

Часть I Обследование ЛЖВ при первичном и последующих посещениях

	Оценка	В момент постановки диагноза ВИЧ	Прежде чем начать АРТ	Частота наблюдений	Примечания	См. стр.
АНАМНЕЗ						
Медицинский	Полный медицинский анамнез, в том числе:	+	+	Первое посещение	При переводе пациента к другому врачу, повторить обследование	62, 63–64
	• Семейный анамнез (в т. ч. ранние ССЗ, диабет, гипертензия, хронические заболевания почек)	+		Первое посещение	Ранние ССЗ: сердечно-сосудистые нарушения у родственников первой степени родства (мужчин моложе 55 лет и женщин моложе 65 лет)	
	• Сопутствующая лекарственная терапия ⁽¹⁾	+	+	Каждое посещение		
	• Прошлые и текущие сопутствующие заболевания	+	+	Каждое посещение		
	• Прививочный анамнез	+		Ежегодно	Определить титр антител и провести вакцинацию, в случае показаний, см. Вакцинация	
Психосоциальный	Образ жизни (употребление алкоголя, курение, питание, физические нагрузки, употребление наркотиков)	+	+	Каждые 6–12 месяцев	При неблагоприятном образе жизни и наличии вредных привычек требуется более частое наблюдение	61
	Трудовая деятельность	+	+	Каждое посещение	Проконсультировать и оказать поддержку, если необходимо	
	Социальное и бытовое обеспечение	+	+		Проконсультировать, если необходимо	
	Психологические заболевания	+	+			
	Партнер и дети	+				
Сексуальное и репродуктивное здоровье	Анамнез половой жизни	+		Каждые 6–12 месяцев	Принять меры для решения проблем, связанных с нарушением половой функции	91–95
	Безопасный секс	+			Если имеется риск передачи половым путем, то его следует устранить	
	Статус партнера и раскрытие статуса	+			Рассмотреть вопрос начала АРТ в дискордантных парах	
	Проблемы зачатия	+	+			
	Гипогонадизм	+	+	Согласно показаниям	Пациенты с жалобами на нарушение половой функции	91, 94
	Менопауза	+	+	Ежегодно/согласно показаниям	Скрининг на симптомы перименопаузы у женщин ≥ 40 лет	91
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ						
Вирусология	Подтверждение положительного результата теста на антитела к ВИЧ ВН ВИЧ в плазме крови	+		Каждые 3–6 месяцев	Более частое наблюдение ВН ВИЧ в начале АРТ. Провести тест на генотипическую резистентность перед началом АРТ, если он прежде не проводился либо если имеется риск суперинфекции	12–14
	Тест на генотипическую резистентность и подтип R5-тропизм (при наличии)	+	+/-			
			+/-		Провести скрининг, если в схеме лечения предусмотрен антагонист R5-тропного вируса	
Иммунология	CD4: абсолютное количество, соотношение CD4/CD8 и % (можно также: CD8 и %)	+	+	Каждые 3–6 месяцев	Ежегодно при стабильном состоянии на АРТ и если количество CD4 > 350 кл/мкп ⁽¹⁾	12–14
	HLA-B*57:01 (при наличии)	+	+/-		Соотношение CD4/CD8 является прогностическим фактором развития серьезных заболеваний	
					Перед началом АРТ с ABC провести скрининг, если он ранее не проводился, стр. 12–13, 24	
КО-ИНФЕКЦИИ						
ИППП	Серологический тест на сифилис	+		Ежегодно/согласно показаниям	Более часто проводить скрининг при наличии риска	15, 91
	Скрининг на ИППП	+		Ежегодно/согласно показаниям	Провести скрининг при наличии риска и во время беременности	
Вирусный гепатит	Скрининг на ВГА	+		Согласно показаниям	При наличии риска (напр., МСМ) провести скрининг, при отсутствии иммунитета провести вакцинацию	90, 115–117
	Скрининг на ВГВ	+	+		Ежегодный скрининг при наличии риска; при отсутствии иммунитета провести вакцинацию. Применять АРТ с TDF или TAF у пациентов-неответчиков на вакцинацию	
	Скрининг на ВГС	+			Дальнейший скрининг на основе формы поведения, сопряженной с риском, и местной эпидемиологии. Измерение РНК ВГС при наличии антител к ВГС или при подозрении на недавно приобретенную инфекцию	
	Скрининг на ВГД			Согласно показаниям	Все пациенты с положительным HBs-Ag также должны проходить скрининг на ко-инфекцию ВГД	115, 122
	Скрининг на ВГЕ			Согласно показаниям	Провести скрининг пациентов с симптомами, соответствующими острому гепатиту, с необъяснимым повышением аминотрансфераз или повышенными значениями показателей функции печени, с неврологической амиотрофией, синдромом Гийена-Барре, энцефалитом или протеинурией. Включите анти-ВГЕ IgG и IgM и тест на нуклеиновые кислоты для выявления РНК ВГЕ в крови и, если возможно, в стуле	122



	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 ТБ. В некоторых национальных рекомендациях учитывается этническая принадлежность, количество CD4 и использование АРТ для определения показаний к скринингу скрытой ТБ-инфекции. Проба 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 ЛЖВ	20, 135
	Проба Манту	+				
	IGRA для отдельных групп населения с высоким риском (при наличии)	+				
Другие	Серологический тест на вирус ветряной оспы	+			Провести вакцинацию в случае показаний	90
	Серологический тест на корь/ краснуху	+			Провести вакцинацию в случае показаний	
	Серологический тест на токсоплазмоз	+				
	Серологический тест на ЦМВ	+				
	Скрининг на антиген криптококка	+/-			Провести скрининг на антиген криптококка в сыворотке крови, если количество CD4 < 100 кл/мкл	
	Серологический тест на лейшманиоз	+/-			Скрининг с учетом страны пребывания/ происхождения	90
	Обследование на тропических паразитов (в т. ч. серологический тест на шистосомоз)	+/-			Скрининг с учетом страны пребывания/ происхождения	
	Вирус гриппа	+		Ежегодно	Для всех ЛЖВ, см. Вакцинация	90
	Стрептококковая пневмония	+			Нет рекомендаций относительно повторной иммунизации, см. Вакцинация	90
	Вирус папилломы человека	+		Согласно показаниям	Провести вакцинацию тремя дозами всех ЛЖВ в возрасте 9–40 лет. Если установлено инфицирование ВПЧ, эффективность вакцины сомнительна, см. Вакцинация	90
	SARS-CoV-2				В условиях пандемии проводить вакцинацию независимо от количества CD4 и ВН ВИЧ в соответствии с национальными рекомендациями.	90
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ						
Гематология	OAK	+	+	Каждые 3–12 месяцев		
	Гемоглобинопатии	+			Проводить скрининг пациентов с высоким риском	
	G6PD	+			Проводить скрининг пациентов с высоким риском	
Композиционный состав тела	Индекс массы тела	+	+	Ежегодно		61
Сердечно-сосудистые заболевания	Оценка риска (по Фремингемской шкале ^(vi))	+	+	Ежегодно	Требуется проводить для всех мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет, не имеющих ССЗ	62
	ЭКГ	+	+/-	Согласно показаниям	Предусмотреть проведение исходной ЭКГ, прежде чем начать ARB-препараты, в связи с приемом которых могут возникнуть проблемы проводимости	
Гипертония	Артериальное давление	+	+	Ежегодно		63–64
Липиды	ОХ, х-ЛПВП, х-ЛПНП, ТГ ^(vi)	+	+	Ежегодно	Если нужно для медицинского вмешательства – повторить натошак (т. е. не потребляя калории в течение 8 часов или более)	69
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)	67–68
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	105
	Спирометрия			Согласно показаниям	Спирометрию необходимо проводить всем пациентам с симптомами ^(xii)	
Заболевания печени	Оценка риска ^(vi)	+	+	Ежегодно		79–82
	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 ко-инфекцией ВГС и/или ВГВ (например, ФиброСкан, сывороточные маркеры фиброза)	79–82
	УЗИ печени			Каждые 6 месяцев	У пациентов с циррозом печени ^(xiii)	79–82
Заболевания почек	Оценка риска ^(vi)	+	+	Ежегодно	Более частое наблюдение, если рСКФ < 90 мл/мин, присутствуют факторы риска ХБГ ^(vi) и/или перед назначением и во время приема нефротоксичных препаратов ^(x)	74–75
	рСКФ (CKD-EPI) ^(viii)	+	+	Каждые 3–12 месяцев		
	Анализ мочи с помощью тест-полоски ^(viii)	+	+	Ежегодно	Каждые 6 месяцев, если рСКФ < 60 мл/мин или при резком снижении рСКФ, если протеинурия ≥ 1+ и/или рСКФ < 60 мл/мин, измерить АМ/К или БМ/К ^(viii)	
Заболевания костей	Биохимия крови на выявление заболеваний костей: кальций, фосфаты (PO ₄), ЩФ	+	+	Каждые 6–12 месяцев		71–73
	Оценка риска ^(x) (FRAX ^{®(xi)}) для пациентов старше 40 лет)	+	+	Раз в 2 года	Рассмотреть вопрос о проведении DXA для отдельных пациентов (подробную информацию см. на стр. 71)	
Витамин D	25(ОН) витамин D	+		Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском	72

	Оценка	В момент постановки диагноза ВИЧ	Прежде чем начать АРТ	Частота наблюдений	Примечания	См. стр.
Когнитивные расстройства	Опросник для скрининга	+	+	Согласно показаниям	Скрининг всех пациентов без отягощающих факторов. В случае выявления патологии или симптомов, см. методике на стр. 104 для дальнейшего обследования.	104
Тревожность	Опросник	±	±	Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском	100–101
Депрессия	Опросник	+	+	Согласно показаниям	Проводить скрининг пациентов с высоким риском	96–97
ЛЖВ пожилого возраста	Анализ полифармакотерапии			Ежегодно	Периодический обзор лекарственных средств	108–109
	Старческая астения			Ежегодно	Скрининг по шкале старческой астении, скорости ходьбы или краткий набор тестов по оценке физической производительности	110–111
	Падения			Ежегодно		112
Рак	Маммография			Раз в 1–3 года	Женщины в возрасте 50–70 лет	59
	ПАП-мазок или жидкостная цитология			Раз в 1–3 года	ВИЧ-положительные женщины старше 21 года	
	Ректальное исследование и anoscopy			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 ко-инфекцией ВГВ с высоким риском развития ГЦК ^(xii)	
	Рак предстательной железы (ПСА)			Раз в 1–2 года	Мужчины старше 50 лет с ожидаемой продолжительностью жизни > 10 лет	
	Другие			Согласно показаниям	Скрининг на рак легких и колоректальный рак в соответствии с местными программами скрининга	

Если ЛЖВ стабильно принимает АРТ в течение 6 месяцев и более без каких-либо серьезных проблем, можно рассмотреть возможность использования альтернативных методов, таких как электронная почта/телефон/или другие электронные средства (Принципы надлежащей практики, GPP). Такая форма консультации может быть такой же эффективной, как и очная консультация, если она надлежащим образом описана в клиническом протоколе. В проекте EmERGE, финансируемом Европейским Союзом, в настоящее время рассматривается возможность таких интервенций <https://www.emergeproject.eu>

- i Пересмотреть все препараты, совместно применяемые с АРТ, которые потенциально могут взаимодействовать с ними или способствовать ухудшению сопутствующих заболеваний; см. Взаимодействие АРВ-препаратов с анальгетиками Взаимодействие АРВ-препаратов с антикоагулянтами и антиагрегантами Взаимодействие АРВ-препаратов с антидепрессантами Взаимодействие АРВ-препаратов с гипотензивными средствами Взаимодействие АРВ-препаратов с противомалярийными препаратами Взаимодействие АРВ- и противотуберкулезных препаратов Взаимодействие АРВ-препаратов с анксиолитиками Взаимодействие АРВ-препаратов с бронхорасширяющими препаратами (для ХОБЛ) Взаимодействие АРВ-препаратов с контрацептивами Взаимодействие АРВ-препаратов с кортикостероидами Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами против COVID-19 Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами заместительной гормональной терапии (ЗГТ) Взаимодействие АРВ-препаратов с иммунодепрессантами (для ППО) Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами для лечения легочной гипертензии Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами для лечения вирусного гепатита и <http://www.hiv-druginteractions.org>
- ii При стабильном состоянии на АРТ, неопределяемой ВН ВИЧ и количестве клеток CD4 > 350 кл/мкл, проводить анализ на CD4 один раз в год
- iii Есть формула оценки риска, разработанная на основании данных групп ВИЧ-инфицированных пациентов (см: <https://www.chip.dk/Tools-Standards/Clinical-risk-scores>). Примечание: если пациент принимает препараты для контроля дислипидемии и/или гипертензии, оценка риска должна интерпретироваться с осторожностью
- iv Расчет ЛПНП-холестерина для случаев, когда уровень триглицеридов не является высоким, можно найти на <https://www.mdcalc.com/ldl-calculated>
- v Факторы риска хронического заболевания печени: алкоголь, вирусные гепатиты, ожирение, диабет, резистентность к инсулину, гиперлипидемия, прием гепатотоксичных 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 нефротоксичными препаратами
- vii рСКФ: использовать формулу СКД-EPI на основании уровня креатинина в сыворотке крови, гендерной принадлежности, возраста и этнической принадлежности, т. к. количественный анализ рСКФ действителен при > 60 мл/мин. В качестве альтернативы можно использовать сокращенную формулу модификации диеты при почечных заболеваниях (сМДПЗ) или формулу Кокрофта-Голта (КГ); см. <https://www.chip.dk/Tools-Standards/Clinical-risk-scores>
- 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, вторичный по отношению к заболеванию почечных клубочков и канальцев, и может использоваться для скрининга на токсичность АРВ-препаратов, стр. 74
- ix Разработаны различные модели для определения 5-летней шкалы риска ХЗП при использовании различных нефротоксичных АРВ-препаратов, с учетом как связанных, так и не связанных с ВИЧ факторов риска
- x Классические факторы риска: возраст (старше среднего), женский пол, гипонатризм, 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 инструмент для оценки риска переломов (FRAX®): <http://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, инфицированным ВГВ или ВГС (даже если ВГС вылечен и репликация ВГВ лекарственно подавлена) в условиях, где доступно лечение ГЦК. Хотя экономическая эффективность скрининга ГЦК у пациентов с фиброзом F3* является неопределенной, на основе индивидуальной оценки риска может рассматриваться эпиднадзор (<https://easl.eu/publications/clinical-practice-guidelines/>). У пациентов с ВГВ без цирроза скрининг ГЦК должен соответствовать современным рекомендациям EASL. Факторы риска ГЦК в этой группе населения включают: семейный анамнез ГЦК, этническую принадлежность (азиаты, африканцы), ВПЧ и возраст > 45 лет. Рекомендации EASL предлагают использовать методологию PAGE-B у пациентов европеоидной расы для оценки риска развития ГЦК, однако эта методология не была валидирована для применения у ЛЖВ, см. стр. 59, 81 и 115

* См. таблицу предельных значений неинвазивных тестов для выявления значительного фиброза и цирроза печени, стр. 121. Комбинация биомаркеров крови, комбинация измерения жесткости печени и анализов крови или повторных анализов может улучшить точность, см. Рекомендации EASL по лечению гепатита C 2020 – EASL – Дом гепатологии (для получения доступа необходима бесплатная регистрация)