

	Оценка	В момент постановки диагноза ВИЧ	Прежде чем начать АРТ	Частота наблюдений	Примечания	См. стр.
Туберкулез	РОГК	+		Повторить скрининг в случае контакта	Рассмотреть вопрос о регулярной РОГК для пациентов из групп населения с высокой распространенностью туберкулеза. Использование пробы Манту/IGRA в зависимости от доступности и местного стандарта лечения. Однако, тестирование IGRA должно проводиться до пробы Манту, если планируется использование обоих методов, из-за риска ложноположительного результата на тест IGRA после пробы Манту. См. Диагностика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов	97-99, 17
	Проба Манту, если CD4 > 400 кл/мкл	+				
	IGRA для отдельных групп населения с высоким риском (при наличии)	+				
Другие	Серологический тест на вирус ветряной оспы	+			Провести вакцинацию, в случае показаний	65
	Серологический тест на корь/ краснуху	+			Провести вакцинацию, в случае показаний	
	Серологический тест на токсоплазмоз	+				91
	Серологический тест на ЦМВ	+				
	Серологический тест на лейшманию	+/-			Скрининг с учетом стран пребывания / страны происхождения	
	Скрининг на антиген криптококка	+/-			Провести скрининг на антиген криптококка в сыворотке крови, если количество CD4 < 100 кл/мкл	
	Обследование на тропических паразитов (в т.ч. серологический тест на шистосомоз)	+/-			Скрининг с учетом стран пребывания / страны происхождения	
	Вирус гриппа	+		Ежегодно	Для всех ВИЧ-положительных, см. Вакцинация	65
	Стрептококковая пневмония	+			Нет рекомендаций по необходимости повторной иммунизации, см. Вакцинация	65
	Вирус папилломы человека	+		Согласно показаниям	Провести вакцинацию всех ВИЧ-положительных пациентов в возрасте до 26 лет (до 40 лет, если МСМ). Если установлено инфицирование ВПЧ, эффективность вакцины сомнительна, см. Вакцинация	65
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ						
Гематология	ОАК	+	+	Каждые 3-12 месяцев		
	Гемоглобинопатии	+			Проводить скрининг пациентов с высоким риском	
	G6PD (глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназа)	+			Проводить скрининг пациентов с высоким риском	
Композиционный состав тела	Индекс массы тела	+	+	Ежегодно		40
Сердечно-сосудистые заболевания	Оценка риска (по Фремингемской шкале ⁽ⁱⁱⁱ⁾)	+	+	Каждые 2 года	Требуется проводить для всех мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет, не имеющих ССЗ	41
	ЭКГ	+	+/-	Согласно показаниям	Предусмотреть проведение исходной ЭКГ, прежде начать применять антиретровирусные препараты, в связи с которыми могут возникнуть проблемы проводимости	
Гипертензия	Артериальное давление	+	+	Ежегодно		42-44
Липиды	ТС, HDL-c, LDL-c, TG ^(iv)	+	+	Ежегодно	Повторить натошак (т.е. не потребляя калории в течение 8 часов или более), если нужно для медицинского вмешательства	47
Глюкоза	Глюкоза в сыворотке крови	+	+	Ежегодно	Рассмотреть вопрос об оральном тесте на толерантность к глюкозе/HbA1c, если уровни глюкозы натошак равны 5,7-6,9 ммоль/л (100-125 мг/дл)	45-46
Заболевания легких	Респираторные симптомы и факторы риска ^(xii)	+	+	Ежегодно	При жалобах на сильную одышку при сохраненном объеме легких может быть выполнена эхокардиография - для исключения сердечной недостаточности и/или легочной гипертензии	74
	Спирометрия			Согласно показаниям	Спирометрию необходимо проводить всем пациентам с симптомами ^(xii)	
Заболевания печени	Оценка риска ^(v)	+	+	Ежегодно		55-60
	АЛТ/АСТ, ЩФ, билирубин	+	+	Каждые 3-12 месяцев	Более частое наблюдение перед назначением гепатотоксичных препаратов и во время их применения.	
	Определение стадии фиброза печени			Каждые 12 месяцев	У пациентов с коинфекцией ВГС и/или ВГВ (например, ФиброСкан, сывороточные маркеры фиброза)	56-57, 84
	УЗИ печени			Каждые 6 месяцев	У пациентов с циррозом печени и у пациентов с коинфекцией ВГВ с высоким риском развития ГЦК ^(xiii)	57, 80, 84
Заболевания почек	Оценка риска ^(vi)	+	+	Ежегодно	Более частое наблюдение при факторах риска ХЗГ ^(vi) и/или перед назначением и во время приема нефротоксичных препаратов ^(ix)	51-54
	оСКФ (CKD-EPI) ^(vii)	+	+	Каждые 3-12 месяцев		
	Полосковый анализ мочи ^(viii)	+	+	Ежегодно	Каждые 6 месяцев, если оСКФ <60 мл/мин или при резком снижении оСКФ ^(xiv) . Если протеинурия ≥1+ и/или оСКФ <60 мл/мин, измерить БМ/К или АМ/К ^(viii)	

	Оценка	В момент постановки диагноза ВИЧ	Прежде чем начать АРТ	Частота наблюдений	Примечания	См. стр.
Заболевания костей	Биохимия крови на выявление заболеваний костей: кальций, фосфаты (PO4), щелочная фосфатаза	+	+	Каждые 6-12 месяцев		48, 50
	Оценка риска ^(x) (FRAX® ^(xi)) для пациентов старше 40 лет	+	+	Раз в 2 года	Рассмотреть вопрос о проведении DXA для отдельных пациентов (для детальной информации см. стр. 48)	
Витамин D	25(ОН) витамин D	+		Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском	49
Нейрокогнитивные расстройства	Опросник для скрининга	+	+	Раз в 2 года	Скрининг всех пациентов без отягощающих факторов. В случае выявления патологии или симптомов, см. методику на стр. 72 для дальнейшего обследования.	73
Депрессия	Опросник	+	+	Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском	69-71
Рак	Маммография			Раз в 1-3 года	Женщины в возрасте 50-70 лет	39, 57
	ПАП-мазок			Раз в 1-3 года	ВИЧ-положительные женщины старше 21 года или в течение 1 года после начала половой жизни	
	Ректальное исследование и аноскопия			Раз в 1-3 года	МСМ и пациенты с дисплазией, ассоциированной с ВПЧ. Доказательства пользы неизвестны	
	УЗИ и тест на альфа-фетопротеин			Каждые 6 месяцев	В спорных случаях / Для пациентов с циррозом печени и пациентов с коинфекцией ВГВ с высоким риском развития ГЦК ^(xiii)	
	Другие				Спорно	

- i Пересмотреть все лекарства, совместно применяемые с АРТ, которые могут взаимодействовать с ними или способствовать росту сопутствующих заболеваний; см. [Взаимодействие АРВ-препаратов с антидепрессантами](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с гипотензивными средствами](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с анальгетиками](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с антикоагулянтами и антиагрегантами](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с противомаларийными препаратами](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с бронхорасширяющими препаратами \(для ХОБЛ\)](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с иммунодепрессантами \(для ППО\)](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами для лечения легочной гипертензии](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с кортикостероидами](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с контрацептивами](#)
[Взаимодействие АРВ-препаратов с антивирусными препаратами прямого действия](#) и www.hiv-druginteractions.org
- ii При стабильном состоянии на АРТ, неопрелеваемой ВН ВИЧ и количестве клеток CD4 > 350 кл/мкл, проводить анализ на CD4 один раз в год.
- iii Имеется формула оценки риска, разработанная на основании данных групп ВИЧ-инфицированных пациентов (см: <http://www.chip.dk/Tools>). Примечание: если пациент принимает препараты для контроля дислипидемии и/или гипертензии, то оценка риска должна интерпретироваться с осторожностью.
- iv Расчет ЛНП-холестерина для случаев, когда уровень триглицеридов не является высоким, можно найти на <http://www.hivpv.org/>.
- v В числе факторов риска хронического заболевания печени: алкоголь, вирусные гепатиты, ожирение, диабет, резистентность к инсулину, гиперлипидемия, прием гепатотоксических препаратов.
- vi Факторы риска ХЗП: гипертензия, диабет, ССЗ, семейный анамнез, принадлежность к негроидной расе, вирусные гепатиты, низкое количество клеток CD4, курение, возраст (старше среднего), сопутствующая терапия нефротоксическими препаратами.
- vii оСКФ: использовать формулу СКД-EP1 на основании уровня креатинина в сыворотке крови, пола, возраста и этнической принадлежности, т.к. количественный анализ оСКФ действителен при >60 мл/мин. В качестве альтернативы можно использовать сокращенную формулу модификации диеты при почечных заболеваниях (сМДПЗ) или формулу Кокрофта-Голта; см. <http://www.chip.dk/Tools>
- viii Некоторые эксперты рекомендуют соотношения АМ/К (альбумин мочи/креатинин) или БМ/К (белок мочи/креатинин) в качестве скринингового теста на протеинурию у всех пациентов. АМ/К, главным образом, выявляет заболевание почечных клубочков. Применяется для пациентов с диабетом. БМ/К определяет общий белок мочи на фоне заболеваний почечных клубочков и канальцев.
- ix Разработаны различные модели для определения 5-летней шкалы риска ХЗП при использовании различных нефротоксических препаратов АРТ, с учетом как связанных, так и не связанных с ВИЧ факторов риска. [6], [7]
- x Классические факторы риска: возраст (старше среднего), женский пол, гипогонадизм, переломы бедра в семейном анамнезе, низкий ИМТ ($\leq 19 \text{ кг/м}^2$), дефицит витамина D, курение, недостаток физических нагрузок, низкотравматичный перелом в анамнезе, избыточное потребление алкоголя (>3 стандартных доз в день), прием стероидов (минимум 5 мг в течение >3 мес.).
- xi Разработанный ВОЗ инструментальный для оценки риска переломов (FRAX®): www.shef.ac.uk/FRAX
- xii Респираторные симптомы: одышка, хронический кашель и мокрота. Факторы риска: курение, род занятий, загрязнение воздуха и факторы защиты организма, включая предыдущие ПХФ или ТБ, рецидивирующую пневмонию и дефицит альфа-1-антитрипсина. Диагностику ХОБЛ следует предусмотреть для пациентов старше 35 лет, у которых имеется фактор риска (курение в прошлом или в настоящем) и наблюдается одышка при физической нагрузке, хронический кашель, постоянное выделение мокроты, частые "зимние" бронхиты или сухие свистящие хрипы.
- xiii Скрининг на ГЦК рекомендован всем пациентам с циррозом независимо от причин. У пациентов с ВГВ без цирроза скрининг на ГЦК должен проводиться среди тех, у кого когда-либо был хронический гепатит (повышенная трансаминаза) или с факторами риска в отношении ГЦК, включая наличие ГЦК в семейной истории, принадлежность к монголоидной или негроидной расе, см. <http://www.easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines>. В индивидуальном порядке скрининг на ГЦК можно не проводить у пациентов без факторов риска и нормальным уровнем трансаминаз до начала лечения ВГВ.
- xiv Определяется как снижение оСКФ на 5 мл/мин в год в течение 3 лет подряд или подтвержденное снижение оСКФ на 25% по сравнению с исходным уровнем.