перчатки, халаты, маски) при прямых контактах с кровью и другими жидкими субстанциями организма.

3. Не допускать к проведению инвазивных манипуляций медицинских работников с экссудативными изменениями кожи. При наличии поверхностных повреждений их необходимо заклеивать лейкопластырем.

4. Медицинский персонал, оказывающий хирургическое или акушерско-гинекологическое пособие ВИЧ-инфицированному пациенту, должен пользоваться двойными перчатками, непромокаемыми нарукавниками, щитками или очками для защиты глаз, халатами одноразового использования. При разрыве, проколе или другом повреждении целостности перчаток их следует поменять как можно быстрее.

5. Медицинский персонал во время работы с колюще-режущими инструментами должен соблюдать меры предосторожности:

- режущие и колющие инструменты не следует передавать из рук в руки. Их следует разложить на хирургическом столе, а затем брать;

- использованные иглы, скальпели, шприцы и другой хирургический инструментарий должен сразу сбрасываться в емкость с дезинфицирующим раствором;

- одноразовые колющие и режущие предметы после дезинфекции выбрасываются в непромокаемые контейнеры, специально маркированные для уничтожения. Контейнеры устанавливаются как можно ближе к месту использования колющих и режущих предметов;

- использованные иглы нельзя сгибать, ломать, надевать на них колпачки;

- для мытья и очистки колющего и режущего инструментария следует применять толстые перчатки, использовать зажимы, корнцанги и т.д.

6. Следует избегать неоправданных инвазивных вмешательств. Стандартные схемы лечения должны включать лекарственные формы препаратов для приема внутрь во всех случаях, когда это возможно.

Неотложные мероприятия при аварийных ситуациях проводятся в соответствии с приложением 1 к приказу Департамента здравоохранения Ивановской области от 03.04.2009 N 77 "О порядке проведения экстренной профилактики ВИЧ-инфицированным в учреждениях

здравоохранения".

Алгоритм действия медицинских работников в аварийных ситуациях:

1. Информирование об аварийной ситуации заведующего отделением, а в его отсутствие - дежурного врача.

2. Составление Акта о несчастном случае на производстве (по [форме Н-1](#) в трех экземплярах).

3. Регистрация обстоятельств аварийной ситуации в "Журнале учета аварийных ситуаций".

4. Проведение расследования по каждому случаю аварийной ситуации в соответствии с [Постановлением](#) Министерства труда Российской Федерации от 24 октября 2002 года N 73 "Положение об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях".

5. Оценить риск инфицирования ВИЧ при произошедшем контакте (вид биологической жидкости и интенсивность контакта).

6. Провести немедленно экспресс-тест на ВИЧ с последующим тестированием на ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА) пострадавшего медицинского работника и пациента, явившегося источником возможного инфицирования, с дотестовым и послетестовым консультированием.

7. В случае положительного результата анализа на ВИЧ у пациента необходимо:

- информационное взаимодействие с ГУЗ ИОЦ ПБ СПИД (подтверждение положительного анализа);

- проведение медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами, которая должна быть начата в первые два часа после возможного заражения и продолжаться в течение 4 недель (28 дней). Если ее невозможно начать сразу по схеме высокоинтенсивной терапии, то необходимо как можно раньше начать прием препаратов, имеющихся в наличии. После 72 часов начало химиопрофилактики или расширение ее схемы не имеет смысла. Однако при настоятельном желании пострадавшего химиопрофилактика может быть назначена;

- дальнейшее наблюдение за пострадавшим проводится не менее 12 месяцев. Стандартное лабораторное обследование на антитела ВИЧ через 3, 6 и 12 месяцев после аварийного контакта.

8. В случае если ВИЧ-статус потенциального источника заражения неизвестен и его невозможно установить, химиопрофилактика может быть назначена по эпидемиологическим показаниям.

9. Пострадавший должен быть предупрежден, что он может послужить источником ВИЧ-инфекции в течение всего периода наблюдения, и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности для избежания возможной передачи ВИЧ.

10. Внести запись в медицинскую карту сотрудника о случае аварийной ситуации и проведенных мероприятиях.

Схемы высокоактивной антиретровирусной терапии, рекомендуемые для проведения химиопрофилактики парентерального заражения ВИЧ:

- основная схема: лопинавир/ритонавир по 3 капсулы 2 раза в сутки + зидовудин по 0,3 г 2 раза в сутки + ламивудин по 0,15 г 2 раза в сутки (предпочтительно использовать комбинированную форму зидовудин/ламивудин).

При непереносимости одного из препаратов осуществляется его замена в соответствии с общими правилами, описанными в руководствах по антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции;

- при невозможности своевременного начала основной схемы (в том числе непереносимость препаратов, входящих в основную схему, или наличие противопоказаний к ним) применяются альтернативные схемы. В качестве альтернативной может быть использована любая схема высокоактивной противоретровирусной терапии, включающая в себя ингибиторы протеаз ВИЧ.

Основание: Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5961-РХ "Предупреждение заражения, в том числе медицинских работников, вирусом иммунодефицита человека на рабочем месте".

Приложение 13  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

## **ПОЛОЖЕНИЕ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ЗАРАЖЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Скрининг доноров на наличие антител/антигена вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) существенно снижает риск передачи ВИЧ-инфекции. Однако наличие периода "серологического окна" делает практически невозможным полное исключение риска передачи ВИЧ. Поэтому для предупреждения вирусных инфекций, передающихся трансфузионным путем, необходимо соблюдение следующих правил:

- тщательный отбор доноров, отвод доноров из групп риска, преимущественное использование безвозмездного донорства, анкетирование доноров;
- тотальный лабораторный скрининг доноров;
- удаление форменных элементов крови, содержащих ВИЧ, путем фильтрации крови;
- инаktivация компонентов крови посредством тепловой обработки или другим способом;
- более широкое использование аутодонорства, карантинизации плазмы, реинфузии крови;
- переливание крови и ее компонентов только по жизненным показаниям;
- направление крови и ее препаратов от одного донора только в одно лечебное учреждение с использованием для одного реципиента.

Медицинское обследование донора осуществляется согласно "[Порядку](#) медицинского обследования донора крови и ее компонентов", утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2001 года N 364, с изменениями от 16.04.2008 N 175н, от 06.06.2008 N 261н. При отсутствии противопоказаний донор направляется в отделение заготовки крови и ее компонентов. В отделении забора крови и ее компонентов дополнительно взята порция крови направляется в лабораторию для проведения исследований, в том числе на наличие антител и антигенов ВИЧ.

Стандартным методом диагностики ВИЧ-инфекции в донорстве служит определение антител

и антигенов к ВИЧ с помощью ИФА. Этот метод надежен, его чувствительность составляет более 99,9%. Исследование донорской крови (сыворотки или плазмы крови) проводится с использованием только тест-систем, одновременно выявляющих антитела и р24-антиген ВИЧ. Если получен положительный результат, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе). Если при этом получен хотя бы один положительный результат (два положительных результата из трех постановок ИФА), сыворотка считается первично положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования. После получения первого положительного результата в ИФА забранная порция крови бракуется в установленном порядке. Донор отстраняется от донорства до получения окончательного заключения из референс-лаборатории.

В референс-лаборатории первично положительная сыворотка (то есть давшая два положительных результата в первой тест-системе) повторно исследуется в ИФА во второй (другой) тест-системе, выбранной для подтверждения. При получении положительного результата анализа и во второй тест-системе сыворотку необходимо исследовать в иммунном блоте. При получении отрицательного результата во второй тест-системе сыворотка повторно исследуется в третьей (другой) тест-системе.

В случае получения отрицательного результата анализа и во второй, и в третьей тест-системе выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ. При получении положительного результата и в третьей тест-системе сыворотка также направляется на исследование в иммунном блоте. При получении положительного результата во второй или третьей ИФА тест-системе и отрицательного результата в ИБ сыворотка исследуется в тестах для определения р24-антигена.

При получении заключения из референс-лаборатории об отрицательных результатах исследования в ИФА-тестах временные ограничения по сдаче крови снимаются и донора можно допускать к сдаче крови.

При получении положительных результатов в ИФА, неопределенных или положительных результатов в иммунном блоте донор пожизненно отстраняется от донорства и ставится на диспансерный учет в ГУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" в установленном порядке.

С целью обеспечения безопасности трансфузий плазмы осуществляется ее хранение на протяжении определенного времени - карантин плазмы. Правила карантинизации определены [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 мая 2003 года N 193 "О внедрении в практику работы службы крови в РФ метода карантинизации свежезамороженной плазмы". Карантинизация свежезамороженной плазмы (СЗП) рассматривается как дополнительная мера исключения передачи вирусной инфекции. Свежезамороженную плазму, полученную от доноров, обследованных в установленном порядке, хранят 180 суток (максимальный латентный период гемотрансмиссивных инфекций). По истечении этого срока проводят повторное обследование донора с определением клинических и лабораторных признаков гемотрансмиссивных инфекций. При отсутствии признаков заболевания СЗП выдается для лечебного применения или переработки при соответствии требованиям ФС 42-0091-02 "Правила для фракционирования".

При выявлении в период карантинизации вирусоносительства или заболевания донора (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты) вся заготовленная от него плазма бракуется. Забракованная плазма уничтожается в усыновленном порядке с составлением акта утилизации. При неявке донора для повторного обследования за три месяца до истечения срока хранения СЗП снимается с карантинизации и уничтожается в установленном порядке.

В случае экстренного переливания крови (по жизненным показаниям) и отсутствия обследованной на антитела к ВИЧ крови, а также невозможности получения обследованной крови из других ЛПУ рекомендуется для обследования крови использовать экспресс-тесты для

определения антител к ВИЧ.

При получении отрицательного результата в экспресс-тесте обследованная кровь допускается к переливанию. При получении положительного результата в экспресс-тесте переливание крови запрещается. Та же порция крови (до 10 мл) направляется в лабораторию для проведения исследований стандартными методами, в том числе на наличие антител и антигенов ВИЧ, согласно установленному алгоритму.

Во всех ЛПУ необходимо:

- ведение журналов регистрации переливания крови с указанием всех реквизитов препаратов крови; названия учреждения, приготовившего препарат; даты заготовки крови; Ф.И.О. донора и соответствующего реципиента; номера истории болезни и даты трансфузии;

- тщательная регистрация каждой трансфузии и крови и ее препаратов в истории болезни реципиента с четким обоснованием показаний к переливанию;

- вклеивание в историю болезни документов, сопровождающих кровь и ее компоненты.

Основание:

1. [Закон](#) Российской Федерации от 22 декабря 1992 года N 4180-1 "О трансплантации органов и (или) тканей человека" (в редакции федеральных законов от 20 июня 2000 года N 1-ФЗ, от 16 октября 2006 года N 160-ФЗ, от 9 февраля 2007 года N 15-ФЗ).

2. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2001 года N 364 "Об утверждении Порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов", с последующими изменениями от 16.04.2008 N 175н, от 06.06.2008 N 261н.

3. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 ноября 2002 года N 363 "Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови".

4. [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 мая 2003 года N 193 "О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантинизации свежезамороженной плазмы".

5. [Закон](#) Российской Федерации от 9 июня 1993 года N 5142-1 "О донорстве крови и ее компонентов" (в редакции федеральных законов от 4 мая 2000 года N 58-ФЗ, от 16 апреля 2001 года N 39-ФЗ, от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ, от 29 декабря 2006 года N 285-ФЗ, с изменениями, внесенными Федеральным законом от 24 декабря 2002 года N 176-ФЗ).

6. Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по лабораторному предупреждению передачи ВИЧ при переливании крови и ее компонентов от 24 сентября 2007 года N 7067-РХ.

Приложение 14  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

**ПОЛОЖЕНИЕ**

## **О ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Все трупы людей, умерших от ВИЧ/СПИДа, или при подозрении на смерть от данного заболевания подлежат патологоанатомическому исследованию.

Подозрение на данное заболевание может возникнуть и при биопсийном исследовании операционного материала. При этом наиболее существенное значение имеет обнаружение признаков оппортунистических инфекций, особенно кандидозных поражений слизистой полости рта и верхних отделов пищевода, множественных элементов саркомы Капоши (особенно у молодых субъектов), лимфомы головного мозга. При комбинации этих процессов или их генерализации у патологоанатома имеется значительное обоснование подозрения на ВИЧ-инфекцию. При макроскопическом исследовании в пользу ВИЧ-инфекции (СПИД) свидетельствуют атрофия тимуса, увеличение части лимфатических узлов при атрофии других, признаки диареи, истощения. Следует помнить, что указанные процессы не являются специфическими проявлениями ВИЧ-инфекции (СПИДа) и могут развиваться при вторичных иммунодефицитах различного генеза. Во всех случаях при первичной постановке диагноза ВИЧ/СПИД или обоснованном подозрении на вышеуказанное заболевание врач, исследующий труп, информирует ГУЗ Центр СПИД (тел. 8 (4932) 30 37 92).

Учитывая специфику работы судебно-медицинских экспертов, при исследовании трупов следует помнить о том, что трупы в морг направляются работниками правоохранительных органов, которые составляют либо направление, либо постановление, в котором могут быть, а могут и отсутствовать сведения о наличии у покойного ВИЧ-инфекции. В связи с чем выделено несколько групп, которые должны исследоваться в противоэпидемическом порядке.

Код	Контингент
102	Трупы с наличием рубцов от внутривенных инъекций, подозрительных на внутривенное введение наркотиков
103	Трупы с признаками мужеложства
106	Трупы граждан, прибывших из длительных зарубежных командировок (более 1 месяца)
112	Трупы неизвестных граждан и лиц без определенного места жительства
113	Трупы с патологоанатомическими данными, в совокупности не исключающими ВИЧ-инфекцию. Трупы умерших от инфекционных заболеваний, сепсиса



Вскрытие лиц, умерших от ВИЧ-инфекции, или при подозрении на смерть от нее проводят в обычной для патологоанатома одежде (хирургическом халате и шапочке), дополненной клеенчатым передником, нарукавниками, кольчужными перчатками или (при их отсутствии) двумя парами резиновых перчаток, маской, очками-консервами.

На секционный стол следует поставить две эмалированные миски (емкостью до 2 л) с 3% раствором хлорамина для обеззараживания перчаток и инструментов. Около секционного стола размещают емкость на 10 л (ведро) с 3% раствором хлорамина для обеззараживания предметов и поверхностей, на которые случайно могут попасть капли жидкости из трупа, и для последующей дезинфекции помещения, секционного зала. Принимаются меры по недопущению стока жидкости в канализацию.

В случае давности наступления смерти до 12 часов при отсутствии гемолиза после вскрытия обычным или другими способами из трупа берут кровь на ВИЧ-антитела (из полости сердца, локтевой, бедренной вены) в количестве не менее 5 - 10 мл в чистую, сухую (необязательно стерильную) пробирку с резиновой пробкой. Во избежание случайных травм край пробирки должен быть ровный (без сколов). Пробирку помещают в банку с ватой на дне для последующей транспортировки взятой крови в лабораторию. Кровь может храниться не более суток, обязательно в холодильнике при температуре +4 °С. (избегать гемолиза, часто возникающего при замораживании и оттаивании крови).

Пробирку с кровью снабжают этикеткой, на которой четко пишут фамилию, имя, отчество умершего, возраст, диагноз, учреждение, где проведено вскрытие, дату смерти и вскрытия. Направление составляют в 2 экземплярах.

Перед отправкой в лабораторию пробирку обязательно обрабатывают 3% раствором хлорамина, помещают в штатив, плотно обложив ватой, ставят в банку (лучше металлическую), опускают в полиэтиленовый пакет, помещают в бикс с уплотнителем (вата, поролон). Бикс обрабатывают 3% раствором хлорамина, отправляют с нарочным на транспорте, выделенном главным врачом ЛПУ, в клинко-диагностическую лабораторию ГУЗ Центр СПИД по адресу: г. Иваново, ул. Варенцовой, 15 (тел. 8 (4932) 30 37 92).

Для морфологических исследований (цитологического, гистологического) берется разнообразный материал (органы иммуногенеза, белое вещество головного мозга, спинной мозг, фрагменты легких, максимальное число лимфатических узлов, селезенки, печени, почек, вилочковой железы), а при наличии соответствующих изменений - фрагменты из пищевого тракта и кожи.

После фиксации в течение 3 - 4 дней в обычных растворах формалина или спирта банки с материалом для гистологического исследования обрабатывают снаружи 3% раствором хлорамина, а фиксированные кусочки органов обрабатываются обычным для приготовления гистологических препаратов способом.

Ни один предмет не должен быть вынесен из секционной без обработки дезинфицирующими средствами.

После проведения вскрытия органы кладут в соответствующие полости трупа, туда же кладется ветошь, смоченная 3% раствором хлорамина, все разрезы кожи зашиваются. Труп обтирается ветошью, смоченной 3% раствором хлорамина, и перекладывается на каталку.

Труп может быть выдан родственникам в открытом гробу, захоронен или кремирован в обычном порядке. Перевозка трупа производится обычным транспортом.

После вскрытия проводится обязательная дезинфекция секционного стола, предметов в соответствии с методическими инструкциями об использовании дезинфицирующих средств.

Нарукавники, передник, медицинскую одежду, перчатки погружают на 1 час в 3% раствор хлорамина. Подлежит обеззараживанию 3% раствором хлорамина весь уборочный инвентарь.

Учитывая, что у больных ВИЧ-инфекцией кроме разнообразных инфекций может быть обнаружен туберкулез, следует проводить, в случае его обнаружения, соответствующие противоэпидемические мероприятия.

Протокол патологоанатомического исследования оформляется в день вскрытия, копия высылается в ГУЗ Центр СПИД в 30-дневный срок.

При заполнении свидетельства о смерти, при прижизненно поставленном диагнозе и подтвержденном лабораторно, конструкция патологоанатомического, судебно-медицинского диагноза "СПИД" или "ВИЧ-инфекция" осуществляется в соответствии с рекомендациями по шифровке данных о заболеваемости и смертности МКБ-Х.

При подозрении на данную инфекцию, возникшем только при вскрытии, необходимо уточнение анамнеза, клинических проявлений, а также изъятие крови на ВИЧ (кровь на анализ направляется в ГУЗ Центр СПИД). В тех случаях, когда серологическое исследование трупной крови невозможно или имеется ложноотрицательный результат, патологоанатомический диагноз начинается с того заболевания, которое, по мнению патологоанатома, сыграло максимальную роль в патогенезе. В эпикризе детально обосновывается возможность наличия ВИЧ/СПИДа.

В целях профилактики профессионального заражения в секционном зале необходимо иметь аптечку "Анти-СПИД".

В случаях появления подозрения или наличия объективных признаков ВИЧ/СПИД при судебно-медицинском исследовании оно производится с учетом вышеуказанных методических указаний.

Основание:

1. Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5950-РХ "О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию".

Приложение 15  
к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ивановской области  
от 01.12.2010 N 393

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ О ДИАГНОЗЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
ПО ЗАПРОСАМ УЧРЕЖДЕНИЙ И ЧАСТНЫХ ЛИЦ**

Предоставление сведений о диагнозе ВИЧ-инфекция без согласия гражданина или его законного представителя допускается в соответствии с [основами законодательства](#) Российской Федерации от 22 июля 1993 года N 5487-1 об охране здоровья граждан в редакции Указа Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 года N 2288; федеральных законов от 2 марта 1998 года N 30-ФЗ, от 20 декабря 1999 года N 214-ФЗ, от 2 декабря 2000 года N 139-ФЗ или в соответствии с [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 8 сентября 2000 года N

696 "Изменения и дополнения, вносимые в положение о военно-врачебной экспертизе от 20 марта 1995 года N 390".

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

При оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, связанную с ВИЧ-инфекцией, и других медицинских документов специальные печати и штампы учреждения, организации используются без указания его профиля.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

О случаях положительных результатов освидетельствования на ВИЧ иностранных граждан ГУЗ "ИОЦ Пб СПИД" ставит в известность начальника Управления Федеральной миграционной службы по Ивановской области.

Основание: Методические [рекомендации](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5962-РХ "Организация работ по сбору информации о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа".

---