

## **Методические рекомендации для врача-фтизиатра при диспансерном наблюдении, консультации пациентов с ВИЧ-инфекцией**

Врач-фтизиатр (обеспечивающий координацию работы с лицом, ответственным по вопросам ВИЧ-инфекции в медицинской организации) проводит:

1. Оказание организационно-методической помощи медицинским организациям, находящимся на территории обслуживания фтизиатрического кабинета (противотуберкулезного диспансера), по проведению флюорографических осмотров и туберкулинодиагностики 2 раза в год пациентам с ВИЧ-инфекцией.

2. Анализ противотуберкулезных мероприятий у ВИЧ-инфицированных в муниципальном образовании при предоставлении ежеквартального отчета из медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию пациентов с ВИЧ-инфекцией;

3. Назначение (в том числе дистанционное - при наличии направительного эпикриза – приложение 1 к настоящим методическим рекомендациям) схемы профилактического лечения туберкулеза с предоставлением соответствующего заключения фтизиатра, в основном:

- а) перед назначением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), при наличии одного из следующих показаний:
  - уровень CD4-клеток менее 350/мкл;
  - перенесенный ранее туберкулез.
- б) при выявлении уровня CD4-клеток менее 350/мкл;
- в) при появлении положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ туберкулина (инфильтрат 5 мм и более), если ранее эта реакция была отрицательной;
- г) при наличии гиперергической реакции на пробу Манту (папула 21 мм и более или папула любого размера с везикуло-некротической реакцией и/или явлениями лимфангоита) – после обязательного углубленного обследования и исключения активного туберкулеза;
- д) при выявлении контакта с больным туберкулезом.

Длительность превентивного лечения не менее 3 месяцев. При этом необходимо исключить заболевание туберкулезом лиц, имевших контакт с больными активным туберкулезом, независимо от стадии ВИЧ-инфекции и числа CD4-лимфоцитов.

Превентивное лечение туберкулеза проводится по схеме: изониазид из расчета 10 мг/кг массы + пиразинамид 25 мг/кг или этамбутол 25 мг/кг в течение 3 мес. (этамбутол назначается при наличии противопоказаний к назначению пиразинамида). Срок назначения превентивного лечения для случаев, предусмотренных пунктом «а» – до восстановления критического уровня CD4 в иммунограмме (до уровня не менее 200/мкл); Лечение может сочетаться с антиретровирусной терапией (с учетом лекарственных взаимодействий).

Дальнейшая тактика определяется совместно инфекционистом и фтизиатром. При наличии одного или нескольких выше перечисленных показаний могут назначаться повторные курсы химиопрофилактики, но не ранее чем через 3 месяца после окончания предыдущего. При повышении показателей иммунного статуса, исчезновении клинических и лабораторных проявлений иммунодефицита повторные курсы химиопрофилактики туберкулеза могут не назначаться, но пациент продолжает систематически наблюдаться и проходить контрольные обследования у фтизиатра и инфекциониста, осуществляющего диспансеризацию пациента в связи с ВИЧ-инфекцией.

4. Проведение коррекции лечебных и предупредительных схем ПТП с учетом лекарственных взаимодействий с другими препаратами, в т.ч. при получении больным высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ);

5. Учет возможности прогрессирования туберкулезного процесса на фоне адекватного лечения туберкулеза в первые 12 недель лечения ВИЧ-инфекции с применением ВААРТ (при развитии «синдрома восстановленного иммунитета»);

6. Представление учетной формы № 263/у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» при выявлении сочетанной патологии ВИЧ+туберкулез в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 13.11.2003г. № 547 «Об утверждении учетной формы № 263\у-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» в организационно-методический отдел ГБУЗ ИОПТД ежемесячно до 30 числа текущего месяца, с ведением учета подачи формы;

7. Ведение всех больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в 3 группе диспансерного учета не менее 3 лет.

### **При консультации больного с ВИЧ-инфекцией врач-фтизиатр должен:**

1. Проводить дифференциальную диагностику туберкулеза различной локализации (в т.ч. ЦНС, ЖКТ, мочеполовой системы, кожи) с учетом частого атипичного течения заболевания:

- с преобладанием симптомов интоксикации;
- со стертой рентгенологической картиной,
- с отсутствием бактериовыделения,
- с отсутствием реакции на туберкулин,
- с возможным сочетанием туберкулеза с различными оппортунистическими инфекциями;

2. При решении вопроса о тактике лечения, госпитализации в противотуберкулезное отделение учитывать очень высокий риск развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (60-80% пациентов):

- В стадии первичных проявлениях (2В),
- В стадии вторичных заболеваний (4)
- В терминальной стадии (5)
- При снижении уровня CD4-клеток ниже 200/мкл.

3. Учитывать возможность рецидива туберкулеза после успешного излечения в связи с иммунодефицитом при ВИЧ-инфекции, если больной не получает ВААРТ с хорошим подтвержденным эффектом.