

Клиническое руководство Колумбийского университета

Учебное руководство

МИРИАМ РАБКИН • ВАФАА ЭЛЬ-САДР • ЭЛЕЙН ЭЙБРАМЗ



ICAP

**Международный центр программ помощи и лечения при
СПИДе при Институте общественного здравоохранения
им. Мэйлмэна Колумбийского университета**



**СПИД Фонд Восток-Запад
(AIDS Foundation East-West — AFEW)**

Авторы

Мириам Рабкин, Вафаа Эль-Садр, Элейн Эйбрамз

Соавторы

Беверли Барбер, Алан Беркман, Уильям Берман,
Памела Коллинз, Эллен Купер, Мари Доноху,
Петер Гордон, Кебба Джоубарт, Ландон Майер,
Джудит Рабкин, Лизагей Робинсон, Розетт Серванга,
Патриция Торо, Марта Вибберт

Международный центр программ по СПИДу

Институт общественного здравоохранения им. Мэйлмэна Колумбийского университета

722 West 168th street, New York, NY 10032

Телефон: +1 212-342-0505; факс: +1 212-342-1824

«СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West — AFEW*).

Веб-сайт: www.afew.org

Эл. почта: info@afew.org

Авторские права

© 2004 Совет попечителей Колумбийского университета города Нью-Йорк (The Trustees of Columbia University in the City of New York). Все права защищены. Данный документ разрешается воспроизводить полностью любым тиражом для некоммерческих программ в области здравоохранения. При любом использовании данного документа должны быть упомянуты его авторы, а также Международный центр программ по СПИДу при Институте общественного здравоохранения им. Мэйлмэна Колумбийского университета. Использование документа в коммерческих целях запрещено.

© 2005 Перевод «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West — AFEW*)



ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

В настоящее время Россия занимает одно из первых мест в мире по темпу распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 7 сентября 2005 года в России официально зарегистрировано 328 978 ВИЧ-инфицированных, однако, по оценкам того же Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, реальное количество инфицированных составляет от 1 до 1,5 млн человек. При поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Всемирного банка, а также за счет использования собственных ресурсов в ближайшее время десятки тысяч ВИЧ-инфицированных начнут получать противовирусную комбинированную терапию. Готовы ли медицинские работники к этому? К сожалению, некоторые медицинские работники не понимают, что назначение терапии — это только часть решения проблемы, причем самая простая. Гораздо сложнее поддерживать бесперебойное снабжение препаратами, обеспечивать необходимый уровень лабораторных исследований (вирусная нагрузка, тест на резистентность), стимулировать приверженность пациента терапии.

В связи с этим публикация Клинического руководства Колумбийского университета (2004 г.) является очень важной и своевременной. Особенно существенным является комплексный подход к вопросам лечения ВИЧ-инфекции.

В основе Клинического руководства лежат рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В рекомендациях по лечению ВИЧ-инфекции у взрослых представлена клиническая рабочая классификация ВОЗ. Положительным является то, что представлены не только клиническое состояние, но и критерии предположительного диагноза и критерии окончательного диагноза. Однако, к сожалению, в данном руководстве в разделе по лечению ВИЧ-инфекции у детей не представлены клинические и иммунологические классификации Центра по контролю заболеваемости (CDC) США. Также важно было бы включить в настоящее издание отечественную классификацию академика В. И. Покровского.

В руководстве предлагается начинать лечение как можно раньше с использованием препаратов первой группы, а затем, в случае неудачи, переходить на альтернативные схемы. На наш взгляд, назначение первой группы препаратов играет решающее значение в успехе терапии. Должны назначаться максимально мощные лекарства, снижающие вирусную нагрузку до неопределяемого уровня, — это позволяет в течение длительного времени избегать резистентности и назначения повторных схем, которые, как правило, менее эффективны, чем первая линия терапии. В рекомендациях настоящего руководства терапия назначается без учета вирусной нагрузки, что, по нашему мнению, является нецелесообразным. Такая терапия дает только временный эффект, может привести к быстрому развитию резистентности и в дальнейшем — к неэффективности терапии.

Значительное внимание в данном издании уделяется вопросам приверженности терапии. Это связано с тем, что практически ни при одном другом заболевании нет такой тесной взаимосвязи между соблю-

дением режима приема препаратов и эффективностью лечения, как при ВИЧ-инфекции. Малейшие нарушения приема лекарств могут привести к развитию резистентности и ухудшению результатов терапии, поэтому так важен мультидисциплинарный подход по поддержке людей, получающих противовирусную терапию.

Возможно ли обеспечить десятки тысяч человек, находящихся на лечении, такой поддержкой? Опыт Бразилии дает однозначный ответ — да, возможно. Но для этого необходимы желание и заинтересованность.

Говоря о приверженности терапии, нельзя не подчеркнуть, что одним из главных объективных показателей является показатель вирусной нагрузки, поэтому говорить о полноценном лечении ВИЧ-инфекции без регулярного лабораторного мониторинга (как минимум анализов CD4 и вирусной нагрузки) нельзя.

Одной из проблем, которая становится все более и более актуальной, является проблема побочных действий препаратов. Чем длительнее лечение, тем чаще возникает этот вопрос. Особенно сложно решить вопрос о замене терапии в том случае, когда она проводится успешно, вирусная нагрузка ниже порога определения, а побочные действия препаратов выражены умеренно. Отдельные симптомы, указанные в таблице № 4 (лихорадка, головная боль, утомляемость), не всегда можно назвать следствием побочного действия препаратов. Так, лихорадка может быть показателем как эффективной терапии (восстановление иммунного статуса), так и неэффективной (присоединение вторичных инфекций).

Мучительная головная боль является общемозговым симптомом и отмечается как при воспалительных заболеваниях центральной нервной системы (менингоэнцефалит), так и при объемных процессах головного мозга (лимфома, абсцессы). Нарастающая утомляемость — симптом, указывающий на прогрессирование ВИЧ-инфекции.

Вышеуказанные симптомы могут трактоваться как следствие побочного действия препарата только в сочетании с другими симптомами. Так, при назначении абакавира возможно появление лихорадки, генерализованной крапивницы, тошноты, головной боли, а при лечении зидовудином — головной боли, тошноты, утомляемости.

На наш взгляд, не является оптимальной замена невирапина при поражении кожи III степени тяжести (таблица № 5) таким препаратом, как абакавир, наиболее частым побочным действием которого также является тяжелое поражение кожи — генерализованная крапивница.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что, несмотря на вышеперечисленные вопросы, указывающие на необходимость адаптировать руководство в соответствии с реальностью сегодняшнего дня, одним из важнейших его достоинств является комплексный подход к проблеме лечения ВИЧ-инфекции.

*Воронин Е. Е., профессор, д. м. н.,
главный врач Республиканской клинической
инфекционной больницы Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию*

СОДЕРЖАНИЕ



Введение

Раздел 1. Согласованная семейная помощь

Глава 1.1. Согласованная семейная помощь 11

Раздел 2. Приверженность

Глава 2.1. Приверженность: общие подходы 17

Глава 2.2. Приверженность к помощи 31

Глава 2.3. Приверженность к терапии 37

Глава 2.4. Приверженность в педиатрической практике 43

Раздел 3. Психосоциальная помощь

Глава 3.1. Оценка психосоциального статуса 55

Глава 3.2. Поддерживающее консультирование: общие подходы 61

Глава 3.3. Раскрытие ВИЧ-статуса 71

Глава 3.4. Раскрытие ВИЧ-статуса в педиатрической практике: разговор с ребенком о ВИЧ-инфекции 81

Глава 3.5. Профилактика среди ВИЧ-инфицированных 99

Раздел 4. Питательный статус

Глава 4.1. Оценка питательного статуса и организация полноценного питания у взрослых 105

Глава 4.2. Оценка питательного статуса и организация полноценного питания у детей 111

Раздел 5. Помощь ВИЧ-инфицированным взрослым

Глава 5.1. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным взрослым 131

Глава 5.2. Профилактика оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных взрослых 149

Глава 5.3. Антиретровирусная терапия у ВИЧ-инфицированных взрослых 155

Глава 5.4. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным беременным 181

Глава 5.5. Диагностика и лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции 201

Глава 5.6. Депрессия 215

Глава 5.7. Репродуктивное здоровье и контрацепция 225

Раздел 6. Помощь ВИЧ-инфицированным детям

Глава 6.1. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей 235

Глава 6.2. Медицинская помощь детям, подвергшимся риску заражения ВИЧ 247

Глава 6.3. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным детям 257

Глава 6.4. Антиретровирусная терапия у детей 279

Раздел 7. Помощь помогающим

Глава 7.1. Помощь помогающим 313

ВВЕДЕНИЕ



Международный центр программ помощи и лечения при СПИДе (МЦПС) при Институте общественного здравоохранения им. Мэйлмэна Колумбийского университета поддерживает программы, направленные на укрепление здоровья и улучшение медицинской помощи ВИЧ-инфицированным во всем мире. Предоставляя содействие в самых разных областях — от санитарного просвещения больных до антиретровирусной терапии — и ориентируясь на нужды семьи, программы МЦПС, например «Расширенная инициатива по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus) и «Международная антиретровирусная программа Колумбийского университета» (МСАР), обеспечивают высококачественную помощь ВИЧ-инфицированным взрослым и детям.

В рамках программ МЦПС больные получают доступ к регулярному клиническому и лабораторному обследованию, лечебному питанию, диагностике, помощи по вопросам планирования семьи, профилактике и лечению оппортунистических инфекций и антиретровирусной терапии. Многопрофильные бригады специалистов занимаются обучением и консультированием пациентов, оказывают им психологическую и социальную поддержку, проводят патронаж больных. Вся эта деятельность ведется с учетом культурных и этнических особенностей местного населения. Кроме того, программы МЦПС предусматривают взаимодействие с местными структурами и организациями, в том числе занимающимися санитарным просвещением населения и социальной работой.

Опорные пункты МЦПС располагаются как в городах, так и в сельской местности; они создаются в странах с разнообразными культурными и этническими традициями. Поскольку работа ведется в соответствии с местными и национальными требованиями, в деятельности программ на местах много различий. Тем не менее все опорные пункты получают такую поддержку, которая позволяет им обеспечить базовый набор медицинских услуг, описанных в данном руководстве. Стандартизированные клинические протоколы упрощают снабжение препаратами и расходными материалами, подго-



ICAP

товку и переподготовку персонала, оценку эффективности программ и контроль качества. Использование единых протоколов, кроме того, обеспечивает больным высококачественную помощь независимо от места ее оказания.

В *Клиническом руководстве* описывается набор необходимых медицинских услуг, даются рекомендации по их внедрению, приводятся клинические протоколы и схемы лечения. Эта информация предназначена для того, чтобы расширить возможности работников здравоохранения; она не подменяет собой накопленные ими знания и опыт, а обогащает их.

Ожидается, что протоколы по оказанию помощи и лечению ВИЧ-инфицированных с течением времени будут меняться. *Клиническое руководство* регулярно обновляется; оно издается в двух версиях — печатной и электронной — и построено таким образом, чтобы в него было легко вносить изменения. В настоящее время имеются версии документа на английском, французском, испанском, португальском и тайском языках. Авторы будут признательны за любые предложения, поправки и критические оценки.

РАЗДЕЛ 1. СОГЛАСОВАННАЯ СЕМЕЙНАЯ ПОМОЩЬ



СОГЛАСОВАННАЯ СЕМЕЙНАЯ ПОМОЩЬ

Что такое согласованная семейная помощь?

Согласованная семейная помощь — это система оказания помощи больным с множественными проблемами, для которых особенно важно тесное взаимодействие медицинских и социальных служб. Согласованная семейная помощь держится на трех китах — оценка потребностей, взаимодействие и поддержка. Поскольку проблемы самих больных тесно взаимосвязаны с проблемами их семей и всего общества, специалистам по ВИЧ-медицине нужно учитывать потребности всех членов семьи больного.

Почему важна согласованная семейная помощь?

Накопленный опыт оказания помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом говорит о том, что координация работы медицинских и социальных служб и взаимодействие между их сотрудниками позволяют добиться наилучших результатов в плане здоровья и благополучия больного. Члены многопрофильной бригады по отдельности представляют собой как бы детали головоломки. Постоянное и упорядоченное взаимодействие членов бригады друг с другом позволяет сложить головоломку, а это, в свою очередь, помогает выявить преграды на пути к оздоровлению и разработать план действий, ориентированный на пациента и его семью. Такой подход позволяет повысить качество помощи, усилить приверженность к лечению, дать им силы продолжать полноценную жизнь. Если программой охвачены сразу несколько членов семьи, их возможности поддерживать друг друга возрастают.

- *Согласованная семейная помощь подразумевает взаимодействие между медицинскими и социальными работниками, оказывающими помощь одному и тому же больному.* Например, консультант узнает, что в доме пациентки недавно поселилась свекровь, а лечащий врач — что болезнь начала прогрессировать. Только поделившись этой информацией друг с другом, консультант и врач смогут догадаться, что пациентка перестала принимать антиретровирусные препараты, пытаясь скрыть свой ВИЧ-статус от

**В состав
многопрофильной
бригады могут войти:**

- Консультанты
- Наставники из числа больных
- Социальные работники
- Диетологи
- Фармацевты
- Патронажные работники
- Медицинские сестры
- Врачи
- Другие

свекрови. И только обсудив ситуацию с самой пациенткой, они смогут найти выход из положения и помочь ей.

- *Согласованная семейная помощь подразумевает взаимодействие между медицинскими и социальными работниками, оказывающими помощь разным членам одной семьи.* Например, педиатр диагностирует у ребенка задержку физического развития, другой врач выявляет у матери туберкулез, а патронажная сестра узнает, что состояние здоровья матери не позволяет ей работать на приусадебном участке и что в семье не хватает еды. Встретившись друг с другом и обсудив проблемы данной семьи, специалисты по ВИЧ-медицине могут составить полную картину и разработать план помощи ребенку и его матери.

Кто должен участвовать в оказании согласованной семейной помощи?

Существует много успешных вариантов организации помощи ВИЧ-инфицированным, но все они основаны на взаимодействии между собой медицинских и социальных служб разного профиля. Лучше всего создавать многопрофильные бригады, члены которых (медицинский персонал, консультанты, патронажные и социальные работники) регулярно (обычно еженедельно) собираются вместе и обсуждают проблемы того или иного пациента (см. ниже).

Идея создания многопрофильных бригад в некоторых странах может оказаться новаторской, особенно там, где многоуровневая система здравоохранения издавна способствовала расслоению персонала и исключала равноправное партнерство между врачами и другими медицинскими работниками. Важно осознать, что вклад каждого члена бригады одинаково ценен и что немедицинский персонал (консультанты, наставники из числа больных, патронажные работники и другие) имеют доступ к такой информации, которую никогда не смогут получить врачи и медицинские сестры. Подчеркнем, что многопрофильный подход к организации помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом был с успехом внедрен и получил восторженные оценки во многих странах с самым разнообразным жизненным укладом.

Каким образом оказывается согласованная семейная помощь?

Основной принцип согласованной семейной помощи — ориентированность на пациента и концентрация на семье. При правильной организации

она всесторонняя, комплексная и действенная. Согласованная семейная помощь складывается из следующих компонентов.

- Изначальная оценка потребностей больного с учетом семейной ситуации, социально-экономического положения и возможных препятствий для получения помощи.
- Разработка плана оказания помощи больному и его семье.
- Регулярный обмен информацией между медицинскими и социальными работниками, оказывающими помощь разным членам семьи (с разрешения больного).
- Координация работы служб, задействованных в претворении плана помощи в жизнь.
- Наблюдение за больным для оценки эффективности оказываемой помощи.
- Регулярная повторная оценка потребностей больного и при необходимости — корректировка плана помощи.

Как проводятся совещания многопрофильной бригады?

Еженедельные встречи членов многопрофильной бригады — лучший способ взаимодействия, обмена информацией, разработки плана помощи и контроля за его исполнением. Поначалу выделять время для таких встреч может оказаться непросто, однако потраченные усилия окупятся в итоге легкостью взаимодействия и высокой эффективностью помощи. Важно, чтобы встречи посещали и медицинские (врачи, медицинские сестры, должностные лица), и немедицинские работники (патронажные работники, консультанты, фармацевты, работники санитарного просвещения). Лучше всего, если руководитель бригады — обычно медицинская сестра, консультант или социальный работник — заранее составит список обсуждаемых на этой неделе больных и перечень других вопросов, раздаст его членам бригады и возглавит совещание.

Обычно каждую неделю обсуждаются некая доля больных (например, одна четверть), а также все неотложные и экстренные проблемы. Обсуждение ведется по списку, по каждому из больных дается краткая информация и озвучиваются ключевые проблемы. Членов бригады просят высказаться,

руководитель бригады намечает мероприятия на следующую неделю и записывает их. Записи впоследствии включаются в историю болезни. Нередко одному из членов бригады поручают проследить за выполнением плана и удостовериться, что все намеченное выполнено. Подобная организация работы позволяет наблюдать за выполнением планов помощи и оценивать их эффективность, обмениваться имеющейся у разных членов бригады информацией, поддерживать отношения товарищества и взаимопомощи между специалистами разного профиля.

РАЗДЕЛ 2. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ: ОБЩИЕ ПОДХОДЫ

Что такое приверженность?

Под приверженностью понимают осознанное и прилежное участие больного в оказании помощи самому себе. Это понятие более широкое, чем «соблюдение предписаний» (то есть точность выполнения сделанных работниками здравоохранения назначений); оно подразумевает понимание больным смысла мероприятий, его желание лечиться и сотрудничество с медицинскими и социальными работниками. Приверженность складывается из принятия больным плана помощи и следования этому плану, выполнения плановых лабораторных исследований и своевременных визитов к врачу, приема назначенных препаратов, изменения образа жизни согласно рекомендациям и избегания опасных форм поведения. Основные составляющие приверженности — это приверженность к *помощи* и приверженность к *терапии*, однако сводить это понятие к арифметической сумме его компонентов было бы неверно.

Для больных, получающих антиретровирусные препараты, приверженность к терапии — ключ к успеху лечения. Чтобы подавить репликацию ВИЧ и избежать появления резистентных штаммов возбудителя, нужно практически неукоснительно соблюдать режим приема таблеток. Если больные пропускают прием очередных доз или нерегулярно принимают препараты, у вируса развивается устойчивость к ним и они перестают действовать. Пропущенные дозы препаратов — всеобщая проблема, поэтому все больные нуждаются в мероприятиях, призванных укрепить их приверженность и добиться приема 100% назначенных препаратов. Риск несоблюдения схемы лечения очевиден и сопряжен с такими тяжелыми последствиями, что оценка приверженности и укрепляющие приверженность мероприятия во всем мире являются неотъемлемой частью программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции. *В клинических рекомендациях подчеркивается, что антиретровирусную терапию никогда не проводят без сопутствующих мероприятий, призванных укрепить приверженность.*

В этой главе обсуждаются общие подходы к оценке и поддержанию приверженности. Приверженность к помощи обсуждается в главе 2.2, приверженность к терапии — в главе 2.3. Особенности формирования приверженности среди детей — предмет главы 2.4.

Почему важно *поддерживать* приверженность?

Казалось бы, чего проще — попросить больного регулярно посещать врача и принимать как положено лекарственные средства, и проблема будет решена. На деле же мало кто из нас может похвастаться тем, что он ни разу не пропускал визитов к врачу и не забывал принять назначенный препарат. Исследования показывают, что во всем мире больные, страдающие артериальной гипертонией, сахарным диабетом, эпилепсией, ВИЧ-инфекцией и другими хроническими заболеваниями, время от времени отклоняются от предписанного лечения. Некоторых отвлекают насущные проблемы, в частности уход за ребенком, работа, путешествия. Другие просто не понимают инструкций, данных врачом, третьи не осознают важности соблюдения схемы лечения, четвертые же настолько больны, что без посторонней помощи не в состоянии сами регулярно принимать лекарства. Кроме того, на дисциплинированность пациентов могут пагубно повлиять различные события, например семейный конфликт или новое заболевание.

Исследования также показывают, что мероприятия по поддержанию приверженности значительно повышают способность больных последовательно и безошибочно соблюдать схему лечения. От этих мероприятий выигрывают все пациенты — и неграмотные деревенские жители, и выпускники лучших университетов. Однако это вовсе не означает, что для разных категорий больных применяются одни и те же способы поддержания приверженности.

Какие способы поддержания приверженности наиболее эффективны?

Многопрофильная бригада, описанная в главе 1.1, играет решающую роль в формировании приверженности. Объединенные усилия врачей, медицинских сестер, фармацевтов, консультантов, патронажных работников и наставников из числа больных, направленные на достижение одной цели — укрепить приверженность больного, оказывают мощнейшее воздействие. Ключевыми моментами служат полноценное общение и понимание трудностей, стоящих перед больными. Недостаточно просто снабдить пациента информацией — зачем нужно принимать таблетки и как это правильно делать. Знания, конечно же, необходимы, но они не всегда трансформируются в правильный образ действий.

Преграды на пути к лечению:

- Организационные
- Психосоциальные
- Медикаментозные

Лучше всего, если система формирующей приверженности мероприятий ориентирована на нужды конкретного больного; первым шагом при таком подходе служит начальная оценка приверженности, которая позволяет выявить стоящие перед больным преграды. В приложении А дается образец опросника для начальной оценки приверженности, который может быть адаптирован в соответствии со специфическими требованиями той или иной лечебной программы. Оценка психосоциального статуса, которой посвящена глава 3.1, тоже позволяет выявить преграды, стоящие на пути к лечению. После того как произведена начальная оценка готовности к лечению, разрабатывается индивидуальный план мероприятий по формированию приверженности.

Обучение, консультирование и поддержка, оказываемая по принципу «равный — равному», которые обсуждаются в последующих главах, оказывают благотворное воздействие абсолютно на всех больных и потому проводятся в обязательном порядке. Многие больные нуждаются в дополнительных мероприятиях, нередко элементарных: одним нужны «напоминательные» посещения на дому накануне визитов к врачу, другим — контейнеры для таблеток или аптечки-органайзеры. Третьим необходимы более сложные вмешательства: помочь излечиться от алкоголизма, подобрать компаньона по лечению, придумать, как объяснить строгой свекрови частые отлучки невестки в клинику.

Преграды, стоящие на пути к лечению, можно разделить на три группы: организационные, психосоциальные и медикаментозные.

Организационные преграды

Огромное влияние на приверженность больного и эффективность лечения оказывают социально-бытовые проблемы, в частности проблемы с транспортом. Выявив эти преграды, многопрофильная бригада сможет помочь больному преодолеть их. Например, стоит поинтересоваться у пациента, легко ли ему добираться до клиники, должен ли он платить за проезд, удобны ли для него часы приема специалистов, кто будет присматривать за детьми во время отсутствия матери. Организационные преграды затрудняют и медикаментозное лечение. Например: назначен препарат, который нужно хранить на холоде, а у больного нет холодильника; работа пациента связана с постоянными разъездами по стране, что не дает ему возможности вовремя посещать врача.

Психосоциальные преграды

Даже при самом удачном стечении обстоятельств поддержание приверженности — непростая задача. Поэтому оценка психосоциального статуса

пациента, позволяющая выявить дополнительные преграды, имеет перво-степенное значение. На приверженность влияют медицинские предпочтения больного, предшествующий опыт лечения, одиночество, боязнь стать изгоем, заблуждения относительно ВИЧ-инфекции и методов ее лечения. Препятствием могут стать отсутствие поддержки со стороны семьи, необходимость скрывать свой диагноз, неграмотность, языковой барьер между пациентом и врачом. Серьезной преградой на пути к лечению служат психические расстройства, в частности депрессия (см. главу 5.6), и алкоголизм.

Медикаментозные преграды

Одними препаратами лечиться легче, другими — сложнее. На приверженность влияют размер и количество таблеток, их вкус, кратность приема препарата и его совместимость с пищевыми продуктами. Побочные эффекты, даже слабовыраженные, также сказываются на желании больного принимать тот или иной препарат. Предупреждая больных заранее о возможных побочных эффектах, объясняя, как с помощью пищи можно скрыть неприятный вкус таблеток, и проверяя во время каждого визита, как они принимают лекарства, можно преодолеть или свести к минимуму подобные преграды.

Проблема поддержания приверженности далеко не исчерпывается начальной оценкой. Больные нуждаются в ободрении и практических советах во время каждого визита. Нужно регулярно оценивать приверженность пациента с помощью опросника (см. ниже) и время от времени обсуждать и пересматривать план осуществляемых многопрофильной бригадой мероприятий. В приложении Б представлен опросник для текущей оценки приверженности, которая должна проводиться раз в три месяца у каждого больного.

Почему важна оценка приверженности?

Исследования показывают, что медицинские работники не в состоянии правильно указать, какие больные привержены к лечению, а какие — нет. Среди медицинских работников бытует множество заблуждений, например о том, что более образованные пациенты лучше соблюдают схему лечения, или о том, что хорошее самочувствие свидетельствует о приверженности пациента к лечению. Все эти представления неверны. Отказываясь от регулярной оценки приверженности с помощью опросника, медицинские работники не получают объективной информации о пациенте и утрачивают шанс вовремя вмешаться и провести укрепляющие приверженность мероприятия.

Кто должен оценивать приверженность?

Самый простой ответ — все. Чтобы получить полную картину, в оценке приверженности должны участвовать разные члены многопрофильной бригады. Врач может не спросить больного и не узнать о том, что он не ходит на консультации, а консультант — о пропуске визитов к врачу. Пациенты зачастую не хотят признаваться врачам, выписывающим препараты, в том, что они их не принимают, но охотно обсуждают эту проблему с другими членами бригады, в частности с наставниками из числа больных. Многопрофильный подход, в рамках которого оценку приверженности по опроснику проводит не врач, а другой член бригады, представляется наиболее успешным в плане получения информации о соблюдении схемы лечения.

Когда нужно оценивать приверженность?

Как уже говорилось, начальная оценка приверженности проводится у всех больных перед включением их в программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. В дальнейшем медицинские и социальные работники должны уделять внимание приверженности при каждой встрече с больным. Нужно убедиться, что пациент не пропускает визитов к специалистам, проходит все запланированные лабораторные исследования и принимает все назначенные ему препараты согласно предписаниям. Дисциплинированный пациент заслуживает похвалы, у недисциплинированного следует поинтересоваться о причинах отклонений от плана лечения.

Накопленный опыт показывает, что регулярная оценка приверженности с помощью опросника позволяет выявить новые трудности и преграды, встающие перед больным, тогда как в обычных беседах между пациентом и врачом они часто ускользают из виду. Приверженность меняется на протяжении времени, поэтому члены многопрофильной бригады не должны рассчитывать на то, что дисциплинированный в прошлом пациент будет и далее неукоснительно придерживаться плана лечения. Разумно оценивать приверженность один раз в три месяца; опросник для текущей оценки дается в приложении Б. Кроме того, рекомендуется внеплановая оценка приверженности в случае изменения жизненного уклада (например, рождение ребенка, переезд, смена работы) или плана помощи больному (например, начало антиретровирусной терапии).

Приложение А. Опросник для начальной оценки приверженности

Организационные преграды

1. Как пациент добирается до клиники (пешком, на велосипеде, на автомобиле, на автобусе, другим способом)?
2. Не тяжело ли пациенту добираться до клиники? Устает ли он от дороги?
3. Сколько времени в среднем занимает дорога до клиники?
4. Должен ли пациент платить за дорогу?
5. Оплачивает ли пациент услуги клиники?
6. Как в целом пациент оценивает дорогу до клиники (легкая, средней тяжести, тяжелая)?
7. Пропускает ли пациент работу (работу по найму, работу на приусадебном участке, домашнюю работу, другое) или занятия в школе в те дни, когда посещает клинику?
8. Удобны ли для пациента часы работы клиники?
9. Приходилось ли пациенту раньше посещать учреждения здравоохранения (женскую консультацию, противотуберкулезный диспансер, другие)? Если да, пропускал ли он запланированные визиты? Почему?

Какое положение больного?

Организационные преграды отсутствуют или незначительны	Имеются организационные преграды	Серьезные организационные преграды
Организационные вопросы не должны повлиять на приверженность. Дорога в клинику относительно легка, финансовых ограничений нет, часы работы клиники удобны для пациента. Ему не приходится пропускать работу или занятия в школе и отказываться от домашних дел из-за визитов в клинику. Никакие вмешательства не требуются.	Организационные вопросы могут повлиять на приверженность. Пациенту иногда бывает трудно посетить клинику из-за неудобной дороги, стоимости проезда, неудобных часов работы или из-за необходимости пропускать работу, занятия в школе, отказываться от домашних дел. Рекомендуются вмешательства, направленные на преодоление организационных преград.	Организационные вопросы, скорее всего, отразятся на приверженности. Посещение клиники для пациента всегда сопряжено с трудностями — из-за неудобной дороги, стоимости проезда, неудобных часов работы или из-за необходимости пропускать работу, занятия в школе, отказываться от домашних дел. Необходимы вмешательства, направленные на преодоление организационных преград.

Психосоциальные преграды (осведомленность и ожидания; медицинские предпочтения; психические расстройства и злоупотребление наркотическими веществами; сокрытие диагноза и боязнь стать изгоем)

А. Осведомленность и ожидания

1. Как пациент узнал о клинике, кто порекомендовал ему в нее обратиться? Что рассказал ему этот человек о программе?
2. Знает ли пациент других больных, охваченных программой? Если да, то кого именно? Обсуждали ли они между собой программу?
3. Обращался ли пациент в эту клинику ранее? Если да, то каковы его впечатления? Доволен ли он оказанной помощью, качеством услуг?
4. Что ожидает пациент от программы? Что, по его мнению, будет происходить в следующем месяце, в следующем году?
5. Знает ли пациент, что ВИЧ-инфекция — это вирусное заболевание? Знает ли он, как передается инфекция, каким образом он ей заразился и как можно предотвратить передачу инфекции от него окружающим?
6. Знает ли пациент, что ВИЧ-инфекция — это неизлечимое заболевание и что, однажды начав принимать препараты, он должен будет продолжать лечение всю жизнь?

Каково положение больного?		
Преграды, связанные с осведомленностью и ожиданиями, отсутствуют или незначительны	Имеются преграды, связанные с осведомленностью и ожиданиями	Серьезные преграды, связанные с осведомленностью и ожиданиями
Ожидания пациента не должны повлиять на приверженность. Пациент знает, какая помощь оказывается при ВИЧ-инфекции и СПИДе, доверительно относится к программе и не имеет неоправданных ожиданий относительно помощи и лечения.	Ожидания пациента могут повлиять на приверженность. Разумно провести консультацию и снабдить пациента дополнительной информацией по вопросам помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе, рассказать ему о клинических протоколах и о том, что следует ожидать от участия в программе.	Ожидания пациента, скорее всего, отражаются на приверженности. Он не знаком с помощью, которая оказывается при ВИЧ-инфекции и СПИДе, имеет неоправданные ожидания или был разочарован медицинской помощью, которую получил в прошлом. Пациенту требуются консультации, обучение и обучение.

Б. Медицинские предпочтения

7. Лечится ли пациент где-либо постоянно? Если да, то у кого он лечится?
8. Когда в последний раз пациент навещал знахаря или пользовался средствами альтернативной медицины, травмами, домашними средствами-вами? По поводу каких симптомов проводилось лечение? Был ли он доволен результатами?
9. Наблюдается ли пациент в настоящее время у знахаря? Собирается ли он посещать его после включения в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе в данной клинике?
10. Пользуется ли пациент в настоящее время средствами альтернативной медицины, травмами, домашними средствами? Собирается ли он продолжать это лечение после включения в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе в данной клинике?

Каково положение больного?		
Преграды, связанные с медицинскими предпочтениями, отсутствуют или незначительны	Имеются преграды, связанные с медицинскими предпочтениями	Серьезные преграды, связанные с медицинскими предпочтениями
Представления пациента о медицине не должны повлиять на приверженность. Он доверяет данной клинике и носителям официальной, «западной» медицины. Он не получает противоречивую информацию о лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа из сомнительных источников и не пользуется средствами альтернативной медицины или травмами, которые противопоказаны при антитретовирусной терапии. Если пациент и будет навещать своего знахаря, сделанные им рекомендации он готов обсудить с бригадой специалистов по ВИЧ-медицине и без ее одобрения не применять на практике. Никакие вмешательства не требуются.	Представления пациента о медицине могут повлиять на приверженность. Не исключено, что пациент проявляет недоверие к данной клинике или носителям официальной, «западной» медицины. Он пользуется услугами представителей альтернативной медицины или получает информацию из сомнительных источников, которая не совпадает с рекомендациями, принятыми в рамках программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, и не подкрепляет их. Бригада специалистов по ВИЧ-медицине не уверена, что пациент сообщит ей о травмах или других средствах, которые он использует. Желательны дополнительные консультации.	Представления пациента о медицине, скорее всего, отразятся на приверженности. Пациент не доверяет данной клинике или носителям официальной, «западной» медицины, имеет ошибочные представления о природе ВИЧ-инфекции и СПИДа и их лечении. Он пользуется услугами представителей альтернативной медицины или получает информацию из сомнительных источников, которая противоречит рекомендациям, принятым в рамках программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, или дезавуирует их. Пациент принимает (или с большой вероятностью будет принимать) рекомендации, которые противопоказаны при антитретовирусной терапии. Необходимы дополнительные обучение и консультации.

В. Психические расстройства и злоупотребление наркотическими веществами

11. Была ли у пациента когда-либо депрессия? Нет ли у него сейчас симптомов депрессии (см. главу 3.5)?
12. Употребляет ли пациент алкоголь? Если да, то как часто и как много алкоголя он употребляет? Как отражается прием алкоголя на повседневной жизни пациента?
13. Употребляет ли пациент наркотики ? Если да, то как часто и в каких количествах? Как отражается употребление наркотиков на повседневной жизни пациента?

Какво положение больного!		
Преграды, связанные с психическими расстройствами и злоупотреблением наркотическими веществами, отсутствуют или незначительны	Имеются преграды, связанные с психическими расстройствами и злоупотреблением наркотическими веществами	Серьезные преграды, связанные с психическими расстройствами и злоупотреблением наркотическими веществами
Психических расстройств и злоупотребления наркотическими веществами нет, и они не могут повлиять на приверженность. Не требуется ни лечения, ни консультирования.	Психическое расстройство или злоупотребление наркотическими веществами могут повлиять на приверженность. Желательны консультирование или лечение.	Психическое расстройство или злоупотребление наркотическими веществами, скорее всего, отразятся на приверженности. Необходимы консультирование и лечение.

Г. Сокращение диагноза и боязнь стать изгоем

14. Рассказывал ли пациент кому-либо о том, что он инфицирован ВИЧ (см. главу 3.3)?
15. Если пациент кому-либо рассказал о своем диагнозе, то кому именно? Какие благоприятные последствия имело его признание? Какие неблагоприятные последствия имело его признание?
16. Осведомлены ли домашние о ВИЧ-статусе пациента?
17. Если пациент никому не рассказывал о своем диагнозе, то почему? Что, по его мнению, может случиться плохого после признания?

Какво положение больного!		
Преграды, связанные с сокращением диагноза и боязнь стать изгоем, отсутствуют или незначительны	Имеются преграды, связанные с сокращением диагноза и боязнь стать изгоем	Серьезные преграды, связанные с сокращением диагноза и боязнь стать изгоем
Сокращение диагноза и боязнь стать изгоем не должны повлиять на приверженность. Пациенту оказывается социальная поддержка либо у него есть компаньон по лечению. Пациент не возражает против включения в группу поддержки (или уже включен в нее) и не чувствует необходимости скрывать свои визиты в клинику и прием лекарств от домочадцев.	Сокращение диагноза и боязнь стать изгоем могут повлиять на приверженность. Пациент не имеет надежной социальной поддержки. Ему пойдут на пользу консультирование и включение в группу поддержки.	Сокращение диагноза и боязнь стать изгоем, скорее всего, отразятся на приверженности. Пациент не может никому рассказать о своей ВИЧ-инфекции, не имеет родственников или друзей, способных поддержать его морально или оказать практическую помощь, чувствует необходимость скрывать ото всех свои визиты в клинику и прием лекарств. Необходимы консультирование и включение в группу поддержки.

18. Есть ли у пациента компаньон по лечению — друг или родственник, который вместе с ним посещал бы клинику и образовательные занятия, поддерживал в пациенте желание лечиться?
19. Участвовал ли пациент когда-либо в работе группы поддержки?

Заключение по результатам начальной оценки приверженности

Выявлены преграды:

Рекомендуемые вмешательства, консультации, направления:

Дальнейшие действия:

Приложение Б. Текущая оценка приверженности

Организационные преграды (текущая оценка приверженности)

Изменились ли ответы на следующие вопросы со времени начальной (или последней текущей) оценки приверженности? Если да, отметьте то, что изменилось.

1. Как пациент добирается до клиники (пешком, на велосипеде, на автомобиле, на автобусе, другим способом)?
2. Не тяжело ли пациенту добираться до клиники? Устает ли он от дорог?
3. Сколько времени в среднем занимает дорога до клиники?
4. Нет ли финансовых преград для посещения пациентом клиники (плата за дорогу, плата за медицинские услуги, другое)?
5. Как в целом пациент оценивает дорогу до клиники (легкая, средней тяжести, тяжелая)?
6. Пропускает ли пациент работу (работу по найму, на приусадебном участке, домашнюю работу, уход за детьми, другое) или занятия в школе в те дни, когда посещает клинику?
7. Удобны ли для пациента часы работы клиники?

Оцените участие пациента в программе на настоящий момент.

8. Пропускал ли пациент запланированные визиты в клинику или лабораторные исследования? Если да, то почему? Что случилось?
9. Не было ли таких случаев, когда пациент едва не пропустил запланированный визит в клинику или лабораторное исследование? Если да, то почему? Что случилось?
10. Что, по мнению пациента, надо изменить в работе программы, чтобы ему было удобнее посещать клинику?
11. Сталкивается ли пациент с какими-либо трудностями при хранении препаратов дома? Если да, то с какими?

Какво положение больного?		
Организационные преграды отсутствуют или незначительны	Имеются организационные преграды	Серьезные организационные преграды
Организационные вопросы не повлияли на приверженность. Дорога в клинику относительно легка, финансовых ограничений нет, часы работы клиники удобны для пациента. Ему не приходится пропускать работу или занятия в школе из-за визитов в клинику. Никакие вмешательства не требуются.	Организационные вопросы могут повлиять на приверженность. Пациенту бывает трудно посещать клинику из-за неудобной дороги, стоимости проезда, неудобных часов работы или из-за необходимости пропускать работу или занятия в школе. Рекомендуются вмешательства, направленные на преодоление организационных преград.	Организационные вопросы, скорее всего, отразятся (или уже отразились) на приверженности. Посещение клиники для пациента часто или всегда сопряжено с трудностями — из-за неудобной дороги, стоимости проезда, неудобных часов работы или из-за необходимости пропускать работу или занятия в школе. Необходимы вмешательства, направленные на преодоление организационных преград.

Психосоциальные преграды (текущая оценка приверженности)

А. Осведомленность и ожидания

1. Совпадают ли ожидания пациента с тем, что он реально получает от участия в программе помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе? Если нет, то в чем различия?

2. Доволен ли пациент помощью, которую он сейчас получает? Если нет, что нужно улучшить?
3. Осталось ли для пациента что-либо непонятным относительно его заболевания и его участия в программе помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе? Есть ли у него оставшиеся без ответа вопросы?

Б. Медицинские предпочтения

4. Посещает ли пациент консультации и образовательные занятия? Если нет, то почему?
5. Имеет ли пациент элементарные знания о ВИЧ-инфекции: как она передается, как влияет на человеческий организм, через какие стадии проходит заболевание и как они определяются, как лечатся ВИЧ-инфекция и СПИД, как предотвратить заражение окружающих? Если нет, то почему?
6. Лечится ли пациент еще где-нибудь, в том числе у знахаря (помимо программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе)? Если да, то какими именно услугами пользуется пациент и какие средства, в том числе травы, ему назначают?
7. Принимает ли пациент в настоящее время какие-либо средства альтернативной медицины, домашние средства, травы? Обсуждалось ли использование этих средств с персоналом программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, было ли оно одобрено?

В. Психические расстройства и злоупотребление наркотическими веществами

8. Имеются ли у пациента в настоящее время симптомы депрессии (см. главу 3.5)?
9. Имеются ли у пациента в настоящее время симптомы тревожного расстройства (см. главу 3.5)?
10. Употребляет ли пациент алкоголь? Если да, то как часто и как много алкоголя он употребляет? Как отражается прием алкоголя на повседневной жизни пациента?
11. Употребляет ли пациент наркотики? Если да, то какие именно, как часто и в каких количествах? Как отражается употребление наркотиков на повседневной жизни пациента?

Г. Скрытие диагноза и боязнь стать изгоем

12. Рассказал ли пациент кому-либо о том, что он инфицирован ВИЧ? Если да, то кому именно? Если нет, нуждается ли пациент в дополнительной консультации?
13. Есть ли у пациента компаньон по лечению — друг или родственник, который вместе с ним посещает клинику и образовательные занятия, поддерживает в пациенте желание лечиться?

Какво положение больного?		
Психосоциальные преграды отсутствуют или незначительны	Имеются психосоциальные преграды	Серьезные психосоциальные преграды
Психосоциальные проблемы (осведомленность и ожидания; медицинские предпочтения; психические расстройства и злоупотребление наркотическими веществами; сокрытие диагноза и боязнь стать изгоем) не повлияли на приверженность. Никакие вмешательства не требуются.	Психосоциальные проблемы (осведомленность и ожидания; медицинские предпочтения; психические расстройства и злоупотребление наркотическими веществами; сокрытие диагноза и боязнь стать изгоем) могут повлиять на приверженность. Рекомендуются дополнительные вмешательства.	Психосоциальные проблемы (осведомленность и ожидания; медицинские предпочтения; психические расстройства и злоупотребление наркотическими веществами; сокрытие диагноза и боязнь стать изгоем), скорее всего, отразятся на приверженности. Необходимы дополнительные вмешательства и поддержка.

14. Участвовал ли пациент когда-либо в работе группы поддержки? Если нет, то почему?
15. Приходится ли пациенту скрывать от кого-либо свои визиты в клинику или прием препаратов? Если да, нужно выяснить подробности.
16. Есть ли у пациента муж (жена) или половой партнер? Есть ли у него дети? Если есть, то прошли ли эти лица добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ? Если не прошли, то почему? Если прошли, то каковы результаты?
17. Имеются ли ВИЧ-инфицированные среди домочадцев пациента? Если да, охвачены ли они помощью и лечением? Если нет, то почему?

Медикаментозные преграды (текущая оценка приверженности)

1. Просмотрите историю болезни пациента и составьте список всех препаратов, которые он принимает в настоящее время.
2. Может ли пациент перечислить все назначенные ему препараты и описать, как именно их надо принимать?
3. Что предпринимает пациент, чтобы не забывать о приеме препаратов?
4. Использует ли он контейнер для таблеток, аптечку-органайзер или другие подобные средства? Если нет, нуждается ли он в таких средствах?
5. Нет ли среди принимаемых препаратов неприятных на вкус? Если да, знает ли пациент, как можно скрыть неприятный вкус лекарства? Не нужна ли ему дополнительная консультация?
6. Вызывают ли назначенные препараты побочные эффекты (тошноту, понос, другие)?
7. Не беспокоится ли пациент по поводу какого-нибудь из принимаемых препаратов? Если да, что именно беспокоит?
8. Пропускал ли пациент когда-либо прием препаратов? Если да, почему? Что случилось?
9. Не было ли таких случаев, когда пациент едва не пропустил прием препаратов? Если да, то почему? Что случилось?
10. Не сталкивался ли пациент с трудностями при возобновлении запаса препаратов (в клинике, в аптеке)? Если да, то почему? Что случилось?

Какое положение больного!		
Медикаментозные преграды отсутствуют или незначительны	Имеются медикаментозные преграды	Серьезные медикаментозные преграды
Медикаментозные преграды не повлияли на приверженность. Пациент понимает, как надо принимать препараты и соблюдать схему лечения. Трудностей, связанных с побочными эффектами, неприятным вкусом таблеток, их количеством и интервалом между дозами, нет. Пациент не забывает принимать препараты. Никакие вмешательства не требуются.	Медикаментозные преграды могут повлиять на приверженность. Пациент либо плохо понимает, как надо принимать препараты и соблюдать схему лечения, либо испытывает некоторые трудности, связанные с побочными эффектами, неприятным вкусом таблеток, их количеством и интервалом между дозами, либо иногда забывает принимать препараты. Рекомендуются дополнительные вмешательства, обучение и поддержка.	Медикаментозные преграды отразились на приверженности. Пациент не понимает, как надо принимать препараты и соблюдать схему лечения, испытывает серьезные трудности, связанные с побочными эффектами, неприятным вкусом таблеток, их количеством и интервалом между дозами, или забывает принимать препараты. Необходимы дополнительные вмешательства, обучение и поддержка.

Заключение по результатам текущей оценки приверженности

Выявлены преграды:

Рекомендуемые вмешательства, консультации, направления:

Дальнейшие действия:



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ПОМОЩИ

Что такое приверженность к помощи?

В главе 2.1 мы говорили, что под приверженностью понимают осознанное и прилежное участие больного в оказании помощи самому себе. Важно понять, что приверженность — это не только соблюдение больным схемы приема лекарственных средств. Чтобы подчеркнуть это, мы будем говорить о *приверженности к помощи* и о *приверженности к терапии* как о двух составляющих единого целого. «Приверженность к помощи» означает, что пациент посещает клинику, образовательные занятия и консультации, не возражает против посещений его на дому и других форм патронажа, выполняет все запланированные лабораторные исследования, изменяет образ жизни согласно рекомендациям и делает все возможное, чтобы предотвратить заражение окружающих. Понятие «приверженность к терапии» относится к приему назначенных препаратов.

В организации помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе есть одна особенность, которая может оказаться новой и для больных, и для персонала. Это — «непрерывность» помощи. В отличие от обычной медицинской помощи, оказываемой эпизодически, только при необходимости, «непрерывная» помощь осуществляется постоянно, на протяжении всей болезни, даже тогда, когда у пациента нет никаких жалоб. Упор делается на профилактику, поддержание здоровья и формирование приверженности, а не на купирование однажды возникших симптомов. Как для самого больного, так и для медицинских и социальных работников очень важно осознать эту особенность, понять необходимость непрерывной помощи и ее преимущества.

Как нужно оценивать приверженность к помощи?

Оценка приверженности больного к помощи начинается с азов. Не пропускает ли больной визиты к врачу? Участвует ли он в работе группы поддержки? Получает ли выписанные препараты в аптеке? Проходит ли он назначенные ему лабораторные исследования? Для того чтобы получить ответы

Основы поддержания приверженности:

- Обстановка в клинике
- Общение
- Доверительные взаимоотношения между врачом и пациентом
- Конфиденциальность
- Обучение пациента
- Поддержка по принципу «равный — равному»
- Патронаж и наблюдение

на эти, казалось бы, элементарные вопросы, проанализировать полученную информацию и на ее основе наметить необходимые вмешательства, нужна очень хорошая организация работы. Лучше всего, если контроль за приверженностью поручен одному человеку, например администратору клиники или старшей медицинской сестре. В регистратуре должен находиться список больных, которые ожидаются в тот или иной день на прием. Фамилии не пришедших больных отмечаются галочками, и эта информация отправляется сотруднику, осуществляющему контроль за приверженностью. Аналогичным образом должен действовать фармацевт (или иной сотрудник, выдающий таблетки) — сообщать обо всех больных, которые должны были прийти за лекарством, но не пришли.

Для оценки приверженности используются следующие методы:

- Четкие и ясные инструкции, в которых указывается, кто отвечает за те или иные мероприятия по поддержанию приверженности.
- Ежедневная сверка списка пациентов, которые должны были явиться на прием, со списком пришедших пациентов.
- План мероприятий, которые проводятся в случае неявки пациента на прием.
- Периодическое изучение аптечных формуляров.
- Периодическая проверка посещаемости групп поддержки.
- Еженедельные совещания членов многопрофильной бригады.
- Периодический анализ результатов программы и обсуждение пациентов, выпавших из-под наблюдения.

Как нужно поддерживать приверженность к помощи?

Ниже перечислены самые действенные подходы к укреплению приверженности. Для некоторых больных и для некоторых клиник могут оказаться наиболее эффективными одни из них, для других больных и для других клиник — другие.

Клиника

Уютная обстановка и приветливая атмосфера — важные факторы, поддерживающие в больном желание лечиться. Далеко не у всех больных ранее

был опыт «соучастия» в своем лечении, поэтому привлечь пациента к принятию решений — значит помочь ему проникнуться планом помощи и укрепить его приверженность. Дополнительными стимулами служат оказание всех услуг в одном месте, удобные часы работы клиники и возмещение пациенту транспортных расходов.

Общение

Доверительные отношения с пациентом — залог успеха. Они укрепляют веру пациента в лечение, а врачу помогают выявить насущные потребности больного и стоящие перед ним трудности. Все инструкции должны даваться не только в устной, но и в письменной форме; долг медицинских и социальных работников — убедиться в том, что пациент хорошо понял их объяснения и указания. Нужно побуждать больного делиться информацией и обязательно давать ему понять, что он услышан. Некоторым пациентам бывает трудно облечь в слова свои сомнения и беспокойство. Вопросы, которые побуждают больных говорить, а не просто отвечать «да» или «нет», существенно облегчат им жизнь. Повторите ответ своими словами, пусть пациент убедится, что его поняли. И независимо от того, в чем он вам признался, проявляйте к нему сочувствие и уважение, выбирайте слова и следите за своими интонациями.

Взаимоотношения между врачом и пациентом

Вероятность успеха наиболее высока, если больной доверяет врачу и другим членам многопрофильной бригады, участвует в принятии решений, понимает и одобряет разработанный план помощи. Вежливость и ободрение значат для пациента очень много, едва ли не больше, чем хорошая организация помощи, постоянный персонал и образовательные занятия.

Конфиденциальность

Вопросы конфиденциальности следует обсудить с каждым пациентом, включаемым в любую программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Пациента нужно уверить в том, что его участие в программе будет сохранено в тайне и что никто не узнает его ВИЧ-статус без его согласия. В то же время больного следует предупредить, что в клинике он может случайно встретить соседей или знакомых, которые тоже охвачены данной программой, и те могут догадаться, что он инфицирован ВИЧ. С другой стороны, пациент сам должен соблюдать тактичность в отношении других людей, участвующих в той же программе. Кроме того, больного предупреждают, что информация, которой он делится с одним из членов многопрофильной бригады специалистов, становится достоянием остальных ее членов.

Обучение пациента и поддержка по принципу «равный — равному»

Обучение больных полезно во многих отношениях. Поскольку эта глава посвящена приверженности, подчеркнем, что пациенты, которые много знают о своем заболевании, оказываются и более дисциплинированными. Все больные при каждом визите в клинику должны иметь доступ к устным разъяснениям, письменным инструкциям и наглядным пособиям по ВИЧ-инфекции и СПИДу. Группы поддержки и индивидуальное обучение, проводимое наставником из числа больных, — мощные средства укрепления приверженности и поддержания хорошего самочувствия.

Патронаж и наблюдение

Чтобы быстро выявлять пациентов, пропускающих визиты в клинику, следует очень четко организовать работу. Разумный подход — планирование наперед: нужно постараться еще при включении пациента в программу собрать о нем как можно больше сведений. Контактную информацию следует периодически проверять и обновлять; хранить ее надо в надежном, закрытом на ключ месте. Для записи сведений о пациенте удобно использовать специальные бланки МЦПС.

- Необходимая контактная информация
 - ◆ Имя, фамилия и почтовый адрес больного (если дом или квартира не имеют номера, желательна карта или схема)
 - ◆ Номер телефона больного (домашний, мобильный), его друзей или соседей (если местность телефонизирована)
 - ◆ Имена и фамилии, почтовый адрес и номер телефона родственников или друзей
 - ◆ Адреса и телефоны учреждений, в которых больной проводит много времени (места работы, мест отдыха)
 - ◆ Координаты участкового врача (если имеется)
 - ◆ Нужно поинтересоваться, какой способ связи предпочитает больной, и записать эту информацию. Разрешает ли он звонить ему домой, приходить к нему домой? Можно ли сотрудникам программы связываться с родственниками и друзьями больного?
- Порядок действий в случае неявки пациента в клинику
 - ◆ Если пациент без предупреждения пропустил визит в клинику и не обратился туда в течение следующей недели, ему нужно срочно позвонить (или связаться иным оговоренным способом) и назначить прием повторно. Ситуацию следует обсудить на ближайшем совещании многопрофильной бригады
 - ◆ В отсутствие результата следует навестить пациента на дому

- ◆ Если найти пациента не удастся, надо время от времени повторять попытки с ним связаться. Возможно, он куда-то уехал и захочет продолжать лечение, когда вернется; возможно, имеют место другие временные причины уклонения от программы. Нельзя ставить крест ни на одном из тех больных, кто не является в клинику и пропал из виду
- ◆ Пропуски визитов в клинику или снижение дисциплинированности больного должны быть обсуждены на ближайшем совещании многопрофильной бригады



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Что такое приверженность к терапии?

Те, кто ознакомился с главами 2.1 и 2.2, уже знают о том, что мы различаем понятия «приверженность к помощи» и «приверженность к терапии». Под последней мы понимаем постоянный аккуратный прием лекарственных средств. Это задача трудна для любого человека, страдающего хроническим заболеванием. Исследования показали, что все пациенты с хроническими заболеваниями, например артериальной гипертонией или сахарным диабетом, в среднем принимают только 70% выписанных им таблеток. Однако для ВИЧ-инфицированных пропуск всего нескольких доз антиретровирусных препаратов на протяжении недели чреват появлением резистентных штаммов возбудителя и неудачей лечения. Другими словами, пропускать прием лекарств для них — еще хуже, чем не лечиться совсем. Вот почему клинические рекомендации настаивают на том, что антиретровирусная терапия должна проводиться только вкупе с мероприятиями, укрепляющими приверженность.

Как нужно оценивать приверженность к терапии?

Врачи обязаны иметь по каждому пациенту следующую важнейшую информацию.

- Соблюдает ли больной врачебные предписания? Если нет, то как часто он пропускает прием лекарственных средств?
- Что мешает больному принимать лекарственные средства? Причиной нередко служат побочные эффекты, страхи и опасения по поводу препаратов, невозможность поесть, трудная дорога в клинику.
- Что помогает больному принимать лекарственные средства?

Оценивая приверженность к терапии, персонал не должен осуждать пациента. Напротив, всеми силами надо стараться ему помочь. В беседах с больными медицинскими и социальными работниками должны показывать, что они понимают, как трудно соблюдать схему лечения, сколько преград существует для аккуратного приема лекарств и как нуждаются пациенты в одобрении и поддержке. Лучше всего справляется с этой задачей многопрофильная бригада. Единого общепринятого подхода к оценке приверженности нет, однако многие специалисты ратуют за комбинированные методы. Каждого пациента при каждом визите в клинику спрашивают, как он принимает выписанные ему препараты (любые). После начала антиретровирусной терапии нужен более жесткий контроль, например проверка аптечного формуляра пациента или подсчет таблеток.

Оценка приверженности, сделанная на основании слов самого больного, часто оказывается завышенной. Однако есть способы повысить точность сведений, получаемых от больных. Один из них — доброжелательность и непредвзятое отношение к больному. Пациенты должны понять, что врачи хотят знать правду, какова бы она ни была. Каждого больного следует предупредить: если он вдруг решит прервать антиретровирусную терапию, то ему нужно прекратить прием сразу всех препаратов.

Типовые вопросы для оценки количества пропущенных доз:

- Многие больные, принимающие эти лекарства, жалуются, что им бывает трудно соблюдать схему лечения. А вы сталкиваетесь с трудностями при приеме лекарств?
- Принимать лекарства изо дня в день очень сложно, и многие больные время от времени пропускают прием очередной дозы. А как обстоят дела у вас — когда вы в последний раз пропустили прием лекарств?
- Сколько раз вы пропустили прием лекарств за вчерашний день? За два предыдущих дня? За прошлую неделю?
- Сколько раз *в среднем* вы пропускаете прием лекарств за неделю?

Типовые вопросы для выявления преград на пути к лечению и методов их преодоления:

- Когда вы чаще всего забываете о приеме очередной дозы лекарств?
- Принимать препараты изо дня в день нелегко. Что вам мешает аккуратно принимать лекарства, с какими проблемами вы сталкиваетесь? (Могут потребоваться наводящие вопросы, например о побочных эффектах, забывчивости, поездках и так далее.)
- Принимать препараты изо дня в день нелегко. Что вам помогает соблюдать схему лечения?

Когда нужно оценивать приверженность к терапии?

Если больной получает антиретровирусную терапию, оценка приверженности должна проводиться во время *каждого* визита в клинику. Разумно также проверять, как пациенты принимают другие препараты, например назначаемые для профилактики оппортунистических инфекций. Важно понимать, что приверженность меняется на протяжении времени. Поэтому мы настоятельно рекомендуем помимо начальной оценки приверженности один раз в три месяца проводить текущую оценку. Как это делается, подробно описано в главе 2.1 (там же в приложениях приведены опросники).

Что ослабляет приверженность к терапии?

На желание и способность больного регулярно принимать лекарственные средства оказывают пагубное влияние множество факторов. Все они служат преградами на пути к лечению.

Перечислим некоторые из преград.

- Организационные преграды
 - ◆ Поездки, пребывание вдали от дома
 - ◆ Скользящий график работы, неустойчивый распорядок дня
 - ◆ Отсутствие пищи
 - ◆ Отсутствие холодильника (если он требуется для хранения препаратов)
- Психосоциальные преграды
 - ◆ Приоритетность повседневных дел, например работы, ухода за ребенком, покупки продуктов и приготовления пищи
 - ◆ Заблуждения и опасения по поводу лекарственных средств
 - ◆ Соккрытие диагноза и боязнь стать изгоем
 - ◆ Забывчивость, отсутствие напоминаний
- Медикаментозные преграды
 - ◆ Побочные эффекты
 - ◆ Количество таблеток
 - ◆ Кратность приема препаратов
 - ◆ Трудности с глотанием таблеток
 - ◆ Неправильные представления о схеме лечения

Преграды на пути к лечению:

- Организационные
- Психосоциальные
- Медикаментозные

Как нужно поддерживать приверженность к терапии?

Опыт оказания помощи ВИЧ-инфицированным показывает, что они нуждаются в укреплении приверженности к терапии. Эффективны следующие мероприятия.

- Обучение и консультирование больных
 - ◆ Индивидуальное обучение и практические советы, учитывающие образ жизни пациента
 - ◆ Подробные инструкции, как надо принимать препараты (распределение во времени, привязанность к приему пищи, лекарственные взаимодействия)
 - ◆ Советы, как бороться с забывчивостью (привязка приема препаратов к повседневным делам, напоминающие приспособления, помощь мужа или жены)
 - ◆ Информация о токсичности препаратов: какие побочные эффекты следует ожидать и что делать пациенту при их возникновении
- Доступность препаратов и бесперебойное снабжение ими
 - ◆ Подробные инструкции, где, когда и как больной будет получать препараты
 - ◆ Организация аптечных пунктов на местах (по возможности)
 - ◆ Своевременное пополнение запасов лекарственных средств
 - ◆ Помощь пациенту в организации безопасного хранения препаратов у себя дома
- Упрощение схемы лечения, сведение к минимуму количества таблеток и кратности приема препаратов
- Использование контейнеров для таблеток или аптечек-органайзеров, регулярно проверяемых медицинским персоналом
- Использование напоминающих приспособлений (часов со звуковым сигналом, таймеров, будильников, пейджеров); привязка приема препаратов к повседневным делам
- Направление в группу поддержки: общение пациента с равными себе людьми, которые оказывают моральную поддержку и практическую помощь, способно резко повысить приверженность
- Компаньоны по лечению: нужно подобрать человека, который будет вместе с больным знакомиться с правилами антиретровирусной терапии

и возьмет на себя бремя помощи. Это может быть другой ВИЧ-инфицированный, родственник, друг или патронажная сестра. В одних случаях компаньоны непосредственно контролируют терапию, в других — напоминают больному о приеме лекарств и помогают пополнять их запасы

- Модифицированная система контролируемой амбулаторной терапии. Ежедневно наблюдать, в клинике или на дому, как пациент принимает препараты, довольно сложно. Однако компаньон по лечению может с успехом делать это хотя бы один раз в сутки. В ряде программ контролирующую амбулаторную терапию применяли на протяжении первых недель после назначения антиретровирусных препаратов: больные приходили в клинику один раз в день, чтобы принимать таблетки. Если через 8 нед дисциплинированность пациента не вызвала сомнений, его «отпускали» на самостоятельное лечение. Этот подход оказался очень эффективным.

Что такое план формирования приверженности?

Систематически выявляя преграды, стоящие на пути к лечению, многопрофильная бригада специалистов может разработать план действий, ориентированный на нужды пациента. Индивидуальный план формирования приверженности должен быть одобрен и самим больным, и сотрудниками программы. Его нужно периодически пересматривать. Формирование приверженности — не одноразовая процедура. Дисциплинированность больного, трудности, с которыми он сталкивается, и вновь возникающие проблемы должны регулярно обсуждаться на совещаниях многопрофильной бригады.



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ

В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Особенно трудно поддерживать приверженность у детей и их родителей (или других лиц, осуществляющих уход за детьми). От взрослого требуются целеустремленность и самоотдача, от больного ребенка — посильное участие. Степень участия ребенка в оказании помощи самому себе зависит от его возраста и от его взаимоотношений с родителями. Детские лекарственные формы не всегда годятся для грудных детей и детей младшего возраста; многие препараты имеют неприятный вкус; многим детям трудно глотать таблетки. Проводить антиретровирусную терапию детям особенно сложно. Родителям приходится отмерять точные объемы жидких лекарственных форм, размельчать таблетки, открывать капсулы, растворять препарат в воде. Кроме того, по мере роста ребенка дозы приходится увеличивать. Поскольку за детьми обычно ухаживает не один человек, а несколько, возникают дополнительные трудности как с самим лечением, так и с оценкой приверженности, а также с сохранением в тайне ВИЧ-статуса ребенка.

Все вышесказанное не должно препятствовать включению детей в программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Антиретровирусная терапия спасает детские жизни, а ради этого, безусловно, стоит преодолевать преграды и препятствия. Однако помощь ВИЧ-инфицированным детям подразумевает особое внимание к проблемам приверженности и специальные навыки по ее укреплению. Мы предлагаем сконцентрироваться на четырех основных моментах: обучении, подготовке, оценке приверженности и текущей поддержке. Эта глава посвящена приверженности к терапии, однако не менее важна и приверженность к помощи (см. главы 2.1 и 2.2).

Обучение

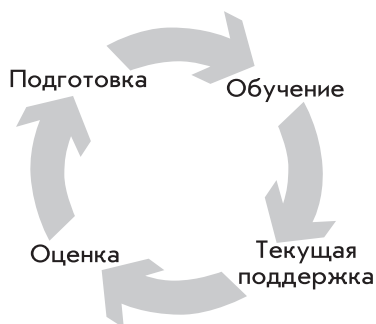
В основе всякой педиатрической помощи лежит сотрудничество между врачами, родителями (или другими лицами, осуществляющими уход за ребенком) и детьми. При ВИЧ-инфекции и СПИДе подобное сотрудничество становится особенно важным; без него антиретровирусная терапия у де-

тей обречена на неудачу. Врач просто не может выписать рецепт и сказать младенцу, чтобы он принимал препарат дважды в день. Необходима еще одна ключевая фигура — осведомленный и дисциплинированный взрослый человек, которому помогает многопрофильная бригада опытных специалистов.

Начальная оценка приверженности помогает многопрофильной бригаде выбрать, кого из окружения ребенка следует обучать. Лучше всего, когда все ухаживающие за ребенком лица обучены правилам и навыкам проведения антиретровирусной терапии. Однако это может оказаться невозможным, если родители скрывают ВИЧ-статус ребенка. Содержание и объем информации, предназначенной для ребенка, определяются его возрастом; многие дети, особенно старшего возраста, активно участвуют в оказании помощи самим себе.

Обучение — это непрерывный процесс. У каждой семьи имеются свои собственные проблемы, вопросы и потребности. Родители обязательно должны знать, что такое приверженность, почему важно соблюдать схему лечения, чем чревато несоблюдение схемы лечения. Кроме того, они должны проникнуться идеей сотрудничества с членами многопрофильной бригады.

- *Что такое приверженность?* Антиретровирусная терапия отличается от любого другого медикаментозного лечения, которое получает ребенок (или другие члены семьи). Важно выяснить ожидания родителей и подробно рассказать им, что требуется для успеха антиретровирусной терапии. Задача родителей — обеспечить ребенку прием *каждой дозы, каждый день, на протяжении всей жизни*. Препараты должны приниматься по расписанию, в заданных сочетаниях и правильных дозах. Отдельная проблема — увязать прием препаратов с едой, посещением школы и другими занятиями ребенка; родителей надо предупредить, что сделать это бывает очень и очень непросто.
- *Почему приверженность столь важна?* Персонал программы должен простыми словами, используя наглядные пособия и доступные примеры, очень четко объяснить родителям, *почему* нужно принимать каждую дозу препаратов. Родители должны осознать, что пропущенные дозы могут стать причиной неудачи лечения, что нерегулярный, непостоянный прием лекарств сводит на нет пользу от антиретровирусной терапии, ничуть не уменьшая при этом риска побочных эффектов.
- *Зачем нужно сотрудничество с персоналом программы?* Больные дети и их родители, не желая огорчать врачей, зачастую боятся признаться, что они



не поняли инструкций, что у них есть сомнения или вопросы относительно антиретровирусной терапии, что они не соблюдают схему лечения. В то же время эти признания и есть та самая информация, которая жизненно необходима персоналу, чтобы наметить и провести мероприятия, укрепляющие приверженность. Правдивость, доверительные отношения и сотрудничество между детьми, их родителями и персоналом программы — ключи к успеху лечения.

Подготовка

Антиретровирусная терапия практически всегда планируется заблаговременно. От правильной подготовки больных детей и их родителей зависит, принесет ли терапия пользу или закончится неудачей. Без подготовки антиретровирусную терапию не назначают. До того как будут выписаны препараты, родителям надо найти ответы на перечисленные ниже вопросы. Персонал программы должен научить их, как правильно давать лекарства, рассказать, с какими трудностями они могут столкнуться и как преодолевать эти трудности. Бесценной может оказаться поддержка по принципу «равный — равному»: от родителей других больных детей можно получить едва ли не больше полезных советов, чем от медицинских и социальных работников.

- **Кто будет давать лекарства ребенку?** Чаще всего этим занимается тот член семьи, который сотрудничает с многопрофильной бригадой; однако другие взрослые тоже могут принимать участие в лечении ребенка. Было бы ошибкой полагаться только на мать, если, к примеру, она работает и оставляет ребенка на свою тетю. Нельзя объяснять, как проводить терапию, одному лишь отцу ребенка, если по выходным его никогда не бывает дома. Важно также заранее продумать изменения распорядка дня, наметить план действий для экстренных ситуаций и на время болезни того или иного члена семьи.

Лучше всего подготовить к проведению антиретровирусной терапии всех лиц, ухаживающих за ребенком. Однако такой подход может не сработать, если ВИЧ-статус ребенка среди домашних не разглашается. Как, например, объяснить бабушке ежедневную дачу лекарств внуку, если она не подозревает, что внук (а следовательно, и невестка) инфицированы ВИЧ? Женщина, скрывающая от мужа свою ВИЧ-инфекцию, будет испытывать колоссальные трудности при проведении антиретровирусной терапии новорожденному ребенку. Соккрытие диагноза и боязнь стать изгоем пагубно влияют на приверженность (так же как и у взрослых). Поэтому подготовка к антиретровирусной терапии должна быть ориентирована на нужды конкретной семьи.

Подготовка:

- Кто будет давать лекарства ребенку?
- Какие лекарства и в каких дозах будут давать ребенку?
- Когда будут давать лекарства ребенку?
- Как будут хранить лекарства, отмерять их и давать ребенку?

- **Какие лекарства будут давать ребенку?** Детям и их родителям совсем не обязательно знать химические или международные названия лекарственных средств. Однако они должны научиться различать препараты и знать, как каждый из них хранится, дозируется и принимается. Детские лекарственные формы не упрощают, а усложняют эту задачу: в частности, все антиретровирусные препараты, выпускаемые в виде сиропа, имеют один и тот же цвет. Поэтому важно продумать систему маркировки (разноцветные этикетки, четкие надписи). Неоценимую помощь здесь может оказать фармацевт (или иной сотрудник, выдающий препараты).
- **Когда будут давать лекарства ребенку?** Антиретровирусные препараты надо принимать *в одно и то же время* дня. Схемы первого ряда, используемые в программах МЦПС, не сопряжены с жесткими ограничениями в диете, однако некоторые антиретровирусные препараты нужно принимать на пустой желудок, тогда как другие — вместе с пищей (см. главу 6.4). Родители должны точно знать, в какое время суток давать лекарства детям. Полезно использовать напоминающие устройства, например будильник или сигнал мобильного телефона.
- **Как будут давать лекарства ребенку?** Проводить антиретровирусную терапию детям особенно сложно, поэтому данный аспект подготовки заслуживает самого детального обсуждения и тренировки практических навыков. Родители должны знать, как отмерять нужные дозы. Следует ли им размельчать таблетки или просто делить их на части? Как надо отмерять жидкие лекарства — мензуркой или шприцем? Давать ребенку лекарства вместе с пищей или отдельно от нее? Придется ли скрывать неприятный вкус того или иного препарата? Можно ли все лекарства принимать одновременно? Что делать, если ребенок выплюнул лекарство или его вырвало?

Полезно провести в клинике практические занятия для родителей по приготовлению лекарств и пробный прием препаратов, а также «вкусовую пробу» (с тем, чтобы понять, приемлем ли для ребенка вкус препаратов), научить ребенка глотать таблетки (начиная при этом с самых мелких леденцов), разработать систему поощрений за послушный прием лекарств или привлечь самого ребенка к разработке плана помощи. Опять же, очень важна поддержка по принципу «равный — равному»: другие больные дети и их родители могут оказать практическую помощь и поддержать морально. Соблюдать схему лечения помогают письменные инструкции, наглядные пособия, видеофильмы и всяческие приспособления, в частности контейнеры для таблеток, аптечки-органайзеры, мензурки и шприцы с отметками и так далее.

Риск несоблюдения схемы лечения можно снизить. Для этого надо заранее подготовить родителей ребенка к тем трудностям, которые могут возникнуть (например, отказ от приема или выплевывание таблеток), посоветовать быть с детьми настойчивыми и последовательными, напомнить о необходимости контроля за приемом таблеток, рассказать, какие побочные эффекты могут возникнуть и как с ними бороться. Полезно обговорить гипотетические ситуации: что вы будете делать, если ребенка вырвало? Если он отказывается пить лекарство? Если он ушел из дома на целый день и не взял с собой препараты? Можно также устроить ролевые игры с участием детей старшего возраста и их родителей.

Оценка

Как уже говорилось в главе 2.1, оценка приверженности является неотъемлемой частью плана формирования приверженности. Многие медицинские работники, особенно врачи, считают, что они в состоянии самостоятельно определить, кто из пациентов принимает препараты, а кто — нет. Однако исследования показывают, что эти суждения часто бывают ошибочными. Для большинства пациентов регулярная оценка приверженности с помощью опросника, проводимая многопрофильной бригадой, — лучший способ выявить отклонения от схемы лечения и установить их причину.

Идеального способа оценки приверженности не существует. Чтобы сведения были максимально точными, требуются доверительные отношения между врачом и семьей, а также участие в оценке приверженности всей многопрофильной бригады. Мать может выбрать в наперсники консультанта и только ему признаться, что сынишка все время прячется, когда она пытается дать ему лекарства. Патронажная сестра может обратить внимание на неправильные условия хранения препаратов или на то, что мерную ложку для сиропа используют не по назначению. Проявляя уважение к семье и никого не осуждая, бригада специалистов скорее обнаружит отклонения от схемы лечения, чем если она будет просто пересчитывать таблетки при каждом визите.

Как минимум, необходимо при каждом визите в клинику интересоваться у родителей соблюдением схемы лечения и регулярно проверять аптечные формуляры пациента. Полезно спросить, сколько доз было пропущено в течение недели, предшествовавшей визиту в клинику. Задавая прицельные вопросы, требующие развернутых ответов (о приеме лекарств, об их переносимости), легче всего выявить преграды, стоящие на пути к лечению. Подсчет таблеток, посещения больного на дому и сопоставление историй болезни разных членов семьи — хорошие методы, однако они применимы не во всех ситуациях. По мере взросления ребенка его начинают привлекать

к обсуждению проблем приверженности. Многие дети начинают принимать активное участие в оказании помощи самим себе и относятся к этому очень ответственно. Детей постарше следует спрашивать, сколько доз они пропустили и с какими трудностями сталкиваются при лечении.

Приверженность меняется на протяжении времени, по мере того как сами дети растут и взрослеют. Если в грудном возрасте у ребенка не было никаких проблем с терапией, то к двум годам он может наотрез отказаться принимать препараты. Дисциплинированный, послушный десятилетний ребенок может превратиться в «отказника»-подростка, и наоборот. Педиатры предупреждают, что приверженность к терапии может исчерпать себя: детям надоедает пить таблетки, родители устают от ежедневного приготовления препаратов и контроля за детьми, а сотрудники программы — от текущей оценки приверженности и мероприятий по ее укреплению.

Текущая поддержка

Мероприятия по формированию и поддержанию приверженности обсуждались в главе 2.3. Для детей используются практически те же методы, что и для взрослых. Поддержку следует оказывать всем пациентам на всем протяжении лечения, а не только тем из них, кто испытывает трудности с антиретровирусной терапией. Соблюдать сложную схему лечения на протяжении всей жизни очень трудно. Поэтому лучше заранее выявлять проблемы и разрабатывать эффективные мероприятия по их преодолению, а не устранять «поломки» после того, как они уже произошли.

Психосоциальную помощь оказывают консультанты, обсуждая с больными, разглашать им или не разглашать сведения о ВИЧ-статусе ребенка, компаньоны по лечению, искренне желающие помочь ребенку справиться с болезнью, а также группы поддержки, где дети и их родители находят сочувствие и ободрение. Практическую помощь приносят различные приспособления, описанные в главе 2.3 (контейнеры для таблеток, аптечки-органайзеры, памятки, еженедельники, маркированные шприцы и так далее), подготовительный период перед началом антиретровирусной терапии и творческий, индивидуальный подход к разрешению проблем, с которыми сталкиваются пациенты.

Зная, что приверженность к терапии в любой момент может резко ослабнуть, медицинские и социальные работники должны разработать систему профилактических и коррекционных мероприятий. Обнаружив, что пациент перестал соблюдать схему лечения, сотрудники программы начинают все сначала, и цикл — обучение, подготовка, оценка приверженности и текущая поддержка — повторяется.

Приложение А. Инструктаж по проведению антиретровирусной терапии у ребенка

Приготовление лекарств на день

Неотъемлемый компонент педиатрической помощи — обсуждение всех этапов приготовления лекарств с человеком, который будет ухаживать за больным ребенком. Следует выяснить, кто именно будет готовить лекарства и давать их ребенку и будут ли задействованы в этом процессе другие члены семьи. Если да, то все они тоже должны получить необходимые практические навыки. Каждый раз перед сменой препарата или изменением дозировки инструктаж проводится заново.

1. Возьмите таблетки или жидкие лекарственные средства и покажите ребенку и ухаживающему за ним лицу, как готовить препараты к приему.
 - Для таблеток: заполните контейнер для таблеток дозами препаратов для приема в течение одной недели.
 - Для жидких лекарственных средств: наберите в шприцы дозы препаратов для приема в течение одного дня.
2. Пусть лицо, ухаживающее за ребенком, повторит ваши действия: заполнит контейнер для таблеток дозами препаратов для приема в течение одной недели и наберет в шприцы дозы препаратов для приема в течение одного дня.
3. Многие жидкие лекарственные средства и флаконы, с таблетками выглядят одинаково. Посоветуйте пометить их разноцветными ярлыками. В случае жидких лекарственных средств на флакон с лекарством и на шприц, в который будут набирать это лекарство, надо наклеить ярлыки одного цвета.
4. Готовить лекарства на день нужно без спешки, в спокойной обстановке. Это особенно важно в первые несколько недель лечения. Пусть лицо, ухаживающее за ребенком, выделит для этого специальное время и место.
5. Лучше всего, если ребенок будет принимать лекарства по расписанию. Давать ребенку лекарства в одно и то же время дня будет легко, когда эта процедура войдет в привычку.

Дозирование жидкостей

Детям требуется очень точно дозировать лекарства, чтобы поддерживать терапевтическую концентрацию препаратов в крови. Для жидких лекарствен-

ных средств по возможности следует использовать шприцы. Отмерять лекарство обычными ложками не следует: они различаются размерами, и дозировка будет неточной.

1. Приклейте на шприцы цветную липкую ленту, чтобы отметить нужный объем.
2. Для каждого препарата используйте отдельный шприц. Пометьте флакон с лекарством и шприц, в который будут набирать это лекарство, липкой лентой одного цвета.
3. Шприцы можно использовать многократно, до тех пор пока не стерлась маркировка, не отклеилась липкая лента или не начал застревать поршень. После использования шприцы моют теплой мыльной водой, тщательно споласкивают и сушат на воздухе.
4. Пусть лицо, ухаживающее за ребенком, во время визита в клинику наберет в шприцы необходимые дозы препаратов. Обсудите с ним проблемы, которые могут возникнуть при дозировании жидкостей: что делать, если препарат слишком густой? Что делать, если он разольется?

Хранение лекарств

При хранении любых препаратов лучше избегать высоких температур. Ни одно из лекарств нельзя хранить на солнце и в других жарких местах. Большинство лекарств нужно хранить в прохладном месте. Так, например, лопинавир/ритонавир (Калетра™) должен храниться на холоде. Если в доме есть холодильник, порекомендуйте держать этот препарат там. Если холодильника нет, поинтересуйтесь, где семья хранит скоропортящиеся продукты — в погребе, на леднике, в колодце? Если таких мест нет, целесообразно за счет программы снабдить семью сумкой-холодильником или термосом, особенно если есть возможность доставать лед.

Жидкие лекарственные формы лопинавира/ритонавира (Калетра™) должны храниться в стеклянной таре, так как препарат разъедает пластик. Фармацевты отпускают этот препарат в стеклянных флаконах, и набирать его в шприц можно только непосредственно перед использованием. Заполненный этим лекарством шприц нельзя хранить и нельзя использовать в качестве переносного контейнера при поездках.

Очень важно предупредить лицо, ухаживающее за ребенком, о том, что нужно беречь препараты от детей. Для хранения нужно выбрать недоступное для детей место. Дети любопытны и всегда проявляют интерес ко всему новому. Ни в коем случае нельзя называть таблетки «конфетами».

Как скрыть неприятный вкус лекарств

Далеко не все препараты имеют неприятный вкус, но уж если лекарство невкусное, то убедить ребенка принять его практически невозможно. Разумно перед началом антиретровирусной терапии провести в клинике «вкусовую пробу»: дайте каждому ребенку попробовать те препараты, которые ему предстоит принимать. Если какой-то из препаратов покажется ребенку отвратительным, успокойте его и его родителей, объяснив, что неприятный вкус можно скрыть, полностью или хотя бы частично. После этого подберите способ дачи лекарства, который удовлетворит ребенка.

1. Для жидких лекарственных форм: сначала наберите препарат в шприц, чтобы измерить его объем. Затем добавьте к препарату 5—10 мл чего-нибудь вкусного — сока, молока или иного детского напитка местного производства — и тщательно перемешайте. (Не смешивайте препарат с большими объемами других жидкостей.) Лицу, ухаживающему за ребенком, надо разъяснить, что ребенок должен выпить смесь полностью.
2. Другие способы: обмакните наконечник шприца во что-нибудь сладкое, чтобы перебить вкус препарата, или дайте ребенку немного вкусного напитка перед лекарством и сразу после него.
3. Для таблеток: разотрите таблетку в порошок с помощью ступки и пестика. Для капсул: откройте капсулу и высыпьте ее содержимое в небольшую чашку. Добавьте к препарату 1—2 чайных ложки джема, варенья, давленого банана или размоченных в молоке хлопьев, затем тщательно перемешайте смесь. Скармите ребенку всю смесь, чтобы доза препарата была принята полностью.
4. С детьми старшего возраста надо обсудить возможность проглатывания разломанных пополам таблеток. Жесткие таблетки можно обмакнуть во что-нибудь вкусное и вязкое: так их будет легче проглотить.
5. Сразу после приема лекарства угостите ребенка чем-нибудь сладким, чтобы перебить неприятный вкус. Хорошо помогает также сладкая

или острая пища, съеденная непосредственно перед приемом лекарства.

6. Не забывайте хвалить ребенка после приема им каждой дозы лекарств.

Борьба с тошнотой

Обязательно надо поинтересоваться, не вызывают ли препараты у ребенка тошноту, поскольку тошнота часто становится серьезной преградой для лечения. Если лекарства вызывают тошноту, воспользуйтесь следующими советами.

1. Предложите ребенку немного пресной еды (хлопья, крекеры, хлеб). Сразу после нее дайте ребенку лекарства.
2. Пусть ребенок запивает таблетки и капсулы малым количеством воды или иного напитка. Дети склонны потреблять жидкости намного больше, чем это необходимо, а большой объем жидкости служит причиной рвоты.
3. Объясните лицу, ухаживающему за ребенком, что тошнота — всего лишь временное явление. Она пройдет, когда детский организм «привыкнет» к лекарству. Давать ребенку лекарства нужно не спеша, в спокойной обстановке, особенно на протяжении первых недель терапии.

Особые ситуации

Капризный ребенок. В случаях, когда дети постоянно сопротивляются или периодически отказываются от приема лекарств, можно разработать систему поощрений. Для детей школьного возраста полезно завести большой календарь и каждый раз, когда ребенок послушно принимает лекарство, рисовать на нем забавную рожицу или другой значок. Когда «рожицы» накопятся в заранее оговоренном количестве, ребенок получит небольшой подарок. Некоторые программы могут себе позволить закупать мелкие игрушки или сувениры с тем, чтобы использовать их в качестве поощрения за соблюдение схемы лечения. Более старших и развитых детей можно привлечь к участию в приготовлении и раздаче лекарств; это укрепит их приверженность к терапии и повысит самооценку.

Приготовление ставудина. Жидкие лекарственные формы ставудина необходимо хранить в холодильнике, что для ряда программ и для ряда семей неприемлемо. Ставудин выпускается в капсулах, самые маленькие из которых содержат 15 мг препарата. Поэтому для детей, которым требуется более низкая доза ставудина, надо открывать

капсулы и отмерять необходимое количество порошка.

1. Откройте капсулу с 15 мг ставудина и растворите порошок в 15 мл жидкости, желательны воды.
2. В каждом миллилитре полученного раствора содержится 1 мг ставудина.

3. Используя маркированный шприц, наберите необходимое количество раствора и дайте его ребенку.

4. Остаток раствора нужно выкинуть.

Капсулы со ставудином приходится открывать также для того, чтобы смешать препарат с пищей или напитком и таким образом скрыть его вкус.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ



ОЦЕНКА

ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

Что такое психосоциальная поддержка?

ВИЧ-инфекция и СПИД наносят огромный вред физическому, психологическому, социальному и экономическому благополучию больных, их родных и близких. Без учета этих проблем эффективная помощь при ВИЧ-инфекции немыслима. В круг задач программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе входит не только медикаментозная терапия, но и предоставление психологической, социальной и духовной поддержки нуждающимся, а также организация общественного отпора эпидемии. Вся эта деятельность — от консультаций до практической помощи — носит название «психосоциальной поддержки». В нее входят:

- Индивидуальное, семейное и групповое консультирование (см. главу 3.2)
- Помощь с раскрытием диагноза ВИЧ-инфекции окружающим (см. главы 3.3 и 3.4)
- Диагностика и лечение психических расстройств, связанных с ВИЧ-инфекцией (см. главу 5.6)
- Предоставление передышки родственникам, ухаживающим за больным
- Социальная реабилитация и организация досуга для детей и семей
- Организация практической помощи (продуктовые банки, профессиональная ориентация, трудоустройство, другое)
- Организация духовной поддержки
- Организация юридической помощи

Почему важна психосоциальная поддержка?

Страх смерти, боязнь стать беспомощным и утратить самостоятельность, социальная изоляция, остракизм, отсутствие доступа к медицинской помощи и к полноценному образованию причиняют дополнительные мучения людям, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Пытаясь хоть как-то упорядочить свою жизнь, эти люди часто испытывают симптомы депрессии и тревожных расстройств. Многие из них нуждаются в многочисленных медицинских и социальных услугах, которые должны быть скоординированы между собой. Во многих странах пандемия СПИДа поразила несколько поколений одних и тех же семей, подорвав их экономическую состоятельность и исчерпав их душевные силы. Медицинские и социальные работники, побуждающие пациентов и их близких высказывать свои заботы и опасения и помогающие им найти решение насущных проблем, оказывают неоценимую помощь. Отсутствие психосоциальной поддержки, игнорирование симптомов психических расстройств, финансовых проблем, социальной изоляции и заботы о будущем своих детей пагубно сказываются на состоянии пациентов и могут свести на нет результаты лечения.

Что такое оценка психосоциального статуса?

Под оценкой психосоциального статуса мы понимаем заполнение членами многопрофильной бригады опросника, предназначенного для выявления немедицинских потребностей и нужд пациента или его семьи. Такой подход позволяет обнаружить скрытые или неочевидные проблемы, заботы и опасения и зафиксировать их в истории болезни. Кроме того, оценка психосоциального статуса помогает направить пациента в подходящие местные медицинские учреждения и вспомогательные службы.

Как оценивается психосоциальный статус?

Каждая из программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе ищет свой собственный подход к оценке психосоциального статуса. Тем не менее опросник МЦПС, который мы приводим в приложении А, может служить неплохой отправной точкой. В него включены вопросы по семейному, экономическому, социальному положению и душевному здоровью пациента. Отдельный раздел предназначен для выявления преград, стоящих на пути к лечению.

Кто оценивает психосоциальный статус?

Оценка психосоциального статуса семей, в которых имеются ВИЧ-инфицированные, подразумевает выяснение сильных и слабых сторон самого больного, его домочадцев и дальних родственников, их потребностей и возможностей. Для того чтобы удовлетворить потребности семьи, надо призвать на помощь местные религиозные организации, социальные службы и юридические институты.

Опрос может проводить любой подготовленный медицинский или социальный работник. Более того, опрос могут проводить сразу несколько членов многопрофильной бригады, с тем чтобы каждый из них сконцентрировался на области своих интересов. Некоторые проблемы, в частности психические расстройства, могут потребовать вмешательства специалистов, другие, например финансовые проблемы семьи, — подключения к работе других членов бригады. Все сотрудники программы должны быть знакомы с психосоциальными проблемами, сопровождающими ВИЧ-инфекцию, и с местными ресурсами, предназначенными для помощи больным и их семьям.

Когда проводится оценка психосоциального статуса?

Общая оценка психосоциального статуса должна быть проведена во время первых визитов пациента в клинику. При последующих визитах можно сфокусировать внимание на отдельных проблемах, выявленных в ходе начальной оценки. Поскольку оценка психосоциального статуса является неотъемлемым компонентом программы помощи, проводящий ее сотрудник должен быть знаком в деталях с получаемым пациентом лечением, в том числе со стадией болезни, его готовностью начать антиретровирусную терапию или его приверженностью к терапии. Совещания многопрофильной бригады — идеальное место для обсуждения психосоциальных проблем и потребностей пациента.

Приложение А. Опросник МЦПС для оценки психосоциального статуса

Фамилия пациента:

Код:

Дата первичной беседы:

Инициалы интервьюера:

Семейное положение и источники поддержки

Сведения

Кто живет вместе с вами?

Сколько у вас детей и сколько им лет?

Есть ли у вас муж/жена или половой партнер?

Если у вас есть муж/жена или половой партнер, она/он живет вместе с вами? Как давно вы живете вместе?

Есть ли у вас другие родственники, живущие отдельно? Где они живут?

С кем из домочадцев у вас наиболее близкие отношения? В семье? За ее пределами?

От кого вы получаете психологическую поддержку?

Важна ли для вас религия? Принадлежите ли вы к какой-либо конфессии? Посещаете ли службы?

Признались ли вы кому-либо из домочадцев в том, что инфицированы ВИЧ?

Если да, то кому вы в этом признались? Какова была их реакция?

Не подвергались ли вы когда-либо остракизму или дискриминации из-за вашего ВИЧ-статуса?

Обращались ли вы когда-либо за помощью к местным жителям или местным организациям? Помогли ли они вам? Если нет, то почему?

Работаете ли вы (вне дома)? Каков характер работы?

Хватает ли вам денег для обеспечения своих собственных потребностей и потребностей своей семьи (плата за жилье, питание)?

Беспокоит ли вас судьба ваших детей или других членов семьи?

Кто принимает решения, касающиеся всей семьи?

Душевное здоровье и психологическая адаптация**Сведения**

Ваше самочувствие за последний месяц?

Вопросы для выявления депрессии:

- Испытывали ли вы подавленность, безнадежность, уныние за последний месяц?
- Отмечали ли вы за собой утрату интересов и чувства удовольствия за последний месяц?

Если ответы на оба вопроса утвердительные, следует перейти к диагностике депрессии, как описано в главе 5.6.

Смотрите ли вы в будущее с надеждой?

Испытывали ли вы за последнее время тревогу, напряженность? Много ли вы волнуетесь?

Испытывали ли вы за последнее время злость, раздражение? Если да, то что по вашему мнению нужно для того, чтобы вы чувствовали себя лучше?

Сколько алкоголя вы употребляете в течение недели? Если вы употребляете алкоголь, не кажется ли вам, что вы пьете слишком много? Пытались ли вы когда-либо бросить пить?

Употребляете ли вы наркотики? Если да, то какие и как часто?

Приходите ли вы в отчаяние, когда думаете о том, сколько вам нужно сделать для себя и своей семьи? Если да, то что может помочь вам справиться с этими проблемами?

Оценка приверженности к помощи и лечению**Сведения**

Прибегаете ли вы с целью лечения ВИЧ-инфекции к чьим-либо услугам, помимо услуг клиники (включая служителей культа, знахарей, травников, стоматологов, консультантов и так далее)?

Легко ли вам посещать клинику? Если нет, то с чем связаны трудности?

Что надо сделать, чтобы вам было легче посещать клинику?

Каким образом вам удастся не забывать о визитах в клинику?

Надо ли вам принимать какие-либо меры, на работе или дома, чтобы у вас появилась возможность посетить клинику?

Принимаете ли вы какие-либо препараты? Расскажите, пожалуйста, какие вы принимаете препараты и от чего они помогают.

Принимаете ли вы какие-либо травы? Расскажите, пожалуйста, какие вы принимаете травы и от чего они помогают.

Многие люди, вынужденные принимать лекарства каждый день, испытывают трудности. Если вы принимаете лекарства, про какое из них вы забывали в последнее время? Когда это было? Расскажите, пожалуйста, что произошло.

Новые сведения:



ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ОБЩИЕ ПОДХОДЫ

Что такое консультирование?

Слова «консультация», «консультирование» имеют различный смысл в разных контекстах. В данной главе под этими словами мы будем иметь в виду доверительную беседу между двумя или более людьми, целью которой является помощь в решении специфических проблем. На консультацию могут прийти один человек, группа людей, семейная пара или половые партнеры, вся семья. Консультации, которые проводятся в рамках программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, чаще всего (но не всегда) касаются ВИЧ-инфекции.

Консультирование отличается от обучения больных, которое подразумевает передачу знаний и навыков от одного человека другим. Консультирование (по крайней мере в нашем понимании) не сводится к простой выдаче советов. Опытный консультант не говорит пациенту, что ему нужно делать, а побуждает его к самостоятельному анализу проблем и расстановке приоритетов, помогает изыскать собственные силы и возможности и сделать осознанный выбор. Консультации очень часто помогают пациенту справиться со стрессом, принять ответственное решение, наладить отношения с окружающими, чтобы получить от них психологическую поддержку.

Южноафриканская учебная программа по СПИДу (SAT)* охарактеризовала консультирование следующим образом.

В задачи консультанта входит:

- Установить доверительные отношения
- Направлять беседу в определенное русло
- Внимательно слушать
- Помочь пациенту раскрыться и рассказать о себе
- Делиться достоверными и актуальными сведениями
- Помочь пациенту принять осознанное решение
- Помочь пациенту изыскать собственные возможности и мобилизовать собственные силы
- Помочь пациенту выработать позитивное отношение к жизни

В задачи консультанта не входит:

- Говорить пациенту, что ему нужно делать
- Принимать решения от лица пациента
- Осуждать пациента
- Обвинять пациента
- Допрашивать пациента
- Читать нотации пациенту и морализировать
- Давать невыполнимые обещания
- Навязывать пациенту свои взгляды

Виды консультирования по ВИЧ-инфекции

- Консультирование по профилактике
- Предтестовое консультирование
- Послетестовое консультирование
- Консультирование по раскрытию
- Поддерживающее консультирование
- Консультирование по приверженности
- Консультирование по кризисным ситуациям
- Консультирование при утрате близкого человека
- Иное консультирование

Что такое поддерживающее консультирование?

Существует несколько видов консультирования, охватывающих различные аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа. *Предтестовое* и *послетестовое* консультирование предлагается сейчас в рамках диагностики ВИЧ-инфекции. Консультирование по *раскрытию*, обсуждаемое в главах 3.3. и 3.4, посвящено вопросам разглашения диагноза ВИЧ-инфекции. Консультирование по *приверженности*, описанное в разделе 2, помогает больным следовать плану помощи, постоянно и аккуратно принимать лекарства. Консультирование

* Basic AIDS Counselling Guidelines. Southern African AIDS Training Programme, 2001.

по *кризисным ситуациям* охватывает психологические и социальные проблемы, требующие немедленных действий. Консультирование по *профилактике*, которому посвящена глава 3.5, помогает людям защитить самих себя или окружающих от заражения ВИЧ. Все это, как и *поддерживающее* консультирование, которое служит предметом данной главы, — неотъемлемые компоненты помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе. В задачи поддерживающего консультирования входит: помочь пациенту осознать свои проблемы и потребности, обеспечить его информацией об имеющихся местных службах и ресурсах, научить его справляться с трудностями, обусловленными ВИЧ-инфекцией.

В чем важность поддерживающего консультирования?

ВИЧ-инфекция не только подрывает физическое здоровье человека, но и влечет за собой пагубные психологические и социальные последствия. Больные, поставленные перед фактом, что у них неизлечимое, смертельное заболевание, переживают из-за того, что они могут заразить ВИЧ всю свою семью, оказываются без средств к существованию, становятся изгоями.

Поддерживающее консультирование дает больному человеку сочувствие, ободрение и практическую помощь, изыскивает пути и средства для решения его финансовых, социальных, духовных, юридических и других проблем. Оно может сыграть решающую роль в обеспечении здоровья и благополучия ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Поддерживающее консультирование является составной частью программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе; доступ к нему должен иметь каждый пациент.

Кто проводит поддерживающее консультирование?

Лучше всего, если поддерживающим консультированием будет заниматься персонал, прошедший специальное обучение. Квалифицированные консультанты должны входить в состав каждой многопрофильной бригады, и каждый сотрудник программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должен быть искушен в консультировании. Умение сопереживать, искусство общения и профессионализм — необходимые, но недостаточные качества для хорошего консультанта. От него требуются также знания, практические навыки и опыт, которые дает специальная подготовка.

В разных странах в качестве консультантов с успехом выступают медицинские сестры, а также священнослужители, педагоги, наставники из числа

больных и местные жители, работающие на общественных началах. Многие программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе плодотворно сотрудничают с местными организациями и направляют больных для консультаций туда.

Какова роль консультанта в многопрофильной бригаде?

Ни одна многопрофильная бригада не может обойтись без консультантов, хотя их роль от бригады к бригаде может быть различной. Консультанты способствуют воплощению в жизнь планов помощи больному и его семье, предоставляют пациентам возможность высказаться и обсудить свое здоровье и проводимое лечение. Они нередко первыми узнают о психологических и социальных проблемах, способных пагубно отразиться на самочувствии и благополучии больного. Консультанты обязаны регулярно посещать совещания многопрофильной бригады, описанные в разделе 1. Кроме того, консультанты:

- Проводят начальную оценку психосоциального статуса
- Побуждают пациентов к самостоятельному анализу проблем и расстановке приоритетов
- Обеспечивают психологическую поддержку
- Помогают пациентам искать выход из положения и принимать решения
- Снабжают пациентов достоверной актуальной информацией
- Направляют пациентов в подходящие медицинские учреждения и вспомогательные службы; помогают им получить необходимые услуги
- Выявляют психологические и социальные проблемы, требующие немедленного решения, информируют о них многопрофильную бригаду и организуют соответствующие вмешательства
- Ведут документацию по результатам консультирования

Какие навыки необходимы хорошему консультанту?

Перечисленными ниже навыками должны обладать все консультанты, в том числе те, кто занимается поддерживающим консультированием.

Умение сопереживать. Поставить себя на место другого человека — первый шаг к оказанию помощи. В рекомендациях по консультированию Южноафриканской учебной программы по СПИДу (SAT) говорится: «Между сопереживанием и жалостью нельзя поставить знак равенства. Умение сопереживать — это способность посмотреть на мир глазами другого человека, испытать его чувства и показать ему, что вы его понимаете. Жалость — внешнее выражение болезненного чувства, которое вы испытываете из-за страданий близкого человека. Когда вы сопереживаете человеку, вы придаете ему силы. Когда вы его жалеете, вы подогреваете в нем чувство собственного бессилия»*.

Профессионализм. Консультанты, подобно друзьям, поддерживают и ободряют больного. Однако друзья и консультанты выполняют совершенно разные функции. Консультанты, как и врачи, исполняют свои профессиональные обязанности и несут за них ответственность. Консультант обязан относиться ко всем пациентам с уважением, сохранять врачебную тайну, ни в коем случае не осуждать больных, чьи верования и ценности не совпадают с его собственными, и не давать выхода своим мыслям и чувствам, способным отразиться на отношении к больному. Консультант обязан помогать больному независимо от его пола, этнической и социальной принадлежности, вероисповедания и сексуальной ориентации.

Искусство общения. Консультантам приходится много общаться и с больными, и со своими коллегами по многопрофильной бригаде, поэтому навыки общения для них просто необходимы. Навыки эти разнообразны — от самых простых, например умения говорить на том же языке, что и пациент, до весьма сложных: умения слушать, умения задавать вопросы, умения объяснять и умения вести документацию.

- **Умение слушать.** Выслушать пациента — одна из основных задач консультанта. Даже в самых благоприятных обстоятельствах болезнь способствует изоляции пациента, а клеймо позора, которое во многих странах все еще лежит на ВИЧ-инфицированных, значительно усугубляет ситуацию. Некоторые больные вообще никому не рассказывали о своем диагнозе, и мало у кого из них прежде была возможность обсудить, чем чреваты для них ВИЧ-инфекция и СПИД. Сама попытка понять этих больных — сосредоточиться и услышать, что они говорят, — уже может оказать терапевтическое воздействие. Чтобы показать больному, что его слышат, нужно вставлять ответные реплики («Понимаю», «Да», «Ясно») или выражать внимание иным способом (кивать, улыбаться, время от времени смотреть в глаза). По-

* Basic AIDS Counselling Guidelines. Southern African AIDS Training Programme, 2001, p. 11.

Искусство общения:

- Умение слушать
- Умение задавать вопросы
- Умение объяснять
- Умение вести документацию

лезно также резюмировать сказанное («То есть вы говорите, что...»): это даст больному почувствовать, что его понимают и хотят выслушать.

- *Умение задавать вопросы.* Консультанту нужно многое узнать о своем пациенте, в то же время не создав у него впечатления допроса. Важно, чтобы больные поняли: беседа ведется с единственной целью — оптимизировать оказываемую им помощь. Пациенты должны знать: сведения, которые они сообщают о себе консультанту, могут стать достоянием остальных членов многопрофильной бригады, но никто другой о них не узнает. Лучше всего задавать вопросы, которые побуждают больного говорить, а не просто отвечать «да» или «нет». Например, вместо того, чтобы спросить «Помогает ли вам сестра?», попросите больного «рассказать поподробнее о своей сестре».
- *Умение объяснять.* Консультантам нередко приходится выступать в роли «переводчика». Далеко не все больные без стеснения задают вопросы врачам и медицинским сестрам; многие чувствуют себя гораздо свободнее, общаясь с консультантом. Иногда во время беседы выясняется, что пациент не понимает каких-то важнейших вещей, например, как предотвратить заражение окружающих, как надо принимать препараты или когда он должен посещать клинику. В этом случае консультант обязан доступным языком, используя наглядные примеры и сравнения, объяснить больному все то, что ему непонятно. Для выполнения этой задачи консультант сам должен обладать достаточными знаниями о ВИЧ-инфекции и быть хорошо знаком с планом помощи больному. Не плохо было бы пройти подготовку по ВИЧ-медицине; регулярное посещение совещаний многопрофильной бригады также приносит большую пользу.
- *Умение вести документацию.* Консультанты, как и врачи, обязаны регистрировать оказываемые ими услуги. Требования к документации в разных программах различны, однако в любом случае консультант должен зафиксировать полученные от пациентов сведения и намеченные вмешательства. Он должен знать, какого рода документация ведется в рамках данной программы, уметь грамотно и разборчиво заполнять бланки и опросники и хранить свои записи в надежном месте.

*Качества, присущие хорошему консультанту**

Хороший консультант:

- Уважительно относится к пациенту
- Внимательно слушает
- Проявляет сочувствие
- Честен и заслуживает доверия
- Обладает необходимыми знаниями
- Терпелив
- Правильно оценивает свои возможности
- Знает, когда и куда надо направить пациента за получением помощи
- Не позволяет своим мыслям, взглядам и чувствам отразиться на отношении к пациенту
- Беспристрастен и объективен
- Оптимистичен

* Basic AIDS Counselling Guidelines. Southern African AIDS Training Programme, 2001.

Что включает в себя поддерживающее консультирование?

Подходы к консультированию различны и зависят от обстоятельств. Тем не менее консультирование можно условно разбить на три составляющие: проведение начальной оценки, выявление проблем, требующих немедленного вмешательства, и/или состояний, требующих лечения, и обеспечение текущей поддержки. Эта помощь обычно не ограничивается разовой консультацией, она оказывается на протяжении длительного времени.

Начальная оценка. Поддерживающее консультирование, согласно определению, проводится на индивидуальной основе и ориентировано на специфические потребности пациента. Следовательно, для того чтобы оказать действенную помощь, консультанту нужно многое знать о своем пациенте, его жизненной ситуации и системе ценностей. Анкетные данные, как правило, можно почерпнуть из истории болезни, которую следует внимательно изучить. Если консультант не имеет доступа к медицинской документации, он должен встретиться с лечащим врачом пациента. Дополнительную информацию можно получить на совещаниях многопрофильной бригады. Первостепенное значение имеет оценка психосоциального статуса пациента (см. главу 3.1). В одних случаях эта оценка уже проведена, и ее результаты дают консультанту ценные сведения, в других случаях проведение оценки психосоциального статуса выпадает на долю самого консультанта. Необходимы данные (см. Приложение А к главе 3.1) о семейном, экономическом и социальном положении, душевном здоро-

вье и психологической адаптации пациента. Больным надо заранее объяснить, зачем их направляют на консультацию и чем именно им может помочь консультант. У каждого из них нужно поинтересоваться, что он ожидает от консультирования и нет ли у него вопросов и сомнений по поводу консультации.

Опросники и проведение беседы по определенной схеме, безусловно, очень полезны, однако у пациента не должно складываться впечатление, что он находится на допросе. Пациенту нужно объяснить, зачем консультант интересуется его личной жизнью, какую роль сыграют полученные сведения и как будет сохраняться врачебная тайна.

Выявление потребностей в помощи и лечении — важная составляющая консультирования. В ходе начальной оценки и время от времени впоследствии консультант должен держать в уме следующие три вопроса. Нет ли у больного психологической или социальной проблемы, требующей немедленного вмешательства? Нет ли у больного симптомов психического расстройства (включая депрессию, тревожные расстройства, злоупотребление наркотическими веществами), которое требует лечения? Нет ли у больного других нужд, которые можно удовлетворить с помощью местных организаций и ресурсов?

- *Психологические и социальные проблемы, требующие немедленного вмешательства.* Консультанты нередко первыми из членов многопрофильной бригады узнают, что у их подопечного возникла проблема, требующая немедленного вмешательства. Консультант должен знать, как действовать, если он столкнется с жестоким обращением в семье, бездомностью, сексуальным насилием, голодом, эксплуатацией, и знать, какие местные ресурсы (от продовольственных банков и благотворительных столовых до общежитий и приютов) можно привлечь на помощь пациенту. К счастью, у подавляющего большинства больных, охваченных программами помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, подобные проблемы никогда не возникают.
- *Симптомы соматического или психического заболевания и злоупотребления наркотическими веществами.* Поскольку консультанты проводят с пациентами много времени, обсуждая их личную жизнь и семейную ситуацию, выясняя их взгляды и систему ценностей, они могут заметить признаки заболеваний, которые требуют дальнейшего обследования. Консультанту необязательно иметь медицинское образование и не нужно ставить диагноз; достаточно, если он обратит внимание настораживающие симптомы и расскажет о них на ближайшем совещании многопрофильной бригады.

Консультант должен знать, как действовать в случае возникновения у пациента острого заболевания, как и куда направлять больного для срочного обследования при появлении новых соматических жалоб. Консультант должен быть знаком с симптомами депрессии, которой посвящена глава 5.6, уметь выявлять эти симптомы и знать, каков порядок обследования и лечения больных с психическими расстройствами. Консультанты часто сталкиваются со злоупотреблением наркотическими веществами или алкоголем и должны знать, как принято в рамках программы поступать с такими пациентами; кроме того, они должны быть осведомлены о местных службах и организациях, оказывающих помощь при наркотической зависимости. Совещания многопрофильной бригады — идеальное время для обсуждения здоровья пациента и выработки плана его обследования, лечения и наблюдения.

- *Направление в местные службы и организации.* Каждая из программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе функционирует в уникальных местных условиях, имеющих свои собственные возможности и ресурсы. Консультанты играют роль связующего звена между больными и этими местными службами поддержки. Все программы МЦПС стремятся развить партнерские отношения с местными организациями и частными лицами, которые способны оказывать помощь пациентам. В одних странах существуют неправительственные, религиозные и общинные организации, программы ухода на дому, продовольственные банки, программы микрофинансирования, группы поддержки и объединения больных. В других странах этот перечень может оказаться совсем коротким. Составление списка местных служб поддержки и его регулярное обновление — очень важная задача, которая обычно поручается консультантам.

Текущая поддержка. После того как проведена начальная оценка и больной направлен в соответствующие службы, деятельность консультанта заключается в обеспечении ему текущей поддержки. Одним пациентам не требуется ничего, кроме заверения, что они могут обратиться к консультанту за помощью в любой момент, изменятся ли обстоятельства или они просто почувствуют в этом потребность. Очень важно, чтобы больным было легко связаться со своим консультантом. Другим пациентам нужна более интенсивная поддержка, им можно назначить регулярные свидания, например, с интервалом в месяц или неделю. Непрерывную помощь оказывают также группы поддержки и объединения больных.



РАСКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА

Рассказывать или нет окружающим о своей ВИЧ-инфекции — решение, которое человек принимает сам. Раскрытие этой информации зачастую помогает больным в поисках практической помощи, медицинских услуг и психологической поддержки. Оно способно избавить человека от необходимости скрываться и от чувства стыда, помочь ему предотвратить заражение окружающих. К сожалению, раскрытие информации, хоть и нечасто, но приводит и к неблагоприятным последствиям — осуждению, дискриминации, утрате любимого человека, насилию. Многие ВИЧ-инфицированные мучаются, не в силах решиться — сказать или не говорить, а если сказать, то как. Поскольку от этого вопроса зависит душевное равновесие столь многих пациентов, охваченных программами помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, и поскольку грамотная консультация помогает больным разрешить эту задачу, мы считаем консультирование по раскрытию одним из неотъемлемых компонентов ВИЧ-медицины. Материал этой главы опирается на главу 3.2 («Поддерживающее консультирование: общие подходы») и посвящен проблеме раскрытия диагноза у взрослых больных. В главе 3.4 обсуждаются проблемы раскрытия в педиатрической практике.

Что такое раскрытие?

Говоря о ВИЧ-инфекции, под «раскрытием» или «добровольным раскрытием» мы будем иметь в виду признание пациентом своего ВИЧ-статуса и донесение этой информации до окружающих. К сожалению, встречается и невольное раскрытие, когда ВИЧ-статус человека становится известным окружающим без его ведома. Многих пациентов, охваченных программами помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, беспокоит возможность невольного раскрытия. Их нужно заверить в том, что все сотрудники программы соблюдают врачебную тайну.

Частота добровольного раскрытия колеблется в широких пределах. Согласно исследованиям, в странах Западной, Экваториальной и Южной Африки доля ВИЧ-инфицированных, признавшихся половым партнерам в своем

диагнозе, составляет от 17 до 86%. Раскрытие — это не разовое событие и не однократный разговор. Это процесс, который может занимать несколько месяцев или несколько лет, пока информация станет (или не станет) достоянием различных людей. Например, женщина решает рассказать мужу, что у нее обнаружили ВИЧ, вскоре после тестирования и консультирования. Пока она надумает признаться остальным членам семьи и друзьям (если она вообще примет такое решение), может пройти еще немало времени, и только спустя многие годы она расскажет о своем диагнозе детям.

Виды раскрытия

Полное раскрытие: человек во всеулышание признается, что он инфицирован ВИЧ. Он может поделиться с половым партнером, семьей, друзьями, группой поддержки, любыми другими людьми или организациями, но никого из них не просит держать эту информацию в тайне.

Частичное раскрытие: человек признается, что он инфицирован ВИЧ, только определенным людям, например половому партнеру, члену семьи, другу или консультанту. Он просит этих людей держать данную информацию в тайне, то есть не говорить никому о его диагнозе без разрешения.

В чем важность раскрытия?

Остракизм. Клеймо позора, во многих странах лежащее на ВИЧ-инфекции, придает особую важность проблеме раскрытия. Подавляющее большинство больных, признавшихся в том, что они инфицированы ВИЧ, не сталкиваются с неблагоприятными последствиями своей откровенности. Однако некоторые из них все еще подвергаются гонениям, в прямом или переносном смысле слова. Социальная изоляция, осуждение, страх, стыд становятся спутниками их жизни. Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе помогают таким больным, предоставляют психологическую и практическую поддержку.

Приверженность. ВИЧ-инфицированные, которые вынуждены скрывать ото всех свой диагноз, нередко испытывают трудности с посещением клиники и соблюдением схемы лечения. Непросто держать свой диагноз в тайне и регулярно ходить к врачу. Действительно, как объяснить начальнику свои частые отлучки, если он не подозревает о ВИЧ-инфекции сотрудника? Аналогичные проблемы возникают с приемом препаратов. Если никто из домашних не знает о ВИЧ-инфекции матери, где она будет хранить свои лекарства? Чем дальше она их запрячет, тем чаще будет забывать, что пора принимать препараты. Нередко успех или неудача антиретровирусной терапии

зависят от того, если у пациента компаньон по лечению, оказывающий ему практическую помощь и психологическую поддержку. Скрывая ото всех свой диагноз, ВИЧ-инфицированный лишает себя такой возможности.

Предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ. Сохранение ВИЧ-статуса в тайне создает преграды для профилактики заражения окружающих и для лечения полового партнера и домочадцев. Если женщина скрывает свой диагноз от домочадцев, ей будет трудно включиться в программу профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Из соображений секретности ей придется кормить младенца грудью, хотя безопаснее было бы прибегнуть к искусственному вскармливанию. Использование презервативов и отказ от форм полового поведения, сопряженных с высоким риском заражения, может стать если не невозможным, то очень сложным. В том случае, когда муж или дети ВИЧ-инфицированной уже заражены, но не подозревают о диагнозе матери, они утрачивают возможность своевременно пройти консультирование и тестирование на ВИЧ и включиться в программу помощи и лечения. С позиций общественного здоровья раскрытие почти всегда приносит пользу, однако приоритет отдается желаниям и потребностям самого ВИЧ-инфицированного.

В чем трудность раскрытия?

Признаться в том, что ты ВИЧ-инфицирован, — значит поставить близкого тебе человека лицом к лицу со страшным диагнозом и его последствиями. Кроме того, очень многих больных удерживает от признаний клеймо позора, которое продолжает лежать на ВИЧ-инфекции. Практические вопросы — кому признаться, когда и как это лучше сделать — отступают на второй план перед страхом последствий. Так, в одном из центров консультирования и тестирования на ВИЧ в Танзании более половины ВИЧ-инфицированных женщин, пожелавших сохранить свой диагноз в тайне, в качестве основной причины такого решения назвали боязнь реакции мужа (или полового партнера). Женщины, заранее обсуждавшие с мужем (или половым партнером) свое намерение провериться на ВИЧ, чувствуют себя намного спокойнее: среди них в 22 раза больше тех, кто признался партнеру в своей ВИЧ-инфекции^{*}. Исследования показывают, что ВИЧ-инфицированные, не скрывающие свой диагноз от окружающих, реже страдают депрессией и тревожными расстройствами и пользуются большей социальной поддержкой.

Раскрывать информацию о ВИЧ-инфекции трудно еще и потому, что заражение происходит при половых контактах и инъекциях наркотиков. Признаться

^{*} Maman et al. *AIDS and Behavior* 2003; 7(4): 373—382.


близкому человеку в своем диагнозе — значит одновременно признаться в каких-то фактах своей личной жизни, о которых до этого больной умалчивал. Рассказав мужу о положительном результате тестирования на ВИЧ, женщина будет вынуждена заодно признаться ему в половой жизни до брака, супружеской измене или употреблении инъекционных наркотиков. Таким образом, признание в ВИЧ-инфекции влечет за собой множество других признаний, и каждое из них способно нанести близкому человеку душевную травму.

Сотрудники программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должны понимать, как трудно больным признаваться в своем диагнозе даже при самом благоприятном стечении обстоятельств. Многие ВИЧ-инфицированные, признавшись, находят сочувствие и поддержку, но некоторые, к сожалению, превращаются в изгоев. Риск такого исхода хоть и невелик, но очень и очень реален. Осуждение домашними, дискриминация со стороны работодателей или соседей все еще встречаются в наши дни. Развод или разрыв с любимым человеком и насилие в семье — более редкие последствия, но одновременно и более разрушительные. Только сам ВИЧ-инфицированный может решить, раскрывать ему или нет информацию о своем ВИЧ-статусе и когда это лучше сделать. *Задача медицинских и социальных работников — не подталкивать больного к признанию, а помочь ему сделать этот трудный для себя выбор.*

Чем может помочь многопрофильная бригада?

Сопереживание, уважение и практическая помощь смягчают неблагоприятные последствия разглашения больным своего ВИЧ-статуса. Персонал программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должен прилагать все усилия к соблюдению врачебной тайны, обеспечить больному квалифицированную консультацию по раскрытию, направить его в группу поддержки и подобрать наставника из числа больных.

Как мы уже говорили, раскрытие — это длительный процесс, а не однократный разговор. Полезно представить этот процесс в виде следующей цепочки:

- 
- Нежелание или неспособность признаться
 - Обдумывание процесса признания
 - Начало признания
 - Ожидание последствий признания
 - Преодоление последствий признания

Персонал программ МЦПС должен поддерживать и консультировать больного на любой стадии этого процесса. При планировании программы надо тщательно продумать вопросы конфиденциальности информации и соблюдения врачебной тайны. Где будут храниться истории болезни? Стоит ли в регистратуре и в зале ожидания обращаться к больным по фамилии? Как патронажным работникам и другим сотрудникам программы, посещающим больных на дому, предотвратить появление ярлыка «ВИЧ-инфекция» на доме, квартире и самом пациенте?

Проблема раскрытия важна не только в аспекте консультирования. Патронажные работники, идя к больному домой, должны знать, знакомы ли с диагнозом их подопечного домочадцы. Врачам, оказывающим согласованную семейную помощь, тоже нужно знать, кто именно из родственников пациента осведомлен о его ВИЧ-статусе. Кроме того, всех пациентов просят уважать интересы других ВИЧ-инфицированных: не стоит рассказывать соседям и сослуживцам о том, что они на днях встретили в клинике общего знакомого. На еженедельных совещаниях многопрофильной бригады (см. главу 1.1) следует делиться с коллегами любой новой информацией, касающейся проблем раскрытия.

Что такое консультирование по раскрытию?

Консультанту по раскрытию необходимы те же навыки, что и любому консультанту (см. главу 3.2). По сути такое консультирование представляет собой доверительную беседу между двумя людьми, в ходе которой один человек помогает другому сделать трудный выбор. Цель консультирования по раскрытию — не просто склонить ВИЧ-инфицированного раскрыть свой диагноз, а помочь ему принять осознанное решение (раскрываться или нет); дать совет тем, кто решил раскрыться, как это лучше сделать, что именно, когда и кому говорить; рассказать о возможных последствиях разглашения диагноза и обсудить способы их преодоления.

Перечислим основные принципы консультирования по раскрытию.

- Обдумывание вопроса, раскрывать или нет диагноз ВИЧ-инфекции, — длительный процесс, который может продолжаться недели, месяцы, годы.
- Раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции способно повлечь за собой как благоприятные, так и неблагоприятные последствия.
- Выбор — раскрывать диагноз ВИЧ-инфекции или нет — должен быть тщательно обдуман; больного нельзя ни подгонять, ни подталкивать.

- После того как решение раскрыться принято, могут пройти недели, месяцы, годы, прежде чем диагноз ВИЧ-инфекции станет известен окружающим.

Главный вопрос, ответ на который должны найти и ВИЧ-инфицированный, и консультант: как лучше всего поступить *данному* человеку в *данное* время исходя из *данных* жизненных обстоятельств? И раскрытие, и нераскрытие влекут за собой как благоприятные, так и неблагоприятные последствия, с обсуждения которых можно начать консультацию.

Благоприятные последствия раскрытия:

- Отпадает необходимость скрываться
- Исчезает страх перед случайным (невольным) раскрытием диагноза
- Открывается доступ к психологической поддержке и практической помощи
- Появляется возможность обсудить жалобы и симптомы, поделиться тревогами и опасениями
- Становится проще посещать клинику (не нужно придумывать объяснения)
- Становится легче соблюдать схему лечения (не нужно прятать лекарства)
- Появляется возможность обсуждать с партнером переход к безопасным формам полового поведения и вопросы планирования семьи
- Появляется возможность направить партнера и детей на добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, а при необходимости — на лечение
- Появляется возможность попросить друга или родственника стать компаньоном по лечению
- Открывается доступ к группам поддержки и местным организациям, оказывающим помощь ВИЧ-инфицированным

Неблагоприятные последствия раскрытия:

- Обвинения со стороны партнера или других членов семьи в том, что ты «занес в дом ВИЧ-инфекцию»

- Отстранение, избегание, неприятие со стороны полового партнера, родственников, друзей; развод или разрыв с любимым человеком
- Дискриминация со стороны соседей или религиозной общины
- Дискриминация со стороны работодателя (вплоть до увольнения с работы)
- Обвинения в распутстве, сексуальной неразборчивости
- Дискриминация детей в школе или сообществе
- Нежелание мужа/жены (полового партнера) заводить новых детей
- Жестокое обращение, физическое насилие

На выбор ВИЧ-инфицированного — раскрывать или нет свой диагноз — влияет множество культурных, религиозных, медицинских и психологических факторов. Консультант не должен ограничиваться простым перечислением больному преимуществ и недостатков раскрытия, он должен проанализировать вместе с ВИЧ-инфицированным его жизненную ситуацию, просчитать его личные перспективы. Консультант не имеет права допускать, чтобы его собственные взгляды, мысли и чувства по поводу раскрытия сказались на выборе пациента.

Как проводится консультирование по раскрытию?

Единого «рецепта», как проводить консультацию по раскрытию, не существует. Каждый пациент — личность, каждая жизненная ситуация уникальна, и то, что может сработать с одним человеком, совершенно не подходит другому. Тем не менее можно очертить некоторые общие подходы к консультированию, которые в любом случае будут полезны. В рамках Южноафриканской учебной программы по СПИДу (SAT)* консультирование по раскрытию предлагалось разбить на три этапа: *подготовка* к консультации, собственно *проведение* консультации и *подведение итогов* консультации. Ниже приводится выжимка из учебных материалов этой программы.

Подготовка к консультации

Консультант должен сам подготовиться к беседе и создать соответствующую обстановку. Вспомним, о чем мы говорили в главе 3.2: консультация —

* Basic AIDS Counselling Guidelines. Southern African AIDS Training Programme, 2001.

Подготовка консультанта

- Оцените, сколько времени вам потребуется для консультации
- Изучите историю болезни пациента и поговорите с членами многопрофильной бригады, которые знают о нем больше других
- Если вы ранее уже встречались с этим пациентом, освежите в памяти содержание ваших бесед
- Продумайте, какие трудности и проблемы стоят перед данным пациентом, какие вопросы могут у него возникнуть
- Продумайте, кого можно привлечь на помощь пациенту (группы поддержки, местные организации, конкретные люди)

Создание обстановки для консультации

- Проявите гибкость: пусть пациент сам выберет место, где ему будет удобнее всего поговорить
- Убедитесь, что вам никто не мешает и никто не услышит вашу беседу
- Расставьте мебель так, чтобы и вам, и пациенту было удобно вести беседу
- Приготовьте ручку и бумагу, чтобы вы могли вести записи
- Приготовьте все остальное, что вам может потребоваться (наглядные пособия, питьевую воду, носовые платки)

это беседа, преследующая определенную цель. Какова цель *данной* беседы? Что именно предстоит обсудить? Какие могут возникнуть сложности?

Кроме всего прочего, консультант обязан знать, на каком из этапов «процесса раскрытия» находится его пациент. Начал ли он уже обдумывать вопросы раскрытия? Решился ли на то, чтобы кому-то рассказать о своем диагнозе? Или уже рассказал? Консультант должен быть осведомлен о семейной жизни пациента. С кем он живет? Есть ли у него жена (муж) или половой партнер? Есть ли у него дети? Работает ли пациент? Изучение истории болезни и иной медицинской документации, а также обсуждение проблем данного пациента на совещаниях многопрофильной бригады дадут консультанту необходимую информацию.

Проведение консультации

Приступая к консультации по раскрытию, следует в самом начале озвучить «правила игры». После того как консультант представится и познакомится с пациентом, он должен сообщить, как долго продлится беседа и как с ним можно будет связаться в дальнейшем. Пациенту нужно объяснить задачи консультирования и роль консультанта. С самого начала следует договориться, какую цель будет преследовать сегодняшняя беседа.

Прежде чем перейти к обсуждению личных вопросов, пациента надо уверить: сведения, которые он сообщит о себе консультанту, могут стать достоянием других членов многопрофильной бригады. Подобная *коллективная конфиденциальность* имеет одну единственную цель: оптимизировать

оказываемую больному помощь. Иные лица (домочадцы, соседи, сослуживцы) без согласия самого больного об этих сведениях не узнают. Кроме того, пациента надо предупредить, что консультант будет во время беседы вести записи и что эти записи будут впоследствии включены в историю его болезни.

Ни одна из консультаций по раскрытию не похожа на другую. Тем не менее общие вопросы, которые затрагиваются во время них, достойны перечисления. Напомним, что для обсуждения всех вопросов может потребоваться не одна встреча.

- Обсуждение благоприятных и неблагоприятных последствий раскрытия
- Помочь пациенту осознать и высказать свои опасения относительно раскрытия, выявить преграды
- Наметить пути преодоления преград
- Дать пациенту время все хорошо обдумать
- Разговор о половых партнерах пациента, которые нуждаются в защите от заражения ВИЧ
- Обсуждение источников поддержки
- Помочь пациенту сделать осознанный выбор
- Если пациент решается на раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции:
 - ◆ Помочь пациенту сделать выбор между полным и частичным раскрытием
 - ◆ Если пациент выбирает частичное раскрытие, помочь ему определить, кому первому сказать о своем диагнозе, когда, где и как это сделать
 - ◆ Обсудить заранее возможные реакции на признание
 - ◆ Устроить «репетицию» раскрытия — ролевую игру или разговор с воображаемым собеседником
 - ◆ Предложить практическую помощь, совет, утешение
- Наметить дальнейшие действия и назначить следующую встречу

Подведение итогов консультации

Заканчивая консультацию, нужно подвести итоги всему сказанному и наметить план действий на будущее. Важно убедиться, что пациент понимает

и одобряет выработанный план действий. Затем пациента следует поблагодарить за участие в беседе, спросить, не осталось ли у него каких-либо вопросов, условиться о времени следующей встречи и заверить, что консультант не забудет сделать все обещанные звонки и визиты. Каждая консультация должна быть задокументирована по принятым в данной программе правилам. На приведение записей в порядок и заполнение бланков следует отвести 10—20 минут после каждой консультации.

Раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции — непростая задача. Консультирование по раскрытию приносит моральное удовлетворение, но изматывает консультанта физически. Медицинские работники, помогающие больным и их семьям, сами порой нуждаются в поддержке. Совещания многопрофильной бригады и обсуждения случаев с коллегами — источник, в котором медицинские работники могут почерпнуть силы, найти помощь и понимание. В спорах и беседах между коллегами рождаются решения и намечаются оптимальные планы действий.



РАСКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА

В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: РАЗГОВОР С РЕБЕНКОМ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Раскрывать правду о своей ВИЧ-инфекции трудно даже при самом благоприятном стечении обстоятельств. Обсуждать же вопросы ВИЧ-инфекции и СПИДа с детьми — трудно вдвойне. Нет ни одного взрослого, который бы не мучился, обдумывая как, когда и какими словами рассказать своему ВИЧ-инфицированному ребенку правду о его диагнозе и стоит ли вообще ему об этом знать. Двадцатилетний опыт авторов данной главы показывает, что врачи, консультанты и родители других детей, готовые поделиться своим опытом, могут оказать огромную помощь семье, имеющей ВИЧ-инфицированного ребенка. Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должны включать в спектр оказываемых услуг помощь таким семьям.

Разговор о ВИЧ-инфекции с детьми затрагивает очень сложные проблемы. Конкретное содержание разговора зависит от взаимоотношений в семье и истории заражения ребенка, от уровня образования и социального положения семьи. Однако есть и общие аспекты. Одни родители изо всех сил стараются скрыть от ребенка правду о вирусе и медицинских последствиях инфекции, другие, наоборот, считают, что ореол тайны вокруг ВИЧ не принесет ничего, кроме вреда. В одной семье опасаются, что ребенок не сможет хранить молчание и проговорится приятелям, а это отразится на положении семьи в обществе; в другой не хотят ставить ребенка перед фактом, что его мать тоже инфицирована ВИЧ.

В очень многих семьях вопрос о раскрытии диагноза ВИЧ-инфекции ребенку вызывает долгие и горячие споры; не редкость, когда родители оказываются по разные стороны баррикады. Члены многопрофильной бригады тоже нередко расходятся во мнениях относительно подходов к той или иной семье, к тому или иному ребенку. В решении этого столь сложного и болезненного вопроса персонал программ помощи и лечения при ВИЧ-ин-

Участники процесса раскрытия:

- Ребенок
- Родители
- Домочадцы
- Сообщество

фекции и СПИДе должен учитывать желания и интересы как самих маленьких пациентов, так и их семей.

Раскрыть диагноз ВИЧ-инфекции ребенку, то есть рассказать ребенку о том, что он инфицирован ВИЧ, — значит проявить уважение к его правам, отнестись к нему как к самостоятельной личности. Раскрытие диагноза — это неотъемлемый компонент педиатрической помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Решаясь на раскрытие диагноза, безусловно, следует учесть также интересы семьи и сообщества, подобрать соответствующие возрасту ребенка, понятные ему слова и фразы. В этой главе будут вкратце рассмотрены рекомендации МЦПС по данному вопросу.

Обсуждение с родителями проблемы раскрытия

Поскольку проблема раскрытия ребенку диагноза ВИЧ-инфекции сложна и болезненна, обсуждать ее надо неоднократно, возвращаясь вновь и вновь к этой теме на совещаниях многопрофильной бригады и постепенно подготавливая родителей или опекунов к ее решению. Данный вопрос должен быть с самого начала включен в план помощи семье. Врачи и консультанты должны мягко и ненавязчиво помочь каждой семье найти свой собственный путь, предлагая взрослым посмотреть на проблему раскрытия с разных точек зрения.

Члены многопрофильной бригады, будь то врачи, консультанты или наставники из числа больных, должны стать для семьи поставщиками бесценного опыта и информации, почерпнутых у людей, которые уже прошли этой дорогой и справились с аналогичной проблемой. Чужой положительный опыт подбадривает и убеждает родителей больного ребенка: они должны знать, что многие и многие люди, решившись на откровенность, принесли пользу своим детям. Медицинские и социальные работники должны вселять в родителей надежду на благоприятный исход раскрытия.

Чем раньше начнется обсуждение с родителями проблемы раскрытия ребенку диагноза ВИЧ-инфекции, тем лучше. Проще говорить об этом в спокойной, «нейтральной» обстановке, а не тогда, когда в семье грядут перемены или резко ухудшается состояние здоровья больного. Медицинские и социальные работники во время каждого визита семьи в клинику должны выделить время и создать подходящую обстановку для обсуждения с родителями проблемы раскрытия: взрослым нужно дать возможность высказать свои чувства и мысли так, чтобы дети их не слышали. Сотрудники клиники должны делать все возможное, чтобы помочь родителям принять осознанное, обдуманное и ответственное решение: следует

ли им рассказать своему ребенку о том, что он инфицирован ВИЧ, и когда и как это лучше сделать.

У каждой семьи могут возникнуть свои собственные вопросы и сомнения. Тем не менее разумно начать беседу с обсуждения следующих четырех аспектов проблемы раскрытия. Не нужно пытаться обсудить все четыре за один раз, лучше всего переходить от одного круга вопросов к другому постепенно. У сотрудников программы будет выстраиваться все более полная картина жизни данной семьи, а у родителей будет время подумать и проникнуться идеей раскрытия диагноза ребенку. Медицинские и социальные работники смогут привести больше примеров и дать более подробные инструкции, а родители, решившись раскрыть ребенку его диагноз, получат больше времени на обдумывание конкретных шагов в этом направлении.

Ребенок (дети)

- Есть ли у ребенка клинические проявления ВИЧ-инфекции? Принимает ли он препараты?
- Сколько лет ребенку? Хорошо ли он говорит? Ведет ли себя как взрослый человек?
- Есть ли среди домочадцев тяжелобольные?
- Задает ли ребенок вопросы о ВИЧ-инфекции?
- Испытывает ли ребенок тревогу, волнение, беспокойство?
- Ведет ли ребенок половую жизнь и, следовательно, может ли заразить ВИЧ окружающих?

Родители (опекуны)

- Проходил ли родитель (опекун) тестирование на ВИЧ?
- Инфицирован ли родитель (опекун) ВИЧ? Есть ли у него клинические проявления ВИЧ-инфекции? Принимает ли он препараты?
- В случае, если родитель (опекун) болен, нуждается ли он в помощи детей по хозяйству?
- Насколько привязан ребенок к больному взрослому?

Семья (домочадцы)

- Инфицированы ли ВИЧ другие взрослые домочадцы? Кто об этом знает?
- Инфицированы ли ВИЧ другие дети в семье? Кто об этом знает?
- Сколько человек в семье принимают антиретровирусные препараты?
- Какая у больного семья — сплоченная, дружная или ее раздражают внутренние противоречия, ссоры и конфликты?

Сообщество

- Доступны ли большинству населения тестирование на ВИЧ и лечение?
- Есть ли в сообществе люди, не скрывающие свой ВИЧ-статус?
- Знаком ли ребенок с кем-либо из тех, кто не скрывает свой ВИЧ-статус?
- Лежит ли на ВИЧ-инфекции в данном сообществе клеймо позора? Что угрожает семье (социальная изоляция, дискриминация и так далее) в случае невольного раскрытия диагноза?
- Имеется ли в сообществе молодежная группа или взрослые люди, обремененные доверием ребенка, с которыми он мог бы поговорить?

Мы перечислили лишь некоторые из вопросов, которые предстоит обсудить работникам здравоохранения с семьей, обдумывающей вопрос о раскрытии диагноза ВИЧ-инфекции ребенку. Полезно также познакомить родителей с тем, как обстоят дела с раскрытием в странах, где тестирование на ВИЧ и антиретровирусная терапия общедоступны и проводятся на протяжении десятилетий. Объективную информацию на эту тему дают результаты специальных исследований. Известно, например, что семьи, раскрывшие диагноз ВИЧ-инфекции ребенку, в качестве основной побудительной причины чаще всего называют необходимость сохранить в семье *доверие*, а также возраст ребенка. ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом дети говорят, что для них очень важно, «когда тебе верят и честно отвечают на все вопросы»*. В другом исследовании было показано, что длительный «период секретности» (то есть время, в течение которого ребенок не знает о своем диагнозе) сопряжен у детей с чувством тоски и оди-

* DeMatteo et al, 2002.

ночества и что своевременная, откровенная и доверительная беседа помогает ребенку смириться и научиться жить с ВИЧ-инфекцией — точно так же, как это происходит с детьми, страдающими другими неизлечимыми заболеваниями*.

Говорить или не говорить

Согласно нашему опыту, детям идет на пользу правдивый разговор о ВИЧ-инфекции, о том, как она влияет на их собственную жизнь и на жизнь тех, кто им дорог. Разумеется, объем информации и способ изложения должны соответствовать возрасту ребенка. Для большинства детей старшего возраста, способных осознать случившееся, благоприятные последствия раскрытия преобладают над неблагоприятными, особенно в тех странах, где тестирование на ВИЧ и лечение общедоступны. Если ребенок поймет, зачем он должен ежедневно принимать препараты, у него будет меньше проблем с соблюдением схемы лечения**. Как уже говорилось, МЦПС рекомендует раскрывать детям правду об их ВИЧ-инфекции. В то же время консультирование по раскрытию призвано помочь каждой семье сделать свой собственный выбор. Это означает, что семья может принять решение держать диагноз ВИЧ-инфекции в тайне от детей.

Медицинские и социальные работники обязаны отрешиться от своих собственных убеждений и взглядов на проблему раскрытия диагноза ВИЧ-инфекции ребенку: если этого не сделать, можно невольно навязать родителям свою точку зрения. В этом случае консультирование вряд ли окажется удачным, оно не только не принесет пользы, но и может закончиться утратой доверия к консультанту. Одна семья может решить, что консультант просто не в состоянии понять их проблем и их жизненной ситуации; другая, стремясь угодить консультанту, примет преждевременное, необдуманное решение о раскрытии, которое вряд ли увенчается успехом. И так, оставив в стороне собственные мысли и чувства, консультант должен обеспечить семье открытую нейтральную площадку для обсуждения ее проблем.

В семье тоже могут быть свои собственные предубеждения по поводу раскрытия информации детям. Затронув эту тему впервые, медицинские и социальные работники рискуют столкнуться с упорным нежеланием семьи делиться информацией о ВИЧ-инфекции с детьми. У родителей могут быть на то свои причины, и задача консультанта — задавая наводящие вопросы,

* Instone, 2000.

** Chesney & Antoni (Eds.), 2002.

внимательно слушая и сопереживая, выяснить их. Аккуратно направляя беседу в нужное русло, можно попытаться обсудить воззрения семьи на проблему раскрытия, предложить родителям взглянуть на вопрос с различных точек зрения (некоторые из них изложены ниже). Делать это надо мягко и ненавязчиво; беседа должна носить поддерживающий, доверительный и доброжелательный характер.

Разные точки зрения

Обсуждая с родителями благоприятные и неблагоприятные последствия раскрытия ребенку диагноза ВИЧ-инфекции, полезно озвучить весь спектр аргументов «за» и «против». В данном разделе мы приводим различные точки зрения на одни и те же вопросы, которые можно использовать во время беседы с родителями. Подробно разбирая эти и другие проблемы, рассматривая их под различными углами зрения, консультант поможет родителям принять осознанное и обдуманное решение по поводу их больного ребенка.

Против раскрытия. Не нужно взваливать на детей взрослые проблемы, знакомить их с болезнями и смертью. Их надо ограждать от жизненных тягот и невзгод; пусть дети как можно дольше пребывают в счастливом неведении относительно похорон, страданий, разводов и прочих неприятностей.

Другая точка зрения

Даже самые маленькие дети остро чувствуют, когда вокруг что-то «неправильно». Им передаются горе и беспокойство родителей, они замечают перемены в доме, когда кто-либо из взрослых болеет или уезжает. Нельзя отгородить ребенка стеной от окружающей действительности.

Против раскрытия. Дети должны быть счастливы. Детство быстро кончается. Пусть оно будет свободно от печалей и горестей.

Другая точка зрения

Ни один ребенок не может все время быть счастливым и беззаботным. Когда ребенку грустно, когда он смущен или обеспокоен, самое худшее, что он может себе представить, — это что родителям нет дела до его чувств. В такой ситуации ребенок ощущает себя покинутым и одиноким. Родители, которые ждут от детей одних лишь беспечности и веселья, могут не заметить, что их ребенок нуждается в утешении или ободрении. Рассказав ребенку о ВИЧ-инфекции, вы можете дать ему надежду и *ослабить* терзающие его печаль, беспокойство, смущение (особенно, если у ребенка есть клинические проявления болезни).

Против раскрытия. Сказать ребенку, что у него ВИЧ-инфекция, — значит украсть у него детство. Дети, которые знают о своем диагнозе, живут с мыслью о смерти, не получают радости от жизни, чувствуют себя ущербными и неполноценными.

Другая точка зрения

Даже самые маленькие дети, чувствуя себя нездоровыми и принимая лекарства, знают, что с ними что-то «не в порядке», что-то «не так». Не получив от взрослых никаких разъяснений, они начинают придумывать свои собственные версии происходящего. Поскольку знаний у детей еще маловато и они располагают только собственным опытом, объяснения у них получаются сильно упрощенными, а иногда просто фантастическими. Например, один ВИЧ-инфицированный мальчик до 9 лет, пока ему не рассказали о заболевании, свято верил в то, что его кровь «отравлена» и что это — наказание за непослушание. Если бы родители поговорили с ним о ВИЧ-инфекции раньше, они бы уберегли его от ненужного страха и страданий. Снабжая ребенка как можно раньше правдивой информацией, вы не усиливаете, а *ослабляете* в нем чувство ущербности и неполноценности.

Против раскрытия. Рассказывая ребенку о ВИЧ-инфекции, вы можете спровоцировать в нем интерес к интимной жизни родителей, к их сексуальному опыту. Во многих случаях родители не только боятся открывать детям правду, но испытывают еще и чувство вины или стыда. Мать, которая заразила своего младенца ВИЧ, может быть настолько удручена создавшейся ситуацией, что будет всеми силами стараться сохранить эту историю в тайне. Поглядеть в лицо реальности для нее просто невыносимо.

Другая точка зрения

Совсем необязательно, рассказывая ребенку о ВИЧ-инфекции, делиться с ним пикантными подробностями из жизни родителей. Родители вправе сами решить, что ребенку следует знать, а что не следует.

Другая точка зрения

Против раскрытия. Скрывать свой диагноз естественно. Родители, боясь общественного осуждения и гонений, вправе хранить «семейную тайну» и не говорить о ВИЧ-инфекции детям. Соккрытие ВИЧ-статуса можно превратить в образ жизни: лекарства прятать, визиты в клинику пропускать, а на любые разговоры о заболевании наложить запрет.

Изо дня в день скрывать от ребенка правду и хранить диагноз ВИЧ-инфекции в тайне — тяжелое, выматывающее занятие, отрывающее время и силы от других более важных дел. Секретность может помешать ребенку примириться со своим заболеванием, а когда он повзрослеет — обеспечивать безопасность во время половых контактов. Секретность пагубно отражается на приверженности: не ведающим о своем диагнозе детям труднее соблюдать схему лечения. Если семья крайне заинтересована в том, чтобы информация о ВИЧ-инфекции не вышла за порог их дома, с ребенком, как правило, удастся об этом договориться.

Готовность к раскрытию

Родители и опекуны, решившиеся раскрыть детям диагноз ВИЧ-инфекции, часто спрашивают медицинских и социальных работников, готов ли их ребенок воспринять эту информацию. Идеального способа быстро получить ответ на этот вопрос нет. Взрослым просто нужно обращать внимание на то, что дети начинают задавать все больше и больше вопросов. Это значит, что они нуждаются в информации. За вопросами типа «А мне на самом деле нужно пить эти таблетки?» или «А что случится, если я не буду их принимать?» помимо детского любопытства могут скрываться беспокойство и тревога. Если родители не рассказали ребенку о ВИЧ-инфекции, ответы на такие вопросы будут хоть и честными, но слишком общими, например: «Эти таблетки поддерживают в тебе силы». Задав встречный, расширенный вопрос, например: «А как ты сам думаешь, что случится, если ты откажешься пить таблетки?», врач сможет лучше понять истинные мотивы ребенка. Медицинские работники должны во время каждого визита в клинику интересоваться у родителей, как им отвечать на такие вопросы (делать это надо тогда, когда ребенок находится в другом помещении, вне зоны слышимости).

Оценить готовность ребенка к раскрытию ему информации о ВИЧ-инфекции позволяют также индивидуальные консультации. Еще одна возможность — групповые детские консультации, когда нескольких больных детей собирают вместе и дают им возможность познакомиться и поговорить друг с другом под присмотром одного или нескольких консультантов. Детское консультирование проводят только при согласии родителей на такую

форму помощи. Родителей следует заверить, что все сказанное ребенком во время консультации останется в тайне.

Многие родители одобряют идею детских консультаций и расценивают их как способ получить объективную информацию о том, как много знает их ребенок и что его беспокоит. Действительно, дети часто бывают более откровенны с «посторонними», им проще поделиться своими опасениями и задать интересующие вопросы кому-то, кого они совсем не знают, — ведь в этом случае они не боятся огорчить, расстроить или удивить собеседника. ВИЧ-инфицированные дети, которые волнуются по поводу своей болезни и страшатся предстоящих событий, особенно чутко улавливают душевное состояние своих близких и стараются не говорить им ничего, что бы могло причинить им боль.

Консультации можно проводить в форме доверительной беседы с ребенком старшего возраста, в форме коллективных обсуждений для группы детей или в форме игры с ребенком младшего возраста. Предложите маленькому ребенку поиграть в куклы или нарисовать портреты своих родственников — так ему будет легче рассказать о своей домашней жизни, о том, что его волнует. Внимательно слушая, задавая вопросы, требующие развернутых ответов, и придерживаясь нейтральной позиции, консультант многое узнает о душевном состоянии ребенка, его тревогах и опасениях, его представлениях о болезни, реальных или надуманных. Если в ходе консультации ребенок начнет спрашивать вас напрямую, например: «У моего папы СПИД, да?» или «А у меня ВИЧ?», следует переадресовать вопросы родителям — пусть они сами решат, что говорить и что не говорить ребенку. Консультант должен оставаться искренним и всегда стоять на нейтральных позициях. Можно ответить ребенку следующим образом: «Ты задал очень важный вопрос — давай подумаем, как бы нам поговорить об этом с твоим папой (твоей мамой, бабушкой)...» Так вы покажете ребенку, что признаете за ним право задавать подобные вопросы и понимаете, какой смелости это от него требуется, родителям же вы дадите время собраться с мыслями.

Цель консультационной работы с детьми и их семьями — выстроить доверительные отношения, которые будут оказывать терапевтическое воздействие. Искренность, умение слушать и соблюдение нейтралитета рожают у детей и родителей доверие к консультанту и веру в собственные силы, и консультирование приносит пользу всей семье. Консультант координирует усилия всех заинтересованных сторон и подготавливает почву для раскрытия ребенку правды о его заболевании. Для раскрытия необходимо, чтобы взрослые проявили внимание к нуждам ребенка, а ребенок чувствовал с их стороны доверие и поддержку.

Пути к раскрытию: с чего начать разговор

Согласно нашему опыту, лучший способ открыть ребенку правду о его ВИЧ-инфекции — это разговор с родным и близким ему человеком, с человеком, способным найти понятные малышу слова и фразы, обнять и приласкать во время беседы. Полезно, если во время разговора будет присутствовать специалист (врач или консультант), однако это необязательно. Важнее всего, чтобы горькая правда исходила от любящего человека, от человека, который заботится о благополучии ребенка, который впоследствии будет ухаживать за ним и не откажется еще раз вернуться к обсуждению наболевших вопросов.

Раскрытие ребенку диагноза ВИЧ-инфекции ни в коем случае не должно носить случайный, непреднамеренный характер, происходить во время ссор и семейных распрей. Ребенок может запомнить обстоятельства, при которых он узнал о своем диагнозе, и если в его сознании раскрытие будет связано с гневом, раздражением, злобой, ему будет труднее приспособиться к своей болезни. Поскольку раскрытие диагноза — это не единичное событие, а длительный процесс, тянувшийся все детство, ребенку надо создать возможность обсуждать назревшие вопросы о ВИЧ-инфекции. Полезно, например, перечислить ребенку всех людей из его окружения, с которыми он может поговорить на эту тему; полезно и по собственной инициативе время от времени возвращаться к разговору о ВИЧ-инфекции.

В беседах о ВИЧ-инфекции очень важно подбирать соответствующие возрасту ребенка, понятные ему слова и фразы. Немаловажное значение имеют также личностные особенности ребенка, его характер, уровень развития, способность к обучению. Дети, будучи ровесниками, сильно отличаются друг от друга. Не бывает двух одинаковых детей, как не бывает и двух одинаковых ситуаций. Разговор о ВИЧ-инфекции с детьми любого возраста должен плавно начинаться с тех вопросов и предположений, которые *возникли у самого ребенка*. Предоставив ребенку возможность поговорить о том, что его действительно беспокоит, взрослые смогут лучше понять его реальные тревоги и интересы.

Детские заботы и опасения иногда оказываются просто неожиданными. Например, одна шестилетняя девочка сообщила консультанту, что хочет «серьезно поговорить с ним о жизни». Заручившись согласием родителей, консультант решил побеседовать с девочкой наедине и заверил ее, что сохранит в тайне содержание разговора. После этого девочка со слезами на глазах заявила: «Я пропустила первый день занятий в школе и не понимаю,

как теперь смогу догнать сверстников». Если бы консультант не предоставил малышке возможность высказаться, а проявил инициативу и сам начал разговор о ВИЧ-инфекции, то вместо того, чтобы помочь ей справиться со школьными проблемами, он нагрузил бы ее излишней информацией, которую она не готова была узнать.

Один из основополагающих принципов консультирования детей — избегать «лекций» и «нотаций». Напротив, надо сосредоточиться на том, что говорит ребенок, и позволить ему направлять беседу. Детям редко когда доводится руководить ситуацией, а между тем они должны иметь такую возможность, особенно в том, что касается их собственного заболевания. Во время посещений клиники нужно приветствовать участие ребенка в собственном осмотре, во взятии крови для анализов и других процедурах, в принятии невкусных лекарств.

Дайте понять ребенку, что вам интересно узнать его собственные мысли и чувства. Искусство собеседника состоит в умении *задавать вопросы*, как прямые, так и косвенные, и *слушать*. Прислушиваясь к тому, что отвечает ребенок, постарайтесь распознать не только произнесенные вслух слова, но и стоящий за ними скрытый смысл. Отвечая на простой вопрос: «На что похожи твои лекарства?», ребенок может повернуть разговор в сторону раскрытия. Если шестилетний мальчуган скажет: «На кашки!», ответная реплика может быть такой: «Верно, они невкусные... Давай подумаем, а почему вы с мамой должны их принимать?» Если ребенок захочет узнать подробно, он даст вам это понять.

Дать совет, как лучше рассказывать детям о ВИЧ-инфекции, трудно. Детям младшего возраста часто бывает достаточно сказать про «микроба» и объяснить, что это такое. Дети постарше могут заинтересоваться подробностями и потребовать точных терминов. Детям старшего возраста захочется понять, как передается инфекция, почему они заразились и какие возможны последствия: «А меня нарочно заразили вирусом?», «А вирус влияет на то, как я выгляжу?», «Моя болезнь — это навсегда?». При раскрытии диагноза ВИЧ-инфекции подросткам можно заодно обсудить вопросы предотвращения передачи ВИЧ окружающим.

Ниже мы приводим фразы, которые родители и медицинские работники смогут использовать в беседах с детьми, предварительно адаптировав к уровню развития ребенка, его личным особенностям и интересам. Помните, что все эти высказывания должны быть умело вплетены в ткань беседы, которую направляет сам ребенок и которая происходит на равноправной основе.

Ребенок 4—5 лет

«В твоей крови поселился микроб (или вирус), вот почему ты плохо себя чувствуешь и должен принимать лекарства».

«Главное, чтобы ты принимал лекарства каждый день, они помогут тебе оставаться сильным».

«Вирус — это такой маленький червячок, который проник в твое тело, поселился в крови и заставляет тебя болеть. Это как простуда. Простуду тоже вызывает вирус. А вирус, который живет у тебя в крови (а также у мамы, у папы...), называется ВИЧ».

Ребенок школьного возраста

«Пока ты находился у мамы в животике, вирус (ВИЧ) пробрался из ее крови в твою и заразил тебя. Поэтому ты болеешь с самого рождения».

«То, что ты заражен ВИЧ, не делает тебя каким-то особенным человеком. Просто у тебя в крови живет такой вирус. Бывают разные вирусы, которые вызывают у людей различные болезни».

«ВИЧ — это имя вируса, который живет в твоей крови. СПИД — это болезнь, которая развивается у тех, кто не лечится. Если ты будешь принимать лекарства против ВИЧ, то СПИДа у тебя не будет».

«Твоя ВИЧ-инфекция — это твоя личная жизнь. Ты можешь никому не рассказывать о ней, если не хочешь. С другой стороны, ты можешь рассказать о своей ВИЧ-инфекции людям, которые способны тебе помочь (учительнице, няне и так далее — если на это согласны родители). В том, что ты заражен ВИЧ, нет твоей вины и тебе абсолютно нечего стыдиться».

Подросток

«Ты заражен вирусом, который называется ВИЧ. Вирус — это микроорганизм, который проникает в твое тело, обитает в крови и вызывает инфекцию. Это вовсе не означает, что со временем ты тяжело заболеешь. У тебя есть возможность победить вирус — для этого надо каждый день принимать лекарства».

«Ты знаешь о том, что заражен ВИЧ, и знаешь, что такое ВИЧ-инфекция. Это накладывает на тебя особые обязательства — не допустить, чтобы вирус передался от тебя другим людям. Чтобы самому еще раз не заразиться ВИЧ и чтобы не заразить никого из окружающих, нужно... (далее в зависимости от половой зрелости ребенка и степени риска)».

«ВИЧ-инфекция вовсе не исключает возможности вести полноценную половую жизнь с любимым человеком. Просто ты должен хорошенько все продумать и построить свои взаимоотношения с окружающими так, чтобы обеспечить безопасность и им, и себе».

«Тысячи подростков во всем мире, которые инфицированы ВИЧ, считают, что ВИЧ-инфекция дает им особые возможности — делиться знаниями об этой болезни с другими людьми, предотвращать распространение инфекции, бороться с предрассудками и с заблуждениями, окружающими СПИД. Ты тоже можешь использовать свой ВИЧ-статус для того, чтобы изменить к лучшему жизнь других людей».

В любой беседе, посвященной раскрытию диагноза ВИЧ-инфекции, независимо от возраста ребенка (подростка), ему надо дать понять, что он может задавать любые вопросы и что взрослые постараются на каждый из них найти ответ. Объясните ребенку, что ВИЧ-инфекция — это тема, открытая для обсуждения, и что к разговору о ней вы будете возвращаться вновь и вновь. Желательно, чтобы каждая беседа, посвященная раскрытию диагноза, начиналась и заканчивалась со следующих трех ключевых моментов.

- **Разъяснение, что вопросы ребенка естественны, важны и желанны для взрослых.**
- **Напоминание, что в ВИЧ-инфекции ребенка нет его вины.** Необходимо также развеять всевозможные заблуждения по поводу ВИЧ-инфекции, которые могут иметься у ребенка: например, что его кровь отравлена, что в его теле текут дьявольские соки, что он неполноценный или ущербный человек. Наличие ВИЧ в крови у ребенка означает лишь то, что его кровь и другие биологические жидкости не должны попадать в организм других людей. Кстати сказать, это правило касается абсолютно *всех людей*, а не только тех, которые инфицированы ВИЧ.
- **Предоставление надежды и утешения.** Никто не в силах предсказать будущее, однако современная медицина научилась справляться с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции. Ребенка надо заверить, что окружающие его взрослые люди при любых обстоятельствах будут делать все от них зависящее, чтобы ему помочь.

Немаловажно заранее предусмотреть реакцию ребенка на кампании по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, которые разворачиваются в средствах массовой информации. Изображения и лозунги, используемые в этих кампаниях, например «СПИД несет смерть», могут напугать ребенка, кото-

рый уже знаком со своим диагнозом и пытается с ним примириться. Постарайтесь объяснить ребенку истинную цель таких кампаний, рассказать об угрозе, которую несет ВИЧ-инфекция для неисклюшенного населения, не подозревающего о своем ВИЧ-статусе, в то время как самому ребенку не грозит ничего страшного — ведь он «принимает лекарства, которые делают его сильным».

Три ключевых момента, которые мы обсудили выше, помогут детям выработать разумное отношение к потоку информации о ВИЧ-инфекции и СПИДе.

Раскрытие правды о ВИЧ-инфекции у других членов семьи

Раскрыть ребенку информацию о том, что кто-то еще из членов семьи инфицирован ВИЧ, столь же непросто, сколь раскрыть ему его собственный диагноз. Прежде чем делиться такой информацией с ребенком, следует обсудить свое намерение со всеми заинтересованными лицами, обдумать задаваемые ребенком вопросы и оценить необходимость раскрытия сведений. Если ребенка интересует ВИЧ-статус близкого и родного ему человека (матери, отца, старшего брата или сестры), лучше всего получить разрешение на раскрытие информации у самого ВИЧ-инфицированного и привлечь его для участия в беседе. Если речь идет о младшем брате или сестре либо об умершем или отсутствующем члене семьи, раскрывая ребенку информацию о его ВИЧ-статусе, надо по возможности упомянуть желания или намерения самого больного. Например: «Ты уже достаточно взрослый, а твой братик еще слишком мал и не может понять, что такое ВИЧ. Но ему будет нужна твоя помощь, чтобы принимать вовремя лекарства» или «Твоя мама не может тебе рассказать о своей ВИЧ-инфекции, потому что она слишком больна (умерла, уехала). Но она хотела, чтоб ты узнал о ее болезни, берег себя и помогал своим близким».

Разговор о ВИЧ-статусе других членов семьи — хороший повод для укрепления внутрисемейных отношений доверия, взаимовыручки и соблюдения общих интересов. Надежная и крепкая семья позволяет людям справиться с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, научиться с ними жить. Раскрыть ребенку правду о ВИЧ-инфекции у других членов семьи — значит еще раз продемонстрировать ему свою любовь и доверие, дать ему доказательства безопасности. Например, можно сказать: «Да, у твоей мамы ВИЧ-инфекция (СПИД). Это значит, что мы с тобой теперь будем связаны общей тайной. Мы будем вместе принимать лекарства и напоминать об этом друг другу», «Да, у твоего отца тоже ВИЧ-инфекция, как и у нас с тобой. Мы с папой изо

всех сил заботимся друг о друге и обязательно будем заботиться о тебе» или «О, мы теперь все повязаны одной веревочкой».

В подобных беседах уместно открыто затронуть вопросы персональной ответственности, необходимости уважать интересы других членов семьи и соблюдать чужие тайны. Родители могут не захотеть делиться с ребенком историей своего заражения или подробностями личной жизни. В таком случае следует напомнить ребенку о разнице между взрослыми и детьми; этого будет достаточно, и это его *успокоит*. Например, на вопрос малолетнего сына о том, как отец «подхватил» ВИЧ, можно сказать: «Это взрослые дела: мы с тобой поговорим о них, когда ты подрастешь». Если аналогичный вопрос задан ребенком постарше, ответ может быть таким: «Об этом знают только мама и ее доктор. Мне не хочется сейчас об этом говорить, да и тебе не следует об этом беспокоиться».

Разговор о ВИЧ-инфекции и СПИДе с умирающим ребенком

Когда ребенок находится в терминальной стадии ВИЧ-инфекции, проблема раскрытия ему диагноза может отойти на второй план перед необходимостью попрощаться. Как и в остальных случаях, главная задача — понять, что именно беспокоит ребенка и что он хочет узнать. Если умирающего ребенка волнуют название и природа его болезни, родители и врачи должны пойти ему навстречу и предоставить необходимую информацию. Если же, как это чаще всего бывает, ребенок страшится самой смерти и хочет успеть со всеми попрощаться, то медицинские работники и семья должны сосредоточиться на оказании ему психологической поддержки, чтобы облегчить страдания и скрасить последние дни.

Тяжелобольные дети, стоящие перед лицом смерти, зачастую сверхъестественным образом угадывают, что с ними происходит. Одни из них больше всего боятся боли или одиночества, другие задаются вопросом, что с ними будет происходить после смерти. Третьи переживают из-за того, что станется с родителями, братом, сестрой или любимой собакой после того, как они уйдут из жизни. Взрослые, переполненные печалью предстоящей разлуки, не всегда находят в себе силы поддерживать разговор на интересующую ребенка тему; некоторые даже начинают избегать свиданий с ребенком и делать вид, что ничего страшного не происходит. Это естественная реакция взрослых, направленная на то, чтобы оградить себя от чрезмерных страданий, связанных с потерей ребенка. Однако умирающему ребенку она ничем не помогает. Напротив, нежелание родителей говорить о смерти может усилить в ребенке чувство одиночества и приумножить его страх.

Очень важно для взрослых все время находиться в досягаемости и дать понять ребенку, что его вопросы, тревоги и опасения естественны и что при желании о них можно поговорить. Лучше всего, если рядом с ребенком будет не один, а несколько взрослых, чтобы он мог выбрать себе «слушателя». Некоторым детям легче обсуждать трудные вопросы не с близкими, а с посторонними людьми, и в этом случае роль связующего звена между умирающим ребенком и его семьей может взять на себя врач или иной медицинский работник. Он расскажет родственникам, в чем именно нуждается ребенок, будь то общение, утешение или поддержка, поможет семье достойно провести последние дни с умирающим и разрешить все мучающие ребенка вопросы. Полноценное общение с ребенком *перед* смертью поможет родным и близким перенести горе разлуки *после* его ухода из жизни.

Майкл Липсон и Стивен Левин предлагают задать умирающему ребенку вопрос: «Каково это, быть так тяжело больным?» Если ребенок хочет поговорить о своей болезни и надвигающейся смерти, вопрос послужит для него ненавязчивым приглашением к беседе. Если же ребенок не желает обсуждать эти проблемы, он промолчит или откажется отвечать. Тем детям, которые выражают желание поговорить о смерти, родители и врачи могут облегчить задачу, спрашивая: «О чем ты хочешь спросить? Что тебя пугает? Как я могу тебе помочь?» Родственникам обычно хочется поделиться с ребенком своими представлениями о загробной жизни. Очень важно, чтобы врачи, ухаживающие за умирающим ребенком, уважали чувства и верования его родных и близких. Нужно помнить, что главное — это способствовать полноценному общению ребенка с родными.

Умирающий ребенок нуждается в том, чтобы его утешили и успокоили. И здесь мы опять советуем быть искренними. На вопрос: «Я умираю?» лучше правдиво ответить: «Да, ты можешь умереть... все люди смертны... никто не знает, когда он умрет», чем промолчать или уйти от ответа, предложив упрощенное, примитивное объяснение.

После смерти ребенка ухаживавшие за ним медицинские работники, как и родственники, нуждаются в поддержке и утешении. Лечить смертельно больных детей и оказывать им психологическую помощь — очень тяжелая работа. Детские страдания, с которыми медицинские и социальные работники вынуждены сталкиваться каждый день, накладывают отпечаток на их собственные жизни. Очень важно разработать систему поддержки для медицинского персонала, чтобы сотрудники могли делиться друг с другом своими переживаниями и вспоминать ушедших из жизни пациентов. Многопрофильная бригада, которая осознает потребности своих сотрудников в душевном комфорте и стремится его обеспечить, — сильная бригада.

Заключение

Итак, раскрытие ребенку любой информации о ВИЧ-инфекции и СПИДе — это длительный процесс, подразумевающий многократные, последовательные, подробные беседы с детьми. После того как тема была однажды затронута, к ней надо возвращаться вновь и вновь. По мере взросления ребенка, изменения жизненных обстоятельств и оказываемой ему помощи круг обсуждаемых вопросов будет расширяться и усложняться. Обсуждая с ребенком раз за разом его болезнь, интересуясь в первую очередь его собственными заботами и тревогами, вы поможете ему постепенно осознать свое место в жизни и свое предназначение. Дети, хорошо информированные о ВИЧ-инфекции, в конце концов становятся надежными помощниками для собственной семьи и убежденными борцами с эпидемией СПИДа в сообществе. Дети, которые с малых лет знают правду о своем заболевании, вырастая, становятся грамотными, осведомленными людьми, знающими, как лечить ВИЧ-инфекцию и как предотвратить заражение окружающих. Честно и открыто обсуждая проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа, медицинские и социальные работники могут добиться милосердия, доброжелательности и поддержки для семей своих пациентов.

Благодарности

В подготовке данной главы участвовали Марта Вибберт, Ph. D., и Розетт Серванга.

Приложение А. Рекомендуемая литература

1. American Academy of Pediatrics. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics* 1999;103; 164—166.
2. Armistead L, Tannenbaum L, Forehand R, et al. Disclosing HIV status: Are mothers telling their children? *Journal of Pediatric Psychology* 2001; 26(1); 11—20
3. DeMatteo D, Harrison C, Arneson C et al. Disclosing HIV/AIDS to children: The paths families take to truth telling. *Psychology, Health & Medicine* 2002; 7(3); 339—356.
4. Instone SL. Perceptions of children with HIV infection when not told for so long: Implications for diagnosis disclosure. *Journal of Pediatric Health Care* 2000; 14(5); 235—243.
5. Lester P, Chesney M, Cooke M et al. When the time comes to talk about HIV: Factors associated with diagnostic disclosure and emotional distress in HIV-infected children. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2002; 31(3); 309—317.
6. Lipson M. What do you say to a child with AIDS? *Hastings Center Report* 1993; 23; 6—12.
7. Reyland SA, Higgins-D'Alessandro A, McMahon T.J. Tell them you love them because you never know when things could change: Voices of adolescents living with HIV-positive mothers. *AIDS Care* 2002; 14(2): 285—294.
8. Shonfeld DJ, Talking with children about death. *Journal of Pediatric Health Care* 1993; 7(6), 269—274.
9. Tasker M. (1992) *How can I tell you? Secrecy and disclosure with children when a family member has AIDS*, Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
10. Chesney, MA & Antoni, MH (Eds.) (2002) *Innovative Approaches to Health Psychology: Prevention and Treatment Lessons from AIDS*, Washington, DC: American Psychological Association.
11. www.hospicenet.org/html/talking.html
12. Национальная сеть «СПИД и педиатрия»: www.npan.org
13. www.pkids.org/10-03disclosingtokids.pdf
14. www.talkingwithkids.org/aids.html
15. www.womenchildrenhiv.org



ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Что такое профилактика среди ВИЧ-инфицированных?

Под профилактикой среди ВИЧ-инфицированных (которую иногда называют третичной профилактикой СПИДа) понимают комплекс мероприятий, адресованных ВИЧ-инфицированным людям и направленных на предупреждение передачи ВИЧ окружающим. Эти мероприятия включают обучение больных методам снижения вреда, консультирование по вопросам профилактики, снабжение презервативами, обеспечение ВИЧ-инфицированным доступа к службе охраны репродуктивного здоровья, а также текущую поддержку по вопросам безопасных форм поведения.

Каковы цели профилактики среди ВИЧ-инфицированных?

Профилактические мероприятия призваны снизить риск передачи вируса от ВИЧ-инфицированных людей окружающим. В разных странах используются разные формы профилактической работы. Они могут быть направлены на предотвращение передачи ВИЧ половым путем (с помощью презервативов или воздержания), вертикальным путем (с помощью медикаментозной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку) и инъекционным путем, через общие шприцы и иглы при употреблении наркотиков (с помощью программ снижения вреда).

Несмотря на то что многие ВИЧ-инфицированные делают все возможное, чтобы не заразить своих половых партнеров, заболеваемость ВИЧ-инфекцией в многих странах продолжает расти — в том числе и в тех странах, где общедоступна антиретровирусная терапия. Одна из важнейших задач общественного здравоохранения — помочь ВИЧ-инфицированным выработать такие формы поведения (воздержание или систематическое и грамотное использование презервативов), которые позволят существенно снизить риск передачи вируса половым путем. Для многих стран не менее важно отучить потребителей

инъекционных наркотиков пользоваться общими иглами и шприцами и таким образом предотвратить передачу вируса инъекционным путем.

Важность профилактики среди ВИЧ-инфицированных трудно переоценить. Если вы убедите одного человека, не инфицированного ВИЧ, снизить риск своего собственного заражения, вы предотвратите один случай заболевания. Если же вы убедите сделать то же самое ВИЧ-инфицированного, вы спасете от заражения многих людей.

Как проводится профилактика среди ВИЧ-инфицированных?

Для ВИЧ-инфицированных используются особые подходы к консультированию, обучению и коррекции поведения, не такие, как для остального населения. Опыт показывает, что оказание подобных услуг *в рамках программ помощи и лечения* при ВИЧ-инфекции и СПИДе оказывается особенно полезным, поэтому МЦПС приветствует включение профилактики среди ВИЧ-инфицированных в свои программы.

Для того чтобы убедить человека изменить свой образ жизни, консультанту требуются те же навыки и умения, которые мы обсуждали в главе 3.2, а именно: умение сопереживать, профессионализм и искусство общения (умение слушать, задавать вопросы, объяснять). Обсуждение сексуальной жизни больного невозможно без соблюдения конфиденциальности и создания атмосферы доверия; в этом плане особенно успешно действуют врачи общей практики. Большинство исследований, посвященных проблемам профилактики среди ВИЧ-инфицированных, было проведено в развитых странах, поэтому их результаты оказываются неприменимы ко многим странам с ограниченными ресурсами. Тем не менее эти исследования показывают, что большинство пациентов охотно обсуждают с врачами свою сексуальную жизнь и способы снижения вреда. Более того, пациенты часто ждут от врача, что он сам начнет беседу на эту тему, что возлагает на медицинских работников особую ответственность. Поэтому мы настоятельно рекомендуем врачам создавать соответствующую обстановку и побуждать пациентов к разговору об их половой жизни — как во время начального обследования, так и во время последующих визитов. Эти разговоры могут быть непродолжительными, но они должны повторяться вновь и вновь, поскольку однократная беседа, сколь бы она ни была эффективна, вряд ли способна оказать существенное влияние на образ жизни больного.

Смена образа жизни происходит постепенно. Специалисты единодушно соглашаются в том, что для отказа от одних привычек и приобретения но-

вых, будь то отказ от курения или от форм полового поведения, сопряженных с высоким риском заражения, обычно требуются знания, навыки, мотивация, ресурсы и поддержка.

- **Знания.** Что касается ВИЧ-инфекции, пациенты должны знать, как передается вирус, чем рискуют их партнеры и каким образом можно снизить этот риск. Полезно также быть знакомым с относительной эффективностью различных методов снижения вреда, в частности воздержания и систематического использования презервативов. Немаловажно и понимать связь между употреблением алкоголя и наркотиков, с одной стороны, и опасными формами поведения — с другой. Начать обсуждение проблем снижения вреда можно с вопроса о том, что сам пациент считает опасными формами поведения и какие шаги мог бы предпринять, чтобы обезопасить своего партнера.
- **Навыки.** Навыки, необходимые для снижения вреда, разнообразны и включают как раскрытие половому партнеру правды о своей ВИЧ-инфекции (что подробно обсуждается в главе 3.3), так и умение грамотно использовать презервативы.
- **Мотивация.** Изменение образа жизни дается больным нелегко. Чтобы приобрести новые привычки, нужно очень сильно этого хотеть. Обсуждение с больным неблагоприятных последствий незащищенных половых контактов нередко побуждает их к изменению своих собственных привычек.
- **Ресурсы.** Помимо бесед с лечащим врачом, на больных мощное воздействие оказывают разного рода наглядные пособия, в частности листовки и плакаты. Очень важно также иметь доступ к презервативам. Многие клиники распространяют презервативы бесплатно: это позволяет популяризировать их использование и одновременно дает повод завязать с больным беседу о снижении вреда. Направление на консультирование, в службу охраны репродуктивного здоровья или в местные службы поддержки также способствует изменению образа жизни больных и снижению риска распространения ВИЧ.
- **Поддержка.** Изменению образа жизни призваны помочь различные вмешательства. Обучение всех сотрудников программы, включая консультантов и наставников из числа больных, а также участников группы поддержки методам профилактики среди ВИЧ-инфицированных повышает ее эффективность. Группы поддержки оказывают особенно ценную помощь, помогая больным отказаться от старых привычек и приобрести

Для смены образа жизни требуются:

- Знания
- Навыки
- Мотивация
- Ресурсы
- Поддержка

новые. Встреча консультанта или другого сотрудника программы с участниками группы поддержки нередко возбуждает интерес к проблеме, становится толчком к познавательной беседе или планированию совместных мероприятий.

РАЗДЕЛ 4. ПИТАТЕЛЬНЫЙ СТАТУС



ОЦЕНКА ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЛНОЦЕННОГО ПИТАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Что такое оценка питательного статуса?

ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом нередко бывают истощены за счет белково-энергетической недостаточности или дефицита витаминов и микроэлементов. Белково-энергетическую недостаточность легко оценить, измеряя вес, рост, количество жировой ткани и мышечную массу. Дефицит витаминов и микроэлементов, таких, как витамин А, железо, йод, оценить сложнее. Проявляется лишь тяжелый дефицит витаминов и микроэлементов, а легкий и умеренный дефицит этих веществ незаметен, и его даже называют «скрытым голоданием». У некоторых больных истощение очевидно, у других может быть незначительным. Систематическая оценка питательного статуса и полноценности рациона — важная составная часть лечения.

Почему важна оценка питательного статуса?

ВИЧ-инфекция и истощение формируют порочный круг, в котором ВИЧ-инфекция создает условия для нарушения питательного статуса больного, а истощение усугубляет патогенное действие ВИЧ. ВИЧ-инфекция и оппортунистические инфекции могут нарушать всасывание и усиливать катаболизм. По мнению специалистов, у ВИЧ-инфицированных взрослых может быть повышен основной обмен, и им требуется больше калорий и гораздо больше белка, чем здоровым. Еще выше потребность в калориях и белке у ВИЧ-инфицированных беременных, кормящих матерей и детей. Выявление и лечение истощения может содействовать укреплению иммунной системы, предотвратить потерю веса, затормозить развитие ВИЧ-инфекции и, тем самым, существенно улучшить состояние здоровья и самочувствие. При оценке питательного статуса могут быть выявлены состояния, способствующие истощению и поддающиеся лече-

нию, в частности тошнота, дисфагия, понос. Кроме того, консультации по вопросам питания могут предотвратить пищевые отравления за счет формирования правильных представлений о безопасности пищи и воды.

Кто должен проводить оценку питательного статуса?

В идеале оценку питательного статуса должен проводить специалист по лечебному питанию или диетолог. Если таких специалистов нет, для оценки питательного статуса можно обучить другой медицинский или вспомогательный персонал. Даже такие простые вопросы, как «Вы похудели?», «Скажите, что вы ели вчера?», «Вы проголодались?», могут дать весьма полезные сведения. Каждый член многопрофильной бригады может внести свой вклад в оценку питательного статуса. Медицинский работник может выявить тяжелое заболевание, боль при глотании, потерю аппетита и другие состояния, приводящие к истощению. Социальный работник может спросить больного, есть ли у него дома еда. Патронажный работник при посещении больного на дому может оценить, как поставлено снабжение продуктами в том районе, где живет больной. Все эти сведения должны обсуждаться на совещаниях многопрофильной бригады (см. главу 1).

Как оценивать питательный статус?

Субъективную оценку питательного статуса проводят в ходе доверительной беседы с больным. Собирают детальные сведения о том, насколько доступна пища, и выявляют состояния, нарушающие питание и пищеварение (тошноту, рвоту, понос, запор, отсутствие аппетита, затруднение жевания или глотания, боль в животе, быстрое появление чувства насыщения). Необходимо спросить больного о качестве пищи и воды и о том, как он соблюдает гигиену.

Объективная оценка включает измерение веса и роста, которое проводят при каждом визите. По результатам измерений определяют важный показатель — индекс массы тела (см. приложение А). Лабораторные исследования при подозрении на истощение включают определение уровней альбумина, холестерина, глюкозы, электролитов и гемоглобина. Могут потребоваться исследования функции почек и печени.

На всех этапах оценки питательного статуса необходимо взаимодействовать с коллегами по многопрофильной бригаде. Специалист по лечебному питанию или диетолог должен по возможности участвовать в совещаниях бригады и работать в тесном контакте с социальными службами.

Как часто следует оценивать питательный статус?

Всем ВИЧ-инфицированным в обязательном порядке проводят оценку питательного статуса и выдают рекомендации по питанию еще при первичном обследовании. Вес измеряют при каждом визите; потеря веса (а у детей отсутствие прибавки в весе) расценивается как сигнал тревоги и требует углубленной оценки питательного статуса. Вместе с тем периодическая оценка питательного статуса полезна и для больных, вес которых не меняется.

Как сделать питание полноценным?

Обучение правильному питанию и консультации диетолога — неотъемлемая часть помощи и лечения при ВИЧ-инфекции, которая должна быть обеспечена каждому больному. Устные консультации можно дополнять памятками с письменной информацией или схемами. Хорошие результаты дает участие других больных, обладающих кулинарными талантами и готовых поддержать товарища. Еще один превосходный метод обучения правильному питанию — публичные кулинарные уроки или уроки на дому у больного. Например, если какая-то пища, скажем, бобы, доступна и приемлема для больного, можно показать, как путем несложной кулинарной обработки из бобов получаются вкусные блюда. Больного необходимо обучить основам правильного и безопасного питания, ознакомить с правилами гигиены, которые снижают риск кишечных инфекций, и объяснить ему, что нужно делать при появлении тошноты, поноса и других признаков кишечных заболеваний. Нужно привести примеры продуктов, которые обладают закрепляющими свойствами и помогают справиться с поносом. Для повышения жизненного тонуса, стимуляции аппетита и сохранения или наращивания безжировой массы тела рекомендуют физические нагрузки, в частности упражнения с нагрузкой на ноги и позвоночник (конечно, если это приемлемо для больного и если он достаточно хорошо питается).

Больной должен знать о *взаимодействиях назначенных ему лекарственных средств и пищевых продуктов*. Например, он должен знать, что диданозин (Видекс™) можно принимать только натощак. Антитретовирусные препараты из схем первого ряда, применяемые в «Расширенной инициативе по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus) и «Международной антитретовирусной программе Колумбийского университета» (МСАР), можно принимать в любое время, тогда как другие препараты принимают только натощак или, наоборот, только с едой (табл. 1).

Обогащение рациона обеспечивается прежде всего поливитаминами, которыми снабжают всех больных, включенных в программы МЦПС. Однако

Таблица 1. Взаимодействия лекарственных средств с пищевыми продуктами

Антиретровирусный препарат	Привязанность к приему пищи
Зидовудин	Нет
Ламивудин	Нет
Диданозин	Принимать не позже чем за полчаса до еды либо не раньше чем через 2 ч после еды
Ставудин	Нет
Абакавир	Нет
Тенофовир	Нет
Невирапин	Нет
Эфавиренз	Не принимать вместе с жирной пищей
Нелфинавир	Принимать во время еды (можно с легкой закуской)
Лопинавир/ритонавир	Принимать во время еды (можно с легкой закуской)

может понадобиться и дополнительная поддержка, и тогда могут помочь общественные организации, которые ведают распределением пищевых продуктов, занимаются распространением семян овощных культур, обучением навыкам огородничества и способам повышения урожайности. Полноценное питание — обязательная составная часть лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом детей. Этот вопрос обсуждается ниже, в главе 4.2.

Приложение А. Определение индекса массы тела у подростков и взрослых

Сокращенная таблица для определения индекса массы тела у подростков и взрослых																
	Вес, кг (выберите столбец со значением веса, которое ближе всего к весу больного)															
Рост, см	35	37,5	40	42,5	45	47,5	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
150	15,6	16,7	17,8	18,9	20	21,1	22,2	22,7	23,1	23,6	24	24,4	24,9	25,3	25,8	26,2
152	15,1	16,2	17,3	18,4	19,5	20,6	21,6	22,1	22,5	22,9	23,4	23,8	24,2	24,7	25,1	25,5
154	14,8	15,8	16,9	17,9	19	20	21,1	21,5	21,9	22,3	22,8	23,2	23,6	24	24,5	24,9
156	14,4	15,4	16,4	17,5	18,5	19,5	20,5	21	21,4	21,8	22,2	22,6	23	23,4	23,8	24,2
158	14	15	16	17	18	19	20	20,4	20,8	21,2	21,6	22	22,4	22,8	23,2	23,6
160	13,7	14,6	15,6	16,6	17,6	18,6	19,5	19,9	20,3	20,7	21,1	21,5	21,9	22,3	22,7	23
162	13,3	14,3	15,2	16,2	17,1	18,1	19,1	19,4	19,8	20,2	20,6	21	21,3	21,7	22,1	22,5
164	13	13,9	14,9	15,8	16,7	17,7	18,6	19	19,3	19,7	20,1	20,4	20,8	21,2	21,6	21,9
166	12,7	13,6	14,5	15,4	16,3	17,2	18,1	18,5	18,9	19,2	19,6	20	20,3	20,7	21	21,4
168	12,4	13,3	14,2	15,1	15,9	16,8	17,7	18,1	18,4	18,8	19,1	19,5	19,8	20,2	20,5	20,9
170	12,1	13	13,8	14,7	15,6	16,4	17,3	17,6	18	18,3	18,7	19	19,4	19,7	20,1	20,4
172	11,8	12,7	13,5	14,4	15,2	16,1	16,9	17,2	17,6	17,9	18,3	18,6	18,9	19,3	19,6	19,9
174	11,6	12,4	13,2	14	14,9	15,7	16,5	16,8	17,2	17,5	17,8	18,2	18,5	18,8	19,2	19,5
176	11,3	12,1	12,9	13,7	14,5	15,3	16,1	16,5	16,8	17,1	17,4	17,8	18,1	18,4	18,7	19
178	11	11,8	12,6	13,4	14,2	15	15,8	16,1	16,4	16,7	17	17,4	17,7	18	18,3	18,6
180	10,8	11,6	12,3	13,1	13,9	14,7	15,4	15,7	16	16,4	16,7	17	17,3	17,6	17,9	18,2
182	10,6	11,3	12,1	12,8	13,6	14,3	15,1	15,4	15,7	16	16,3	16,6	16,9	17,2	17,5	17,8
184	10,3	11,1	11,8	12,6	13,3	14	14,8	15,1	15,4	15,7	15,9	16,2	16,5	16,8	17,1	17,4
186	10,1	10,8	11,6	12,3	13	13,7	14,5	14,7	15	15,3	15,6	15,9	16,2	16,5	16,8	17,1
188	9,9	10,6	11,3	12	12,7	13,4	14,1	14,4	14,7	15	15,3	15,6	15,8	16,1	16,4	16,7
190	9,7	10,4	11,1	11,8	12,5	13,2	13,9	14,1	14,4	14,7	15	15,2	15,5	15,8	16,1	16,3

Сокращенная таблица для определения индекса массы тела у подростков и взрослых (окончание)

Рост, см	Вес, кг (выберите столбец со значением веса, которое ближе всего к весу больного)															
	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	72,5	75	77,5	80	82,5
150	26,7	27,1	27,6	28	28,4	28,9	29,3	29,8	30,2	30,7	31,1	32,2	33,3	34,4	35,6	36,7
152	26	26,4	26,8	27,3	27,7	28,1	28,6	29	29,4	29,9	30,3	31,4	32,5	33,5	34,6	35,7
154	25,3	25,7	26,1	26,6	27	27,4	27,8	28,3	28,7	29,1	29,5	30,6	31,6	32,7	33,7	34,8
156	24,7	25,1	25,5	25,9	26,3	26,7	27,1	27,5	27,9	28,4	28,8	29,8	30,8	31,8	32,9	33,9
158	24	24,4	24,8	25,2	25,6	26	26,4	26,8	27,2	27,6	28	29	30	31	32	33
160	23,4	23,8	24,2	24,6	25	25,4	25,8	26,2	26,6	27	27,3	28,3	29,3	30,3	31,2	32,2
162	22,9	23,2	23,6	24	24,4	24,8	25,1	25,5	25,9	26,3	26,7	27,6	28,6	29,5	30,5	31,4
164	22,3	22,7	23,1	23,4	23,8	24,2	24,5	24,9	25,3	25,7	26	27	27,9	28,8	29,7	30,7
166	21,8	22,1	22,5	22,9	23,2	23,6	24	24,3	24,7	25	25,4	26,3	27,2	28,1	29	29,9
168	21,3	21,6	22	22,3	22,7	23	23,4	23,7	24,1	24,4	24,8	25,7	26,6	27,5	28,3	29,2
170	20,8	21,1	21,5	21,8	22,1	22,5	22,8	23,2	23,5	23,9	24,2	25,1	26	26,8	27,7	28,5
172	20,3	20,6	21	21,3	21,6	22	22,3	22,6	23	23,3	23,7	24,5	25,4	26,2	27	27,9
174	19,8	20,1	20,5	20,8	21,1	21,5	21,8	22,1	22,5	22,8	23,1	23,9	24,8	25,6	26,4	27,2
176	19,4	19,7	20	20,3	20,7	21	21,3	21,6	22	22,3	22,6	23,4	24,2	25	25,8	26,6
178	18,9	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,5	21,8	22,1	22,9	23,7	24,5	25,2	26
180	18,5	18,8	19,1	19,4	19,8	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6	22,4	23,1	23,9	24,7	25,5
182	18,1	18,4	18,7	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,9	22,6	23,4	24,2	24,9
184	17,7	18	18,3	18,6	18,9	19,2	19,5	19,8	20,1	20,4	20,7	21,4	22,2	22,9	23,6	24,4
186	17,3	17,6	17,9	18,2	18,5	18,8	19,1	19,4	19,7	19,9	20,2	21	21,7	22,4	23,1	23,8
188	17	17,3	17,5	17,8	18,1	18,4	18,7	19	19,2	19,5	19,8	20,5	21,2	21,9	22,6	23,3
190	16,6	16,9	17,2	17,5	17,7	18	18,3	18,6	18,8	19,1	19,4	20,1	20,8	21,5	22,2	22,9



ОЦЕНКА ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЛНОЦЕННОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Что такое оценка питательного статуса у детей?

ВИЧ-инфицированные дети, как и взрослые, подвержены истощению. Однако у детей оно чаще проявляется задержкой физического развития, нежели потерей веса, как у взрослых. Систематическая оценка питательного статуса и полноценности рациона являются важными составляющими лечения.

Почему важна оценка питательного статуса у детей?

Истощение у ВИЧ-инфицированных детей встречается часто и может приводить к тяжелым последствиям. Регулярное обследование дает возможность выявить истощение на ранних стадиях и позволяет многопрофильной бригаде определить его причину и принять необходимые меры. У ребенка, подвергшегося риску заражения ВИЧ, замедленная прибавка в весе может быть первым признаком инфекции и дает основания для прицельного обследования на ВИЧ. Задержка физического развития у нелеченного ребенка с подтвержденной ВИЧ-инфекцией служит показанием к началу антиретровирусной терапии, а у ребенка, получающего лечение, — к пересмотру схемы лечения.

Как часто следует оценивать питательный статус у детей?

Простейшую оценку питательного статуса проводят при *каждом* визите. Детям с задержкой физического развития и другими признаками истощения может понадобиться детальное обследование (см. ниже).

Кто должен проводить оценку питательного статуса у детей?

Любой медицинский работник, работающий с детьми, должен уметь оценить питательный статус ребенка. В местах, где доступна специализированная медицинская помощь, детей с задержкой роста и нарушениями питания направляют к специалисту по питанию или диетологу.

Как оценивать питательный статус у детей?

Простейшую оценку питательного статуса проводят при каждом визите. Эта оценка включает ряд предварительных вопросов и антропометрические измерения:

- У родителей (или опекунов) спрашивают, чем питается ребенок и достаточно ли в доме еды.
- Выясняют, нет ли патологии, препятствующей глотанию и усвоению пищи.
- У новорожденных и грудных детей измеряют окружность головы, длину тела и вес; у остальных детей измеряют рост и вес. Полученные значения отмечают на стандартных или разработанных местными органами здравоохранения диаграммах физического развития.

Сбор сведений о питании

При каждом визите у родителей (или опекунов) выясняют, как питается ребенок. При первой беседе нет необходимости вникать в детали, особенно если нарушения питательного статуса не выявлены. Но всегда задают три вопроса: сколько раз в день ест ребенок, достаточно ли еды он получает и насколько разнообразна пища? О грудных детях при каждом визите спрашивают: хватает ли молока или питательных смесей, как часто ребенка кормят и возникают ли какие-нибудь трудности при вскармливании? Важно как можно тактичнее выяснить, не голодает ли ребенок из-за финансовых затруднений в семье или болезни родителей. Большинство родителей хорошо знают, как растут и развиваются их дети. Таких родителей легко вовлечь в доверительную беседу, а это очень способствует взаимопониманию между семьей и многопрофильной бригадой.

Оценка симптомов

Опросник для оценки симптомов, используемый в программах МЦПС, позволяет выявить состояния, препятствующие нормальному питанию, —

утомляемость, боль во рту, нарушения сосания или глотания, тошноту, рвоту, понос. Для детей с задержкой физического развития требуется дополнительное обследование, описанное ниже.

Антропометрия

Антропометрические данные ребенка необходимо оценивать при каждом визите в клинику. У детей младше 2 лет обязательно измеряют вес, рост и окружность головы, у детей старше 2 лет — только вес и рост. Прибавка в весе и увеличение роста за время между осмотрами еще не говорят о нормальном физическом развитии. Гораздо важнее знать *скорость* изменения этих показателей, а о ней судят по кривым физического развития ребенка. Для построения этих кривых при каждом осмотре рост и вес ребенка отмечают на *диаграмме физического развития*. Такой подход позволяет выявить замедленную прибавку в весе, которая может быть признаком ВИЧ-инфекции, истощения либо и того и другого. Оценка кривых физического развития позволяет выяснить, соответствует ли прибавка в весе возрасту ребенка, изменилась ли скорость роста, нет ли задержки роста. Диаграммы физического развития мальчиков и девочек, разработанные Центром по контролю заболеваемости США, представлены в приложении А к этой главе. Эти диаграммы годятся не для всех этнических групп и потому в каждой стране рекомендуется использовать диаграммы, разработанные местными органами здравоохранения. Однако в большинстве случаев «местные» диаграммы имеются только для грудных детей и детей младшего возраста, а скорость роста необходимо контролировать и у ВИЧ-инфицированных детей старшего возраста.

Диаграммы физического развития обычно бывают построены в координатах «вес—рост», «рост—возраст» и «окружность головы — возраст». Показатели на диаграммах представлены в виде *процентилей*. Например, если вес ребенка равен 90-му процентилю для данного возраста, это означает, что ребенок весит столько же (или больше), сколько 90% его сверстников, и что только 10% детей этого возраста имеют больший вес. Ребенок, рост которого меньше 15-го процентиля для данного возраста, ниже 85% своих сверстников. У полноценно питающихся детей процентиль веса остается постоянным или увеличивается. И если вес за время между осмотрами увеличился, а процентиль веса снизился с 50-го до 30-го, у ребенка существенно нарушен питательный статус и он нуждается в детальном обследовании.

Как диагностируют задержку физического развития?

Под *задержкой физического развития* у грудных детей и детей младшего возраста понимают замедленную по сравнению с нормой прибавку в весе

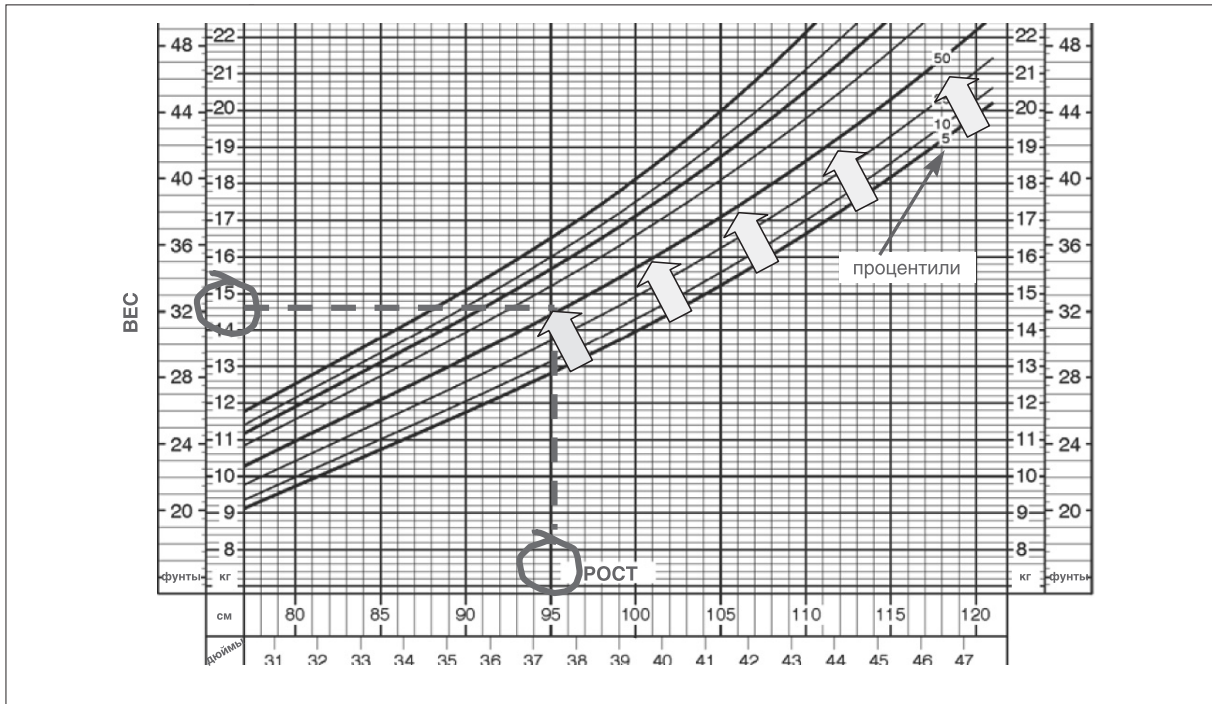


Рисунок 1. Вес ребенка соответствует росту.

Рост этого ребенка равен 95 см (отмечен на оси абсцисс), вес равен 14,6 кг (отмечен на оси ординат). Вес соответствует 50-му процентилю для данного роста.

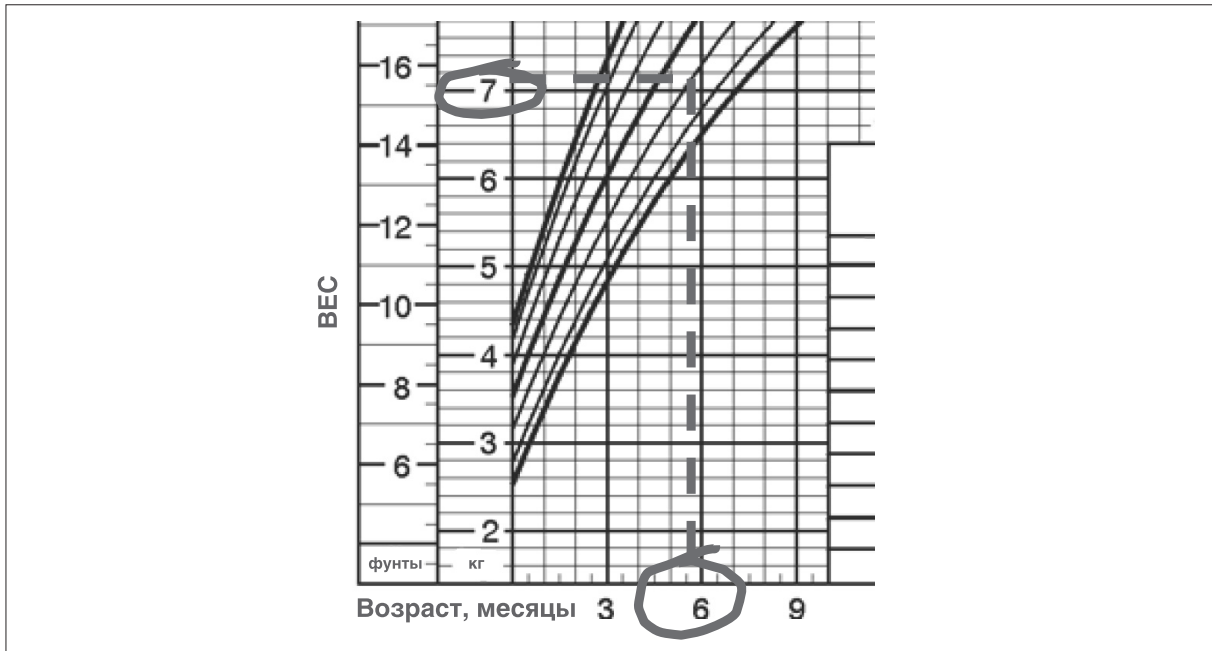


Рисунок 2. Вес ребенка мал для его возраста.

Возраст этого ребенка — 6 мес (отмечен на оси абсцисс), вес — 7 кг (отмечен на оси ординат). Вес соответствует только 25-му процентилю для данного возраста.

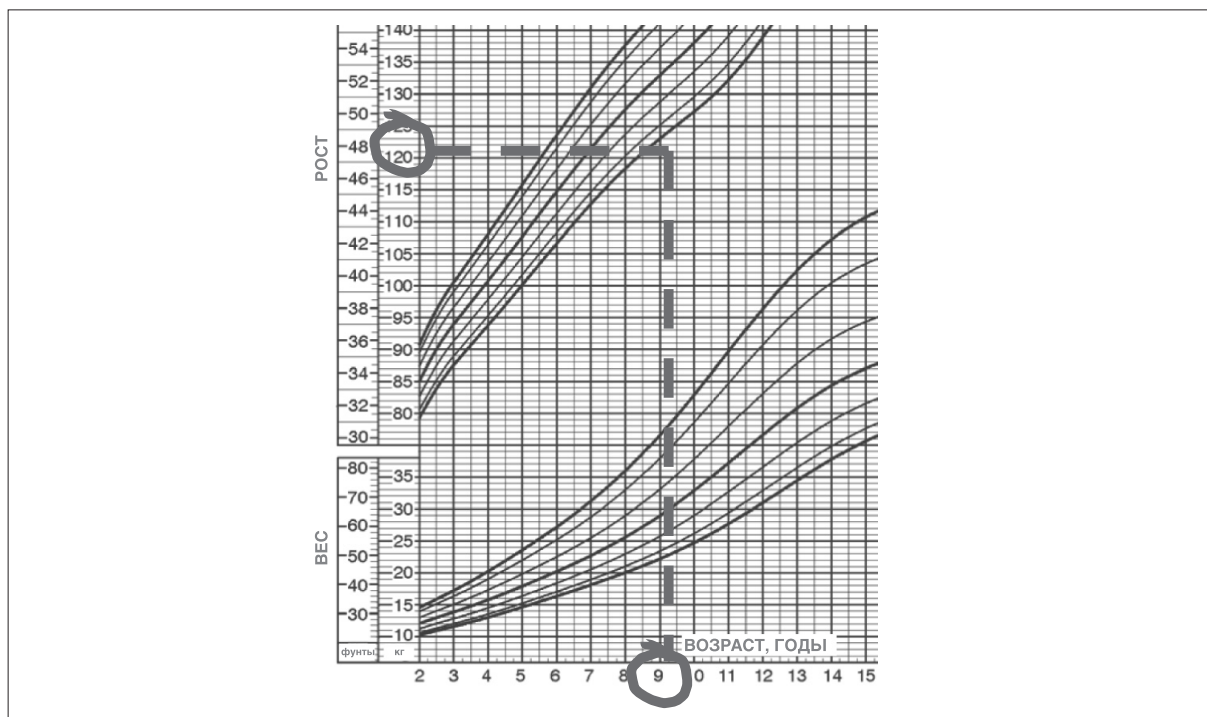


Рисунок 3. Рост ребенка мал для его возраста.

Возраст этого ребенка — 9 лет (отмечен на оси абсцисс), рост — 120 см (отмечен на оси ординат). Рост меньше 5-го процентиля для данного возраста.

на протяжении первых трех лет жизни. О замедленной прибавке в весе говорят, когда кривая изменения веса ребенка за период не менее 2 мес пересекает две или более процентильные линии на соответствующей диаграмме в направлении от большего процентиля к меньшему, например от 75-го к 50-му. Для детей, у которых при первом осмотре вес оказался меньше 5-го процентиля, задержка физического развития — это отсутствие сколько-нибудь заметной прибавки в весе. Задержку физического развития диагностируют и в тех случаях, когда вес снижается на 5% и более. Важно отличать кратковременную задержку физического развития из-за легкого заболевания и других преходящих причин от истинной, хронической задержки.

Задержка роста — это его несоответствие возрасту. Задержку роста особенно важно распознать на протяжении первых трех лет жизни. Если за этот период рост не нормализуется, «догнать» его очень трудно даже при хорошо налаженном питании.

Как обследовать ребенка с задержкой физического развития?

Если выявлена задержка физического развития, необходимо детальное обследование. Задержка может быть обусловлена социальными и экономическими факторами, может быть наследственной или конституциональной, может быть вызвана эндокринным или иным заболеванием либо сочетанием нескольких причин. Но самое главное, что у детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, замедленный рост может быть первым признаком инфекции, а у ВИЧ-инфицированных детей служит показанием к началу антиретровирусной терапии. Таким образом, очень важно быстро установить причину замедленного роста.

Начинают с тщательного сбора сведений о питании ребенка. Это помогает различить детей с недостаточным поступлением и избыточной потерей калорий. В отношении детей с задержкой физического развития расспрос должен быть гораздо более подробным, чем в других случаях. В частности, необходимо выяснить в деталях, как питался ребенок за последние 1—3 дня. Это позволит оценить количество пищи, полученной ребенком, и ее белково-энергетическую ценность. Кроме того, спрашивают, хватает ли в доме еды и прячут ли ее от ребенка.

Выясняют, нет ли у ребенка частой рвоты или срыгивания после еды — эти симптомы могут указывать на желудочно-пищеводный рефлюкс. Спрашивают, нет ли поноса. Частый водянистый стул может быть проявлением кишечной инфекции. Обильный, зловонный или жирный кал свидетельствует о нарушении всасывания. Плохой аппетит и быстрая утомляемость могут указывать на системные инфекции, в том числе на туберкулез и ВИЧ-инфекцию.

Затем ребенка тщательно осматривают. При этом оценивают степень истощения и пытаются установить его причину. Так, обнаружение кандидозного стоматита или афт во рту у ребенка говорит о причине истощения (затрудненное сосание или жевание) и одновременно подсказывает тактику ведения (лечение инфекции). Иной причиной истощения могут оказаться, например, нарушения психомоторного развития.

Если при расспросе и осмотре не удалось выявить органическую патологию, которая могла привести к задержке физического развития, следует заподозрить, что задержка обусловлена ВИЧ-инфекцией или туберкулезом. Попытки выявить устранимые причины задержки физического развития, конечно, очень важны, но все же очень часто в ней виновен ВИЧ.

- У грудного ребенка, подвергшегося риску заражения ВИЧ, проверяют результаты первого исследования на ВИЧ и при подозрении на ВИЧ-инфекцию берут кровь для повторного анализа (см. главу 6.1).
- Если ребенок инфицирован ВИЧ, оценивают показания и противопоказания к антиретровирусной терапии (см. главу 6.4).
- Задержка физического развития у ребенка, уже получающего антиретровирусную терапию, может указывать на ее неэффективность. Следует проверить соблюдение назначений и убедиться в том, что лечение не было приостановлено или прекращено. Если путем коррекции питания не удастся добиться прибавки в весе, следует пересмотреть схему антиретровирусной терапии.

Задержка физического развития может быть обусловлена туберкулезом, особенно если имеются такие симптомы, как лихорадка, утомляемость, кашель. Обследование ребенка на туберкулез включает сбор анамнеза (выявление контактов с больными), туберкулиновую пробу, рентгенографию грудной клетки и биопсию лимфоузлов. Поскольку туберкулез у детей выявляется с трудом, может потребоваться пробный курс противотуберкулезной терапии.

Лабораторное обследование детей с задержкой физического развития может дать полезную информацию, но оно далеко не всегда необходимо и доступно. Медицинский работник должен определить, насколько оно показано, исходя из данных анамнеза и осмотра. Анализ кала, включая посев и исследование на простейших, гельминтов и их яйца, помогает поставить диагноз при поносе. Измерение уровня гемоглобина может выявить анемию как причину энергетической недостаточности. При анализе мочи может обнаружиться болезнь почек, тормозящая развитие ребенка даже при нормальном питании. По результатам туберкулиновой пробы может быть выявлен туберкулез, лежащий в основе задержки физического развития, повышенного катаболизма и потерь энергии и поражения легких.

Как сделать питание ребенка полноценным?

В рамках программ МЦПС все дети получают поливитамины. Дополнительные меры включают консультирование ВИЧ-инфицированных матерей по вопросам грудного вскармливания (см. ниже) и всех ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом по вопросам гигиены питания. Сотрудникам опорных пунктов МЦПС настоятельно рекомендуется иметь регулярно обновляемый перечень всех местных ресурсов — продовольственных банков,

программ микрофинансирования и общественных организаций, которые могут помочь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

Детям с нарушениями питательного статуса или задержкой физического развития может понадобиться более активная поддержка. Если причина нарушений установлена, многопрофильная бригада должна разработать план ведения ребенка, включающий как лечение острых заболеваний и обучение родителей правильному выбору и приготовлению пищи, так и использование местных продовольственных программ и ресурсов. Надо заботиться не только о количестве, но и о качестве пищи: правильный подбор продуктов может облегчить такие симптомы, как тошнота, боль во рту или в горле, понос (табл. 1).

Таблица 1. Консультирование по вопросам питания при желудочно-кишечных нарушениях

Нарушения	Рекомендации*
Понос	Постарайтесь, чтобы ребенок побольше пил в течение дня. Если ребенка уже отняли от груди, давайте супы, разведенные фруктовые соки, просто воду или раствор для пероральной регидратации. Лучше всего переносится мягкая, жидкая, протертая пища: овсяная и рисовая каша, бананы, картофельное пюре, другие протертые вареные овощи.
Боль во рту или в горле	Давайте мягкую, протертую или слизистую пищу: авокадо, кабачки, тыкву, папайю, бананы, йогурт, приготовленные в сметане или сливках овощи, супы и измельченную пищу. Жевание кусочков манго, киви или зеленой папайи может облегчить боль. Исключите острые и соленые приправы (чили, карри), кислые и едкие продукты (апельсины, лимоны, уксус, помидоры).
Тошнота	Давайте сухую пищу: крекеры, сухари, поджаренный хлеб, разные хлопья. Лучше кормите ребенка часто, но понемногу. Не давайте жирной пищи. Тошноту у ребенка можно облегчить, дав ему понюхать имбирь, лимон, апельсин или выпить травяной или имбирный настой.
По «Living Well with HIV / AIDS», с изменениями (см. приложение Б).	
* Приведенные здесь рекомендации не универсальны. Консультирование проводят с учетом индивидуальных особенностей ребенка.	

Грудное вскармливание: за и против

Выбор между грудным и искусственным вскармливанием основан на местных социальных нормах, личных и семейных традициях и возможностях семьи. У МЦПС нет жестких установок по поводу питания грудных детей. Поскольку условия в разных странах неодинаковы, задача программ МЦПС — помочь каждой многопрофильной бригаде в разработке рекомендаций, которые не противоречат рекомендациям ВОЗ и в то же время лучше всего подходят к местным условиям. В рекомендациях ВОЗ говорится: «Если искусственное вскармливание приемлемо, доступно, хорошо переносится, может продолжаться достаточное время и безопасно, ВИЧ-инфицированным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью. В других случаях в первые месяцы жизни ребенка рекомендуется исключительно грудное вскармливание. Чтобы снизить риск передачи ВИЧ

до минимума, грудное вскармливание надо прекратить при первой возможности, но с учетом местных условий, материального положения семьи и побочных эффектов искусственного вскармливания, включая различные инфекции (кроме ВИЧ) и нарушения питательного статуса».

Общие сведения

В период лактации передача ВИЧ с грудным молоком может произойти в любой момент, причем риск передачи при грудном вскармливании носит кумулятивный характер: чем дольше ВИЧ-инфицированная мать кормит ребенка грудью, тем выше риск передачи ВИЧ. Грудное вскармливание повышает риск заражения новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери на 5—20%. В местностях, где грудное вскармливание является общепринятым и продолжается долго, почти половина случаев заражения грудных детей и детей младшего возраста ВИЧ обусловлена этим путем передачи инфекции.

Хотя мероприятия, проводимые в рамках программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, значительно снижают риск передачи вируса во время беременности и родов, единственный надежный способ предупредить передачу ВИЧ при грудном вскармливании — это отказ от него. Риск передачи ВИЧ при грудном вскармливании повышают следующие факторы: недавнее заражение матери, поздние стадии ВИЧ-инфекции у матери, низкое число лимфоцитов CD4, высокая концентрация РНК ВИЧ у нее в крови и мастит. На этом основании предложен ряд способов профилактики — антиретровирусная терапия в период лактации, гигиена молочных желез, безотлагательное лечение мастита, однако их эффективность пока не доказана.

Безусловно, риск передачи ВИЧ при любых видах грудного вскармливания выше, чем при искусственном вскармливании. Однако в одном исследовании было показано, что риск при *исключительно грудном* вскармливании ниже, чем при *смешанном* вскармливании. Это объясняют тем, что чужеродные антигены облегчают проникновение ВИЧ через слизистую ЖКТ. Смешанного вскармливания материнским молоком и иной пищей надо избегать еще и потому, что при этом повышается риск кишечных и других инфекций. Сотрудники программ МЦПС могут посоветовать матери продолжать кормить ребенка только грудью и не переходить на смешанное вскармливание, чтобы не подвергать его добавочному риску.

Преимущества грудного вскармливания

Грудное вскармливание является социальной нормой у многих народов. Считается, что при кормлении грудью укрепляется связь между матерью и ребенком. Грудное молоко содержит антитела ко множеству микроорганизмов и может защитить новорожденного от кишечных инфекций, пнев-

монии, сепсиса, острого среднего отита. При грудном вскармливании отпадает необходимость в питательных смесях и чистой воде, поэтому снижается ранняя детская смертность от кишечных инфекций. Кроме того, в период лактации у большинства женщин отсутствуют менструации и они не беременеют.

Недостатки грудного вскармливания

Считается, что материнское молоко содержит все вещества, необходимые для питания ребенка первых шести месяцев жизни, однако у матерей с нарушенным питательным статусом молоко может быть неполноценным. В норме грудное вскармливание защищает ребенка от инфекций, в частности от кишечных, но не доказано, что этот механизм защиты действует у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Важное преимущество искусственного вскармливания состоит в том, что ребенка могут кормить другие члены семьи. Кроме того, ребенку легче питаться из бутылочки или чашки, чем сосать грудь, и это может иметь значение для некоторых ослабленных детей.

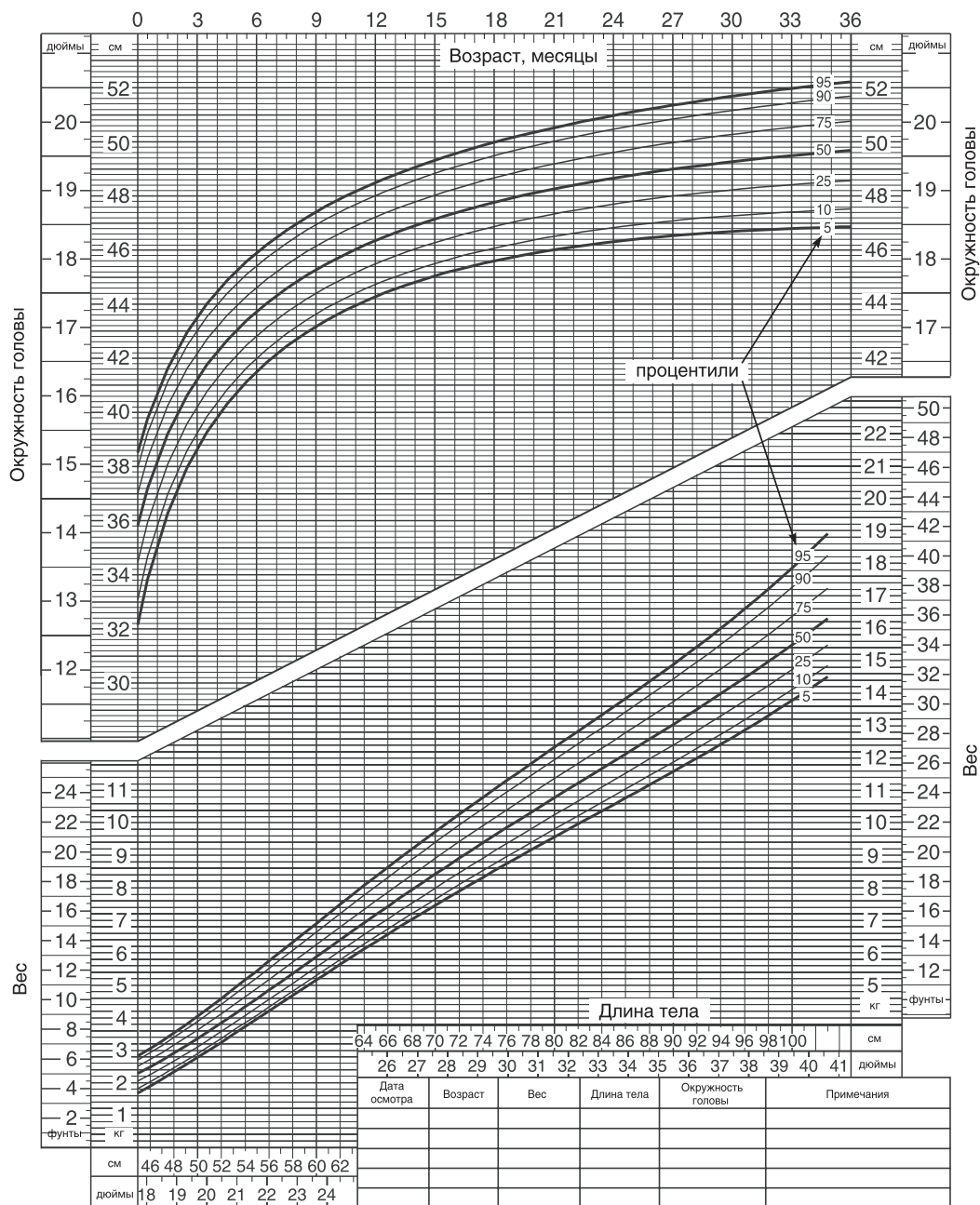
Осознанный выбор

ВИЧ-инфицированные матери нуждаются в консультации по поводу вскармливания новорожденного. Им необходимо рассказать о преимуществах и недостатках грудного и искусственного вскармливания и помочь сделать осознанный выбор с учетом индивидуальных особенностей и семейных обстоятельств. Мать должна понимать, что полный отказ от грудного вскармливания — наиболее эффективный способ предотвратить передачу ВИЧ новорожденному с грудным молоком. Однако в местах, где искусственное вскармливание недоступно или небезопасно, а также в тех случаях, когда мать настаивает на грудном вскармливании, исключительно грудное вскармливание предпочтительнее смешанного. Сотрудники программ МЦПС обязаны в доверительной беседе обсудить все эти проблемы с матерью, ответить на ее вопросы и поддержать любое ее решение о том, что лучше всего для нее и новорожденного.

Приложение А. Диаграммы физического развития детей

Физическое развитие мальчиков от рождения до 36 мес. Процентильные диаграммы «окружность головы — возраст» и «вес — длина тела»

Пациент _____
История болезни № _____



Опубликовано 30 мая 2000 г. (последнее обновление 16 октября 2000 г.)

Диаграмма разработана Национальным центром статистики здравоохранения в сотрудничестве с Национальным центром профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни США. <http://www.cdc.gov/growthcharts>

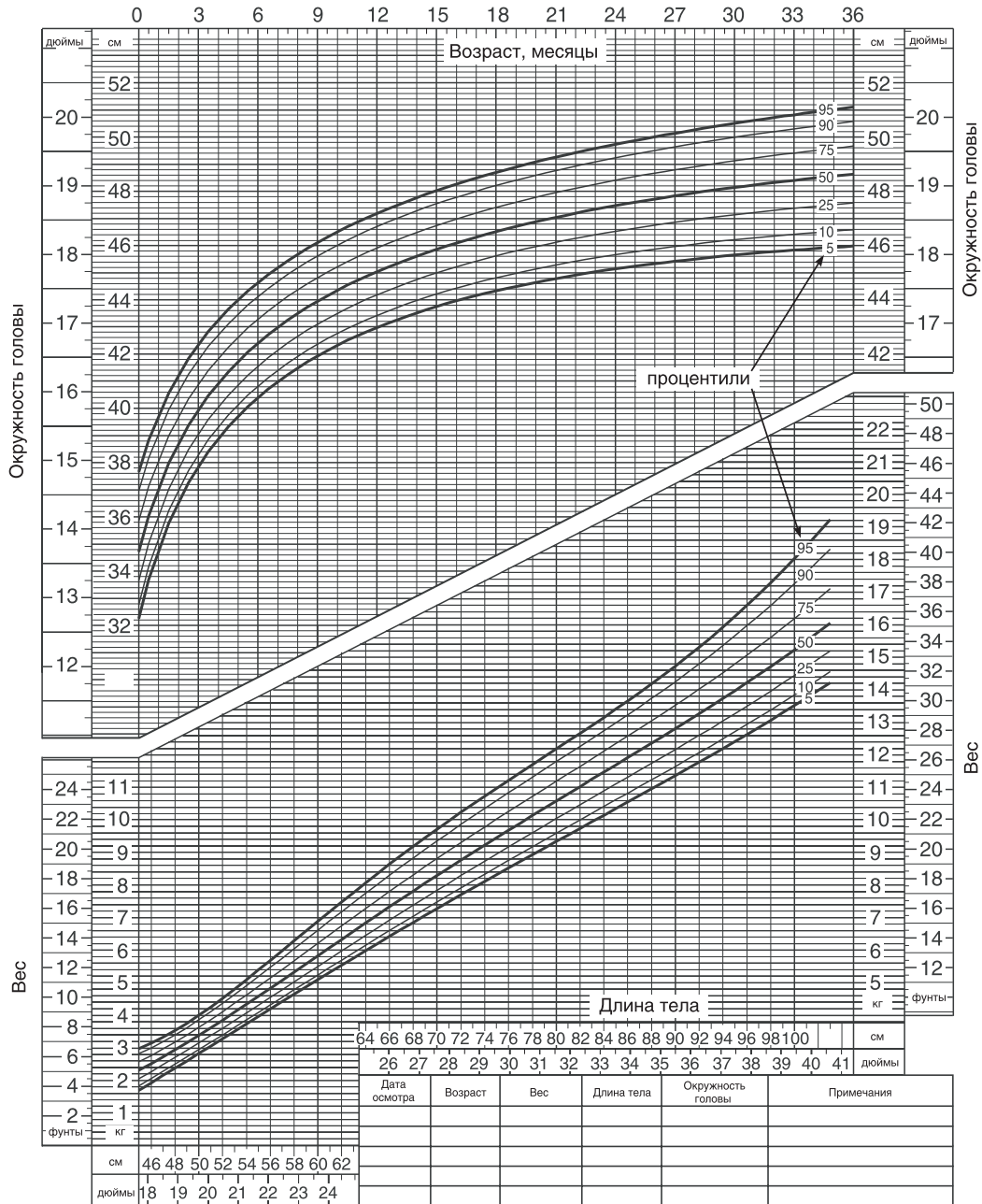


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Физическое развитие девочек от рождения до 36 мес. Процентильные диаграммы «окружность головы — возраст» и «вес — длина тела»

Пациент _____

История болезни № _____



Опубликовано 30 мая 2000 г. (последнее обновление 16 октября 2000 г.)
 Диаграмма разработана Национальным центром статистики здравоохранения в сотрудничестве с
 Национальным центром профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни США.
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

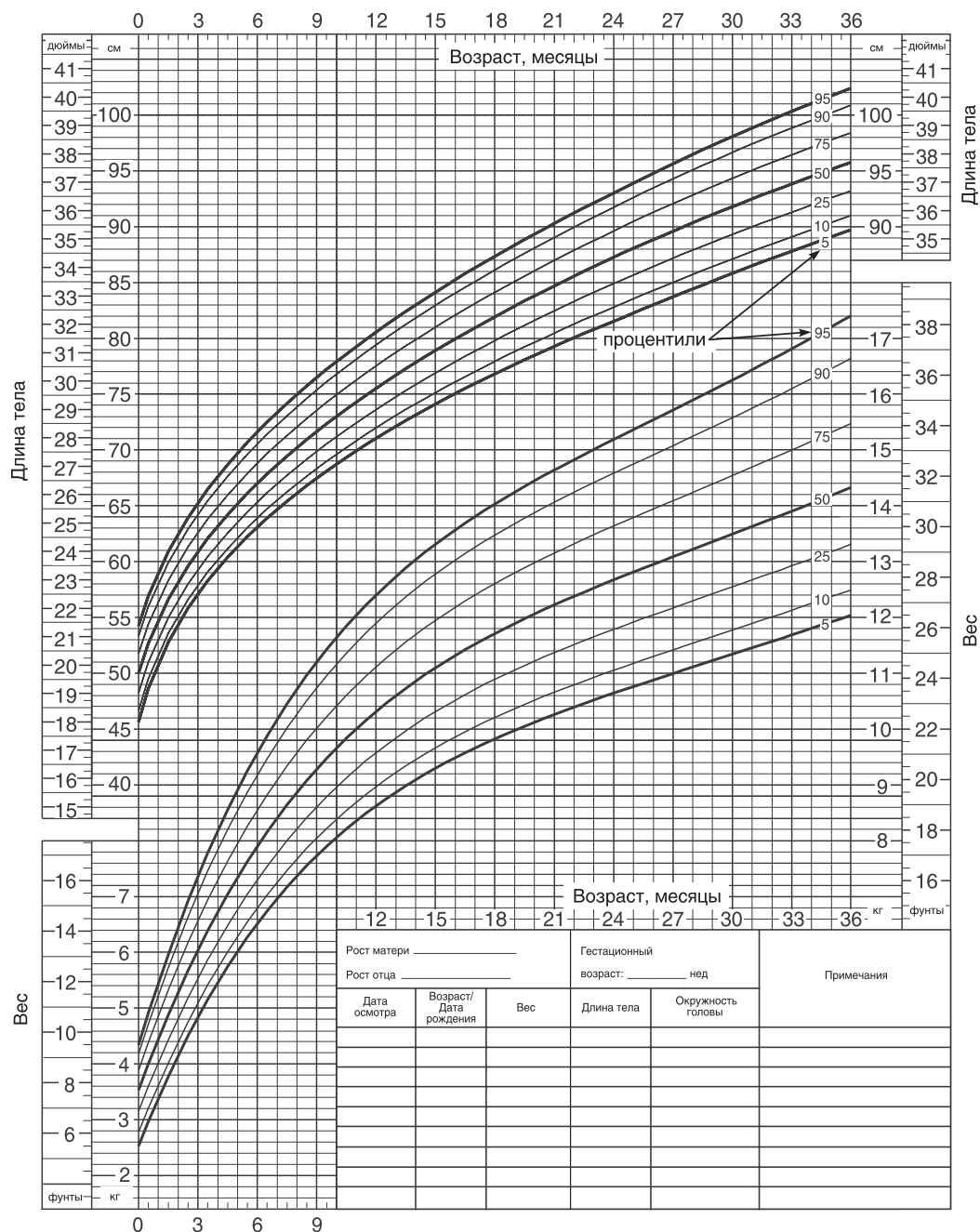


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Физическое развитие мальчиков от рождения до 36 мес. Процентильные диаграммы «длина тела — возраст» и «вес—возраст»

Пациент _____

История болезни № _____



Опубликовано 30 мая 2000 г. (последнее обновление 20 апреля 2001 г.)
 Диаграмма разработана Национальным центром статистики здравоохранения в сотрудничестве с Национальным центром профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни США.
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



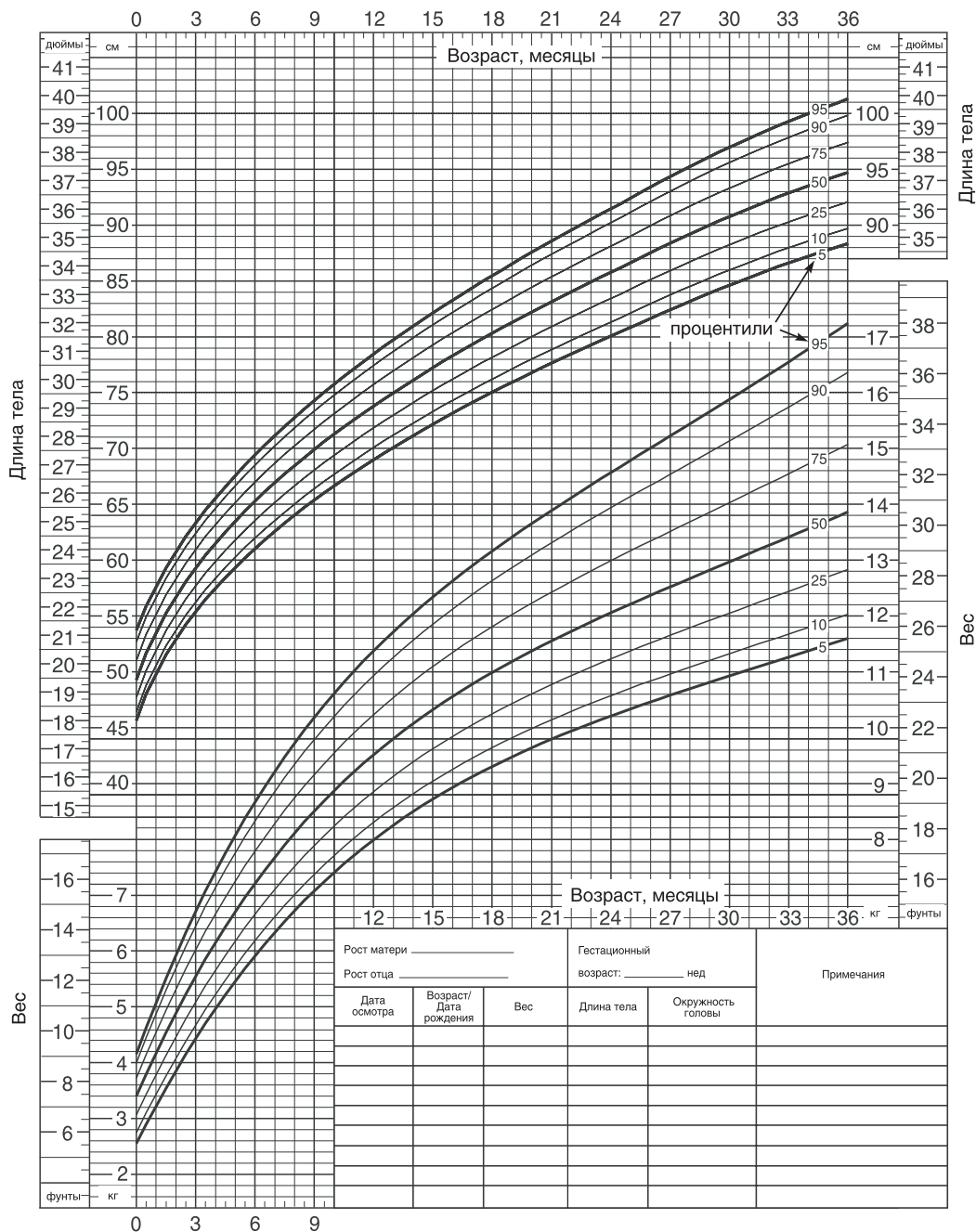
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

ГЛАВА 4.2

Физическое развитие девочек от рождения до 36 мес. Процентильные диаграммы «длина тела — возраст» и «вес—возраст»

Пациент _____

История болезни № _____



Опубликовано 30 мая 2000 г. (последнее обновление 20 апреля 2001 г.)

Диаграмма разработана Национальным центром статистики здравоохранения в сотрудничестве с Национальным центром профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни США. <http://www.cdc.gov/growthcharts>

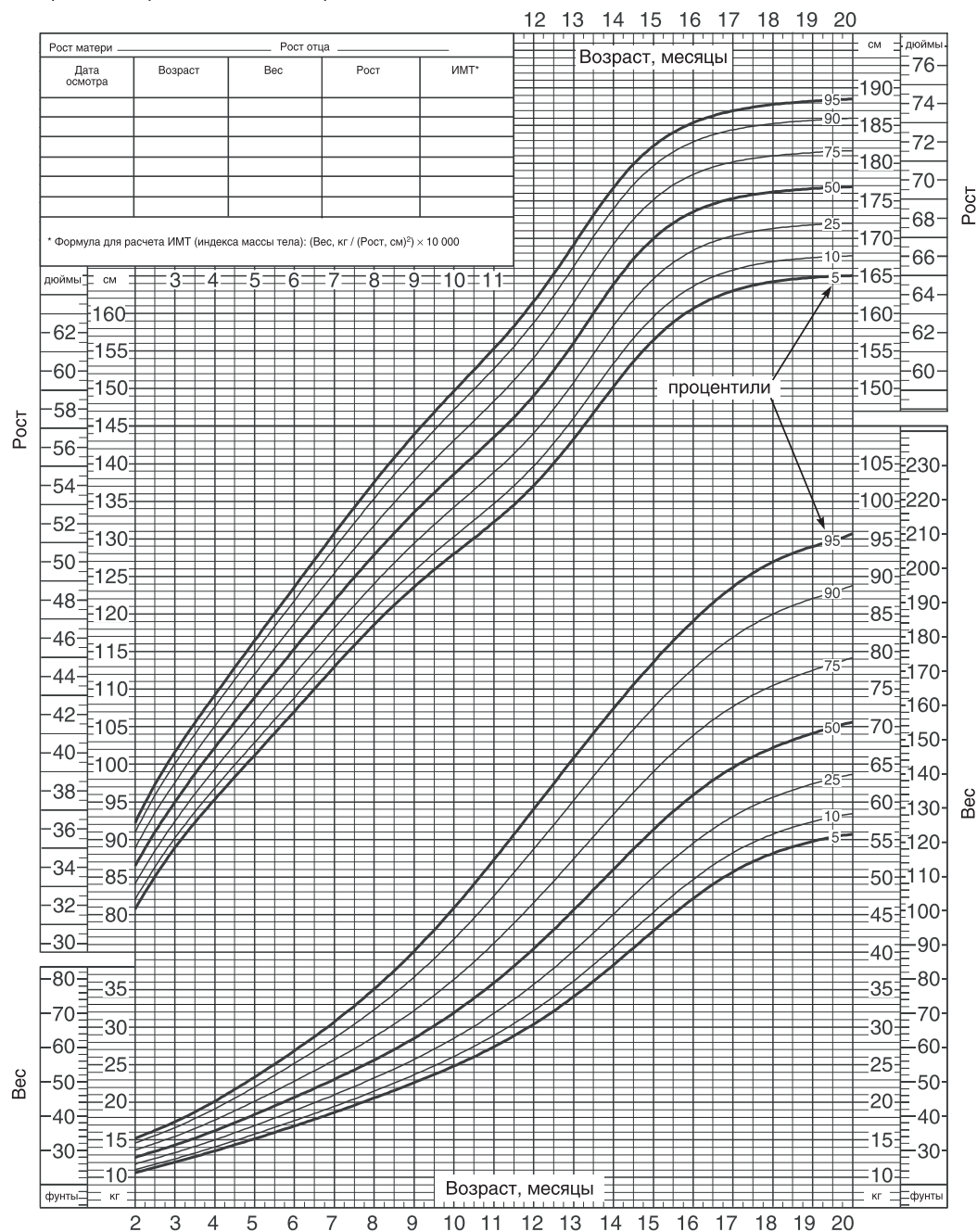


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Физическое развитие мальчиков от 2 до 20 лет. Процентильные диаграммы «рост—возраст» и «вес—возраст»

Пациент _____

История болезни № _____



Опубликовано 30 мая 2000 г. (последнее обновление 21 ноября 2000 г.)

Диаграмма разработана Национальным центром статистики здравоохранения в сотрудничестве с Национальным центром профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни США. <http://www.cdc.gov/growthcharts>

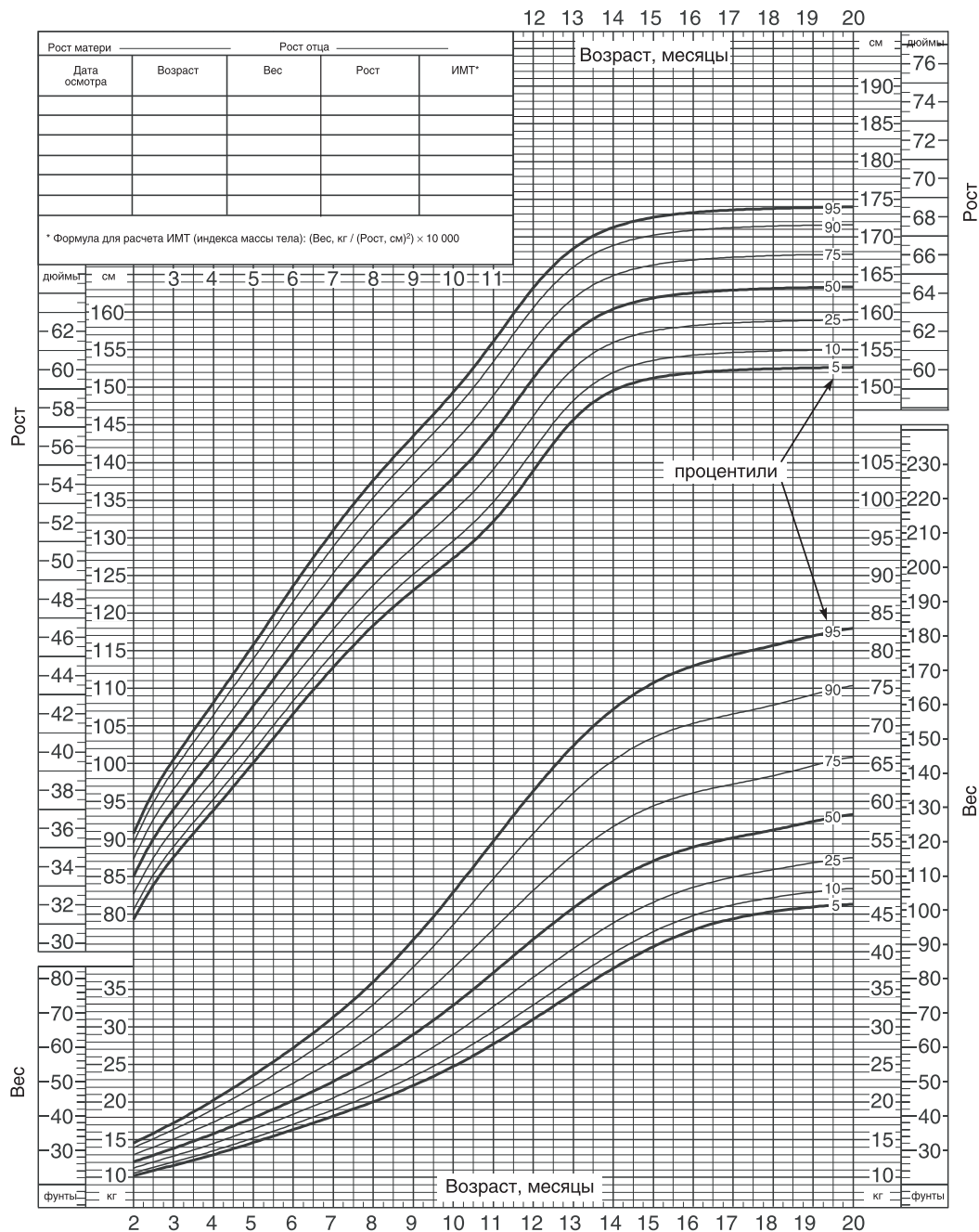


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Физическое развитие девочек от 2 до 20 лет. Процентильные диаграммы «рост—возраст» и «вес—возраст»

Пациент _____

История болезни № _____



Опубликовано 30 мая 2000 г. (последнее обновление 21 ноября 2000 г.)
 Диаграмма разработана Национальным центром статистики здравоохранения в сотрудничестве с
 Национальным центром профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни США.
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



ГЛАВА 4.2

Приложение Б. Рекомендуемая литература

Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living With HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings. WHO 2004.

<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugsguidelines.pdf>

Infant feeding options in the context of HIV. The LINKAGES Project, Academy for Educational Development, April 2004. [PDF, 363K]

<http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/IFOptions 04-04.pdf>

HIV transmission through breastfeeding: a review of the available evidence. UNICEF, UNAIDS, UNFPA, WHO, 2004.

<http://www.unfpa.org/upload/lib pub file/276 filename HIV PREV BF GUIDE ENG.pdf>

Интернет-сайт «Женщины, дети и ВИЧ-инфекция» (проект Центра Франсуа-Ксавье Бану Университета медицины и стоматологии Нью-Джерси и Информационного центра по ВИЧ-инфекции Калифорнийского университета в Сан-Франциско)

<http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=if-00-00>

Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS. The Food and Agriculture Organization of the United Nations.

<http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM>

РАЗДЕЛ 5. ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ВЗРОСЛЫМ



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ВЗРОСЛЫМ

Целью программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе является поддержание здоровья и предотвращение болезней у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Этой цели нельзя достичь с помощью единичного вмешательства. Опыт показывает, что необходима комплексная система оказания ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом непрерывной помощи и лечения и что эта система наилучшим образом приспособлена для борьбы с данным хроническим заболеванием. Она позволяет продлить пациентам жизнь, улучшить их самочувствие и сделать их полноценными членами своих семей и сообщества.

Последующие главы будут посвящены различным аспектам медицинской помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным взрослым пациентам. Консультирование и вспомогательные службы, которые обсуждались ранее, являются неотъемлемыми компонентами помощи; они необходимы для того, чтобы все больные были в состоянии пользоваться медицинскими услугами. В этой главе мы описываем общие принципы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным взрослым — обследование, определение стадии заболевания, наблюдение и направление во вспомогательные службы. Глава 5.2 посвящена профилактике оппортунистических инфекций, глава 5.3 — антиретровирусной терапии, глава 5.4 — медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным, глава 5.5 — лечению туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

Первичное обследование

В условиях обычной (эпизодической) медицинской помощи люди обращаются к врачу только при возникновении у них тех или иных симптомов, и обследование обычно ограничивается одной проблемой. В отличие от этого, непрерывная медицинская помощь осуществляется постоянно, на протяжении всей болезни, даже тогда, когда у больного нет никаких жалоб. Упор делается на профилактику, а не только на купирование возникших симптомов. Поэтому обследование должно быть полным и всесторонним.

В программах МЦПС используется стандартизированный подход к обследованию, в основе которого лежит определение стадии заболевания. Протоколы и схемы обследования призваны облегчить работу сотрудникам программ, они не должны подменять собой знания и опыт врачей.

При включении в программу каждый пациент должен пройти полное первичное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное исследование, лабораторные исследования и оценку психосоциального статуса (табл. 1). Сбор демографических и социологических данных обсуждался в предыдущих разделах данного руководства. На основании сведений, полученных в ходе первичного обследования, составляется индивидуальный план помощи пациенту или план помощи семье (см. главу 1). В ходе дальнейшего наблюдения в этот план вносятся коррективы.

Таблица 1

Первичное обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Демографические и социологические данные • Анамнез болезни • Акушерский анамнез, включая профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку • Социальный и профессиональный анамнез • Сведения о питании • Сведения о приверженности 	<ul style="list-style-type: none"> • Семейный анамнез • Аллергологический анамнез • Лекарственный анамнез (включая фитопрепараты и травы) • Оценка симптомов с помощью опросника • Стандартизированное физикальное исследование • Лабораторные исследования

На основании информации, полученной в ходе первичного обследования, врач решает, в каких медицинских и вспомогательных услугах нуждается пациент, определяет характер дальнейшего наблюдения и частоту визитов в клинику. *Частота повторных обследований* зависит от стадии заболевания.

Анамнез и результаты физикального исследования позволяют врачу установить клиническую стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, которая приводится в приложении А. При установлении клинической стадии ВИЧ-инфекции нередко используются не окончательные, а предположительные диагнозы; диагностические критерии можно найти в приложении Б.

После установления клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и измерения числа лимфоцитов CD4 врач определяет, к какой из трех категорий относится данный пациент:

- *Начало болезни* (I—III клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 > 500 мкл⁻¹). Помощь должна быть

нацелена на обучение пациентов, консультирование и иные формы поддержки больного и его семьи. Необходимы поливитамины и профилактическое лечение изониазидом (если показано). Пациенты должны регулярно, не реже одного раза в 6 мес, посещать клинику для обследования. Особое внимание уделяют укреплению приверженности больного к помощи.

- *Середина болезни* (I—II клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 201—500 мкл⁻¹; III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 351—500 мкл⁻¹). Необходимы те же мероприятия, которые перечислены выше. Больные нуждаются в более частых повторных обследованиях.
- *Разгар болезни* (все пациенты с числом лимфоцитов CD4 ≤ 200 мкл⁻¹; III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 ≤ 350 мкл⁻¹; все пациенты с IV клинической стадией ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ). Необходимы те же мероприятия, которые перечислены выше. Помимо них, многие больные нуждаются в медикаментозной профилактике ТМП/СМК и антиретровирусной терапии. Первые 8 нед после начала антиретровирусной терапии пациенты должны посещать клинику еженедельно, затем ежемесячно. Больных обучают правилам проведения антиретровирусной терапии; проводят мероприятия, укрепляющие приверженность.

Для каждого больного разрабатывают график визитов в клинику, который определяется стадией заболевания и подробно описывается ниже.

Клиническое и лабораторное наблюдение

Как уже говорилось, частота повторных обследований определяется стадией заболевания. График наблюдения схематично представлен на рис. 1 и подробно описан в приложении В.

При каждом повторном визите проводятся оценка симптомов с помощью опросника (рис. 2, приложение В) и прицельное физикальное исследование. При оценке симптомов обращают внимание на признаки распространенных осложнений ВИЧ-инфекции и признаки побочного действия принимаемых лекарственных средств. Больные должны быть ознакомлены с ранними признаками осложнений; при появлении симптоматики им следует приходить в клинику, не дожидаясь очередного намеченного визита.

Рисунок 1. График наблюдения

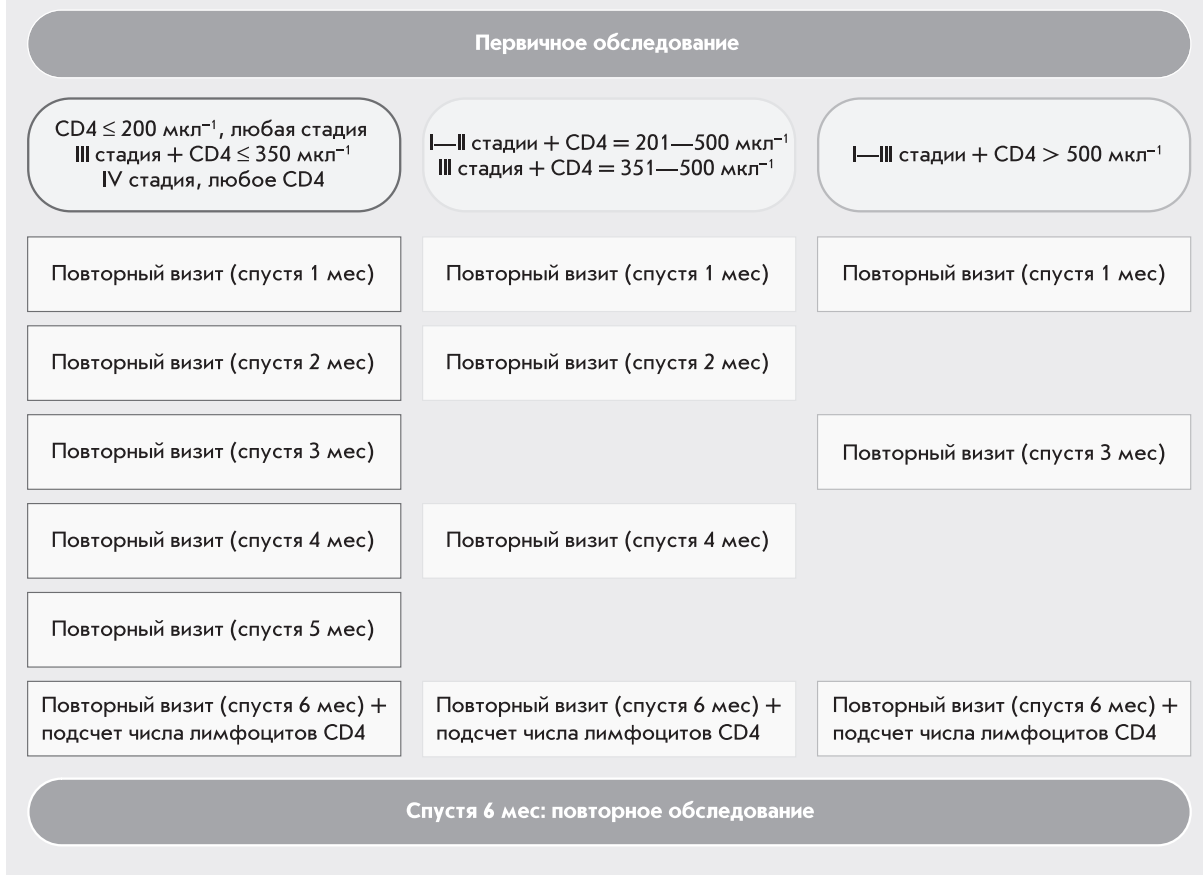
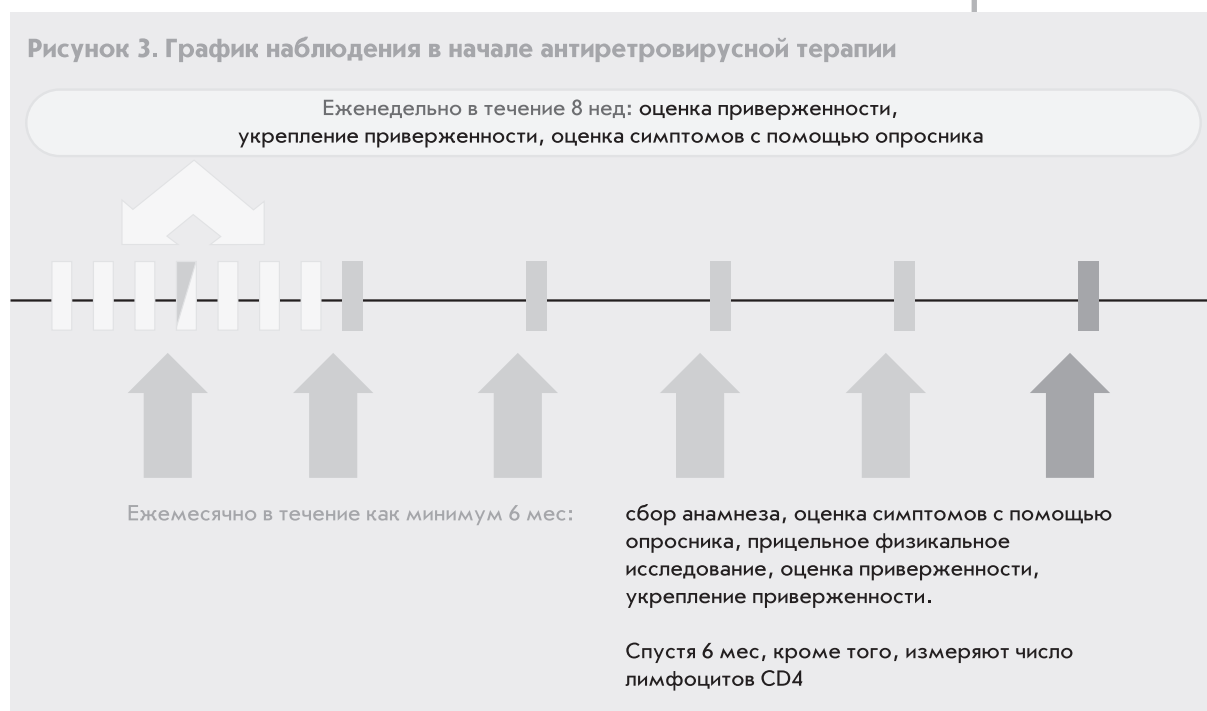


Рисунок 2. Перечень симптомов

Симптом	Да	Симптом	Да
Боль в животе	<input type="radio"/>	Онемение или покалывание в ногах (стопах)	<input type="radio"/>
Боль в мышцах	<input type="radio"/>	Понос	<input type="radio"/>
Боль в ногах (стопах)	<input type="radio"/>	Потеря аппетита	<input type="radio"/>
Боль иной локализации (указать)	<input type="radio"/>	Потливость по ночам	<input type="radio"/>
Головная боль	<input type="radio"/>	Похудание	<input type="radio"/>
Депрессия (см. главу 5.6)	<input type="radio"/>	Прибавка в весе	<input type="radio"/>
Кашель	<input type="radio"/>	Слабость	<input type="radio"/>
Лихорадка	<input type="radio"/>	Сыпь	<input type="radio"/>
Молочница	<input type="radio"/>	Тошнота или рвота	<input type="radio"/>
Нарушения зрения	<input type="radio"/>	Утомляемость	<input type="radio"/>
Нарушения памяти	<input type="radio"/>	Другое 1 (указать)	<input type="radio"/>
Одышка, затруднение дыхания	<input type="radio"/>	Другое 2 (указать)	<input type="radio"/>

Больные, которым начали проводить антиретровирусную терапию, должны посещать клинику еженедельно в течение первых 8 нед лечения. Более подробную информацию по этому вопросу можно найти на рис. 3 и в главе 5.3.



Необходимость *лабораторных* исследований оценивается с помощью четырех вопросов:

- Появились ли у больного новые симптомы, требующие обследования?
- Какова стадия его заболевания?
- Получает ли больной антиретровирусную терапию?
- Не наступила ли у больной беременность?

Число лимфоцитов CD4 следует определять в ходе первичного обследования и далее не реже одного раза в 6 мес. Больным, которым показана антиретровирусная терапия, кроме того проводят общий анализ крови и определяют биохимические показатели функции печени и почек. В дальнейшем лабораторные исследования зависят от симптоматики. Беременные, получающие антиретровирусную терапию, нуждаются в дополнительных лабораторных исследованиях, которые описаны в главах 5.3 и 5.4.

Направления

Направления в программу

Партнерские связи и взаимодействие с другими организациями ускоряют включение пациентов в программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. В зависимости от страны и ситуации на местах пациентов могут направлять в эти программы различные организации, которые называют «точками входа». Так, все опорные пункты «Расширенной инициативы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus) тесно взаимодействуют с женскими консультациями и родильными домами, проводят добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ и профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Другие программы МЦПС сотрудничают с противотуберкулезными диспансерами, службами ухода на дому и больницами. Персонал партнерских организаций полезно привлечь к участию в деятельности программы, предложить ему пройти переподготовку, посещать совещания многопрофильной бригады, оценить успехи программы.

Направления из программы

Многим больным, охваченным программой помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, рано или поздно могут потребоваться специализированная медицинская помощь или госпитализация. Персонал программы должен побеспокоиться об этом заранее. Следует разработать процедуры направления больных в другие учреждения и механизм обмена медицинской информацией. Объединенные и согласованные усилия всех заинтересованных сторон позволят избежать врачебных ошибок и поднимут на новый качественный уровень оказываемую больным помощь.

- *Лечение острых заболеваний.* Медицинская помощь при острых заболеваниях и состояниях в разных странах организована по-разному, и персоналу программы следует руководствоваться национальными и местными рекомендациями по диагностике и лечению. Процедуры направления больных в другие учреждения должны быть разработаны в деталях. В какую больницу направлять пациентов? В какой момент направлять пациентов в местную больницу? Как передавать туда медицинскую информацию? Должен ли персонал программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе наблюдать своего пациента, пока он будет находиться в местной больнице? Кто будет следить за тем, чтобы пациент во время госпитализации продолжал антиретровирусную терапию или медикаментозную профилактику? Как будет организовано наблюдение после выписки из больницы? Каким образом персонал программы сможет получить выписной эпикриз?

При проведении антиретровирусной терапии и медикаментозной профилактики очень важно различать осложнения самой ВИЧ-инфекции и побочные эффекты лекарственных средств. Здесь как никогда нужны тщательное наблюдение за больными и аккуратное ведение медицинской документации, поэтому без тесного взаимодействия персонала программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе с сотрудниками местных больниц не обойтись.

- *Консультации специалистов.* Куда направлять больных для оказания им специализированной медицинской помощи? Например, куда направить больного на консультацию к дерматологу? К кардиологу? К невропатологу? К психиатру? В свою очередь, специалисты должны быть знакомы с деятельностью программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе; их следует привлекать к активному сотрудничеству, к планированию совместных мероприятий, к переподготовке.
- *Местные ресурсы.* В разных странах имеются различные возможности для оказания помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом; следовательно, будут различны и рекомендации по диагностике и лечению, и процедуры направления туда больных. Существенную помощь, например, может оказать служба охраны психического здоровья, если таковая, конечно, имеется. Полезными могут оказаться программы ухода на дому, продуктовые банки и другие местные программы. Следует иметь под рукой перечень местных ресурсов и время от времени обновлять его.
- *Противотуберкулезная служба.* Борьба с туберкулезом имеет особенное значение по нескольким причинам: туберкулез является оппортунистической инфекцией и часто встречается у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом; лечение туберкулеза нередко проводится в специализированных клиниках, а не в опорных пунктах программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе; лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции представляет собой сложную задачу и требует специальных знаний. Каждая программа помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должна разработать протокол, в котором бы четко определялось, где проводится лечение туберкулеза и как производится обмен медицинской информацией. Мы *настоятельно* рекомендуем персоналу программ направлять пациентов на контролируемую амбулаторную терапию либо проводить ее самим. Лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции детально описано в главе 5.5.
- *Служба охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи.* Поддержание репродуктивного здоровья и планирование семьи — неотъемле-

мые компоненты помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Согласование работы этой службы с деятельностью программы чрезвычайно важно, поскольку некоторые антиретровирусные препараты вступают в лекарственные взаимодействия с эстрогенами, входящими в состав контрацептивов, а другие противопоказаны при беременности. Эти вопросы подробно обсуждаются в главе 5.7.

Медицинская документация

Если в условиях обычной (эпизодической) медицинской помощи врач нередко ведет записи в амбулаторной карте пациента, которая находится у него на руках, то непрерывная медицинская помощь немыслима без истории болезни, хранящейся в клинике. Медицинским работникам в любой момент могут потребоваться результаты предыдущих обследований (анамнез, результаты физикального исследования, лабораторные данные). К истории болезни в разное время обращаются разные члены многопрофильной бригады. Например, специалисту по лечебному питанию необходимо посмотреть, как изменился вес пациента со времени последнего визита в клинику, а врачу — узнать, как продвигается лечение оппортунистической инфекции и не изменилась ли клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ.

Использование типовых историй болезни упрощает ведение медицинской документации, облегчает диагностику, лечение и наблюдение, а также оценку результатов программы. (МЦПС по запросу предоставляет разработанные им для своих программ формы историй болезни для взрослых пациентов и для детей.) Независимо от того, какая документация используется — типовая или нет, истории болезни должны содержаться в порядке, храниться в надежном месте (для обеспечения конфиденциальности), быть понятными и легко доступными для сотрудников программы. При направлении больного на консультацию или госпитализацию туда должна направляться выписка из истории болезни (или ее копия). Заключение консультанта или выписной эпикриз по возможности нужно подшивать к истории болезни.

Приложение А. Клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ у взрослых и подростков

Любое из перечисленных состояний, имеющееся в настоящее время или перенесенное ранее

Клиническая стадия I

1. Бессимптомное течение
2. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия

Показатель общего состояния 1: Нормальная физическая активность, жалоб нет

Клиническая стадия II

3. Снижение веса менее чем на 10%
4. Легкое поражение кожи и слизистых (например, себорейный дерматит, почесуха, онихомикоз, рецидивирующие язвы слизистой рта, заеда)
5. Опоясывающий лишай на протяжении последних 5 лет
6. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит)

И/или показатель общего состояния 2: Нормальная физическая активность, есть жалобы

Клиническая стадия III

7. Снижение веса более чем на 10%
8. Необъяснимый хронический понос (длительностью более месяца)
9. Необъяснимая длительная лихорадка, постоянная или перемежающаяся (длительностью более месяца)
10. Кандидозный стоматит (молочница)
11. Волосатая лейкоплакия рта
12. Туберкулез легких на протяжении последнего года
13. Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, гнойный миозит)

И/или показатель общего состояния 3: На протяжении последнего месяца больной провел в постели менее 50% времени

Клиническая стадия IV

14. ВИЧ-кахексия*
15. Пневмоцистная пневмония
16. Токсоплазменный энцефалит
17. Криптоспоридиоз: хронический (понос длительностью более месяца)
18. Криптококкоз: внелегочный
19. Цитомегаловирусная инфекция: любая локализация за исключением селезенки, печени и лимфоузлов
20. Герпес: хронический язвенный герпес (длительностью более месяца) или висцеральные формы герпеса (любой длительности)
21. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
22. Любой диссеминированный глубокий микоз (гистоплазмоз, североамериканский бластомикоз, кокцидиоидоз)
23. Кандидоз: эзофагит, трахеит, бронхит или пневмония
24. Инфекция, вызванная атипичными микобактериями, диссеминированная
25. Сальмонеллезный сепсис
26. Туберкулез внелегочный
27. Лимфома
28. Саркома Капоши
29. ВИЧ-энцефалопатия**

И/или показатель общего состояния 4: На протяжении последнего месяца больной провел в постели более 50% времени

* ВИЧ-кахексия: потеря более 10% веса и либо хронический понос (длительностью более месяца), либо постоянная слабость и необъяснимая лихорадка (длительностью более месяца).

** ВИЧ-энцефалопатия: нарушения когнитивных функций и/или двигательные нарушения, мешающие повседневной активности, прогрессирующие на протяжении недель или месяцев, в отсутствие сопутствующих заболеваний и иных состояний, сопровождающихся аналогичной симптоматикой.

Приложение Б. Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ

Приведены модифицированные критерии, которые использовались в исследовании DART («Развертывание антиретровирусной терапии в Африке»)*.

Определения клинических стадий ВИЧ-инфекции основаны на рабочей классификации ВОЗ. Впоследствии в них были устранены найденные неточности и внесены изменения, появившиеся в Диагностических критериях СПИДа Центра по контролю заболеваемости США от 1993 г. (US Centres for Disease Control and Prevention AIDS surveillance definition; MMWR 1992; 41[RR41]:1—19). Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ, либо позаимствованы из материалов Центра по контролю заболеваемости США, либо были разработаны для исследования DART.

Состояние	Критерии предположительного диагноза	Критерии окончательного диагноза
Клиническая стадия I по классификации ВОЗ		
Персистирующая генерализованная лимфаденопатия	Припухшие или увеличенные лимфоузлы (кроме паховых) диаметром более 1 см, не болезненные при пальпации, сохраняющиеся дольше 3 мес в отсутствие других причин	Биопсия: гиперплазия герминативных центров, структура лимфоузла сохранена
Клиническая стадия II по классификации ВОЗ		
Снижение веса менее чем на 10%	Непреднамеренное похудание со слов пациента; на лице и конечностях видимых изменений нет	Непреднамеренное снижение веса менее чем на 10%, установленное путем сравнения с зарегистрированным наибольшим весом пациента за последние 6 мес
Себорейный дерматит	Зуд и шелушение кожи с преимущественным поражением волосистой части головы, лица, верхней части туловища, возможно промежности	Биопсия
Почесуха	Пятнисто-папулезная зудящая сыпь	Биопсия
Онихомикозы	Грибковая паронихия или онихолиз	Посев (соскоба с ногтевой пластинки)
Рецидивирующие язвы слизистой рта (два или более раза на протяжении 6 мес)	Афтозный стоматит	Биопсия
Заеда (ангулярный хейлит)	Трещины или эрозии в углах рта	Посев
Опоясывающий лишай (herpes zoster)	Болезненные везикулы (возможно с геморрагическим содержимым) на фоне эритемы, расположенные в пределах одного или нескольких соседних дерматомов	Визуализация вируса varicella-zoster с помощью электронной микроскопии, биопсия

* <http://www.ctu.mrc.ac.uk/studies/dart.asp>

Приложение Б. Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ

продолжение

Состояние	Критерии предположительного диагноза	Критерии окончательного диагноза
Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (два или более раза на протяжении 6 мес)	Кашель с гнойной мокротой (бронхит); односторонняя боль в лице и насморк (синусит); болезненная, гиперемизированная и припухшая барабанная перепонка при отоскопии (средний отит); боль в горле (ангина или фарингит)	Положительные результаты посева мазка или отделяемого из пораженного органа (не крови) и, если уместно, рентгенодиагностика. <i>Синусит</i> : посев мазка из носа и затемнение придаточной пазухи или уровень жидкости на рентгенограмме придаточных пазух носа. <i>Отит</i> : посев гнойного отделяемого из недавно перфорированной барабанной перепонки. <i>Бронхит</i> : посев мокроты и отсутствие изменений на рентгенограмме грудной клетки. Ангина или фарингит: посев мазка из зева
Клиническая стадия III по классификации ВОЗ		
Снижение веса более чем на 10%	Непреднамеренное похудание со слов пациента; на лице, талии и конечностях заметны изменения	Непреднамеренное снижение веса более чем на 10%, установленное путем сравнения с зарегистрированным наибольшим весом пациента за последние 6 мес
Необъяснимый хронический понос (длительностью более месяца)	Хронический понос длительностью более 1 мес; обследование не проводилось	Неоформленный стул, подтвержденный врачом двукратно, и отрицательные результаты посева 2 образцов кала; в дальнейшем — микроскопия кала (модифицированная окраска по Цилю—Нильсену, исследование на простейших, гельминтов и их яйца) и посев
Необъяснимая длительная лихорадка, постоянная или перемежающаяся (длительностью более месяца)	Лихорадка (постоянная или перемежающаяся) или потливость по ночам и плохое самочувствие длительностью более 1 мес со слов пациента; отсутствие очага инфекции наряду с неэффективностью терапии (противомалярийных средств, антибиотиков) и не проводившимся обследованием	Длительная лихорадка со слов пациента, подтвержденная врачом как минимум 2 раза на протяжении 1 мес температура 38,0°С в подмышечной впадине, отсутствие очага инфекции; отрицательные результаты посева крови (на обычные среды и среды для микобактерий), отрицательные результаты двукратного исследования мазка крови на малярию, отсутствие изменений на рентгенограмме грудной клетки
Кандидозный стоматит	Псевдомембранозный кандидоз (молочница): белые творожистые бляшки на слизистой, часто болезненные, удаляются с трудом. Атрофический кандидоз: гладкие красные очаги на слизистой неба, языка, щек	Микроскопия соскоба с очага поражения, посев
Волосатая лейкоплакия рта	Белые бородавчатые бляшки на боковых поверхностях языка, придающие слизистой гофрированный вид; бляшки безболезненны, не соскабливаются	Биопсия

Приложение Б. Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ

продолжение

Состояние	Критерии предположительного диагноза	Критерии окончательного диагноза
Туберкулез легких	Клиническая картина (длительная лихорадка, потливость по ночам, кашель, кровохарканье, похудание или утомляемость, изменения на рентгенограмме грудной клетки) ± обнаружение кислотоустойчивых палочек при микроскопии мокроты с окраской по Цилю—Нильсену; эффективность противотуберкулезных средств	Клиническая картина, изменения на рентгенограмме грудной клетки плюс выделение <i>Mycobacterium tuberculosis</i> при посеве мокроты, материала, полученного при бронхоальвеолярном лаваже, или биоптата легкого ± обнаружение кислотоустойчивых палочек при микроскопии мокроты с окраской по Цилю—Нильсену
Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, эмпиема плевры, менингит, гнойный миозит, бактериальный сепсис, включая однократный сальмонеллезный сепсис)	Лихорадка, специфические симптомы, изменения при рентгенографии грудной клетки или других уместных исследованиях плюс эффективность антибиотиков; бактериологические исследования либо не проводились, либо возбудитель не обнаружен	Однократный бактериальный сепсис: клиническая картина, изменения при рентгенографии грудной клетки или других уместных исследованиях и либо выделение возбудителя при посеве соответствующего клинического материала, либо обнаружение возбудителя при микроскопии мазка с окраской по Граму (СМЖ, гной, пунктат, мокрота; в мокроте должны быть также нейтрофилы), либо выявление антигенов возбудителя
Клиническая стадия IV по классификации ВОЗ		
ВИЧ-кахекия (по критериям Центра по контролю заболеваемости США)	<p>Непреднамеренное похудание со слов пациента; на лице, талии и конечностях заметны изменения</p> <p><i>плюс</i></p> <p>хронический понос длительностью более 1 мес; обследование не проводилось</p> <p><i>или</i></p> <p>лихорадка (постоянная или перемежающаяся) или потливость по ночам и плохое самочувствие длительностью более 1 мес со слов пациента; отсутствие очага инфекции наряду с не проводившимся обследованием</p>	<p>Непреднамеренное снижение веса более чем на 10%, установленное путем сравнения с зарегистрированным наибольшим весом пациента за последние 6 мес</p> <p><i>плюс</i></p> <p>хронический понос длительностью более 1 мес; неоформленный стул, подтвержденный врачом двукратно, и отрицательные результаты посева двух образцов кала; в дальнейшем — микроскопия кала (модифицированная окраска по Цилю—Нильсену, исследование на простейших, гельминтов и их яйца)</p> <p><i>или</i></p> <p>подтвержденная врачом как минимум 3 раза на протяжении 1 мес температура 37,5°C, отсутствие очага инфекции; отрицательные результаты посева крови (на обычные среды и среды для микобактерий), отрицательные результаты двукратного исследования мазка крови на малярию, отсутствие изменений на рентгенограмме грудной клетки</p>

Приложение Б. Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ

продолжение

Состояние	Критерии предположительного диагноза	Критерии окончательного диагноза
Пневмоцистная пневмония	Сухой кашель, нарастающая одышка и цианоз, тахипноэ и лихорадка, изменения на рентгенограмме грудной клетки (обычно двусторонние ограниченные затемнения легочных полей, захватывающие прикорневые зоны), эффективность высоких доз ТМП/СМК с преднизолоном или без него	Микроскопия мокроты, полученной путем стимуляции, или материала, полученного при бронхоальвеолярном лаваже, либо биопсия легкого
Токсоплазменный энцефалит	При подозрительной симптоматике эффективна терапия высокими дозами ТМП/СМК, пириметамином и сульфадиазином или пириметамином и клиндамицином	КТ с контрастированием выявляет единичный или множественные очаги с кольцевидным усилением. Если проводят люмбальную пункцию, СМЖ в норме или с неспецифическими изменениями. Объемные образования исчезают после лечения
Криптококкоз: внелегочный	Менингит: лихорадка с сильной нарастающей головной болью, менингизм, спутанность сознания, поведенческие расстройства, очаговая неврологическая симптоматика, судороги; выявление криптококкового антигена в сыворотке с помощью реакции латекс-агглютинации Другая локализация поражения — кожа	СМЖ: положительные результаты микроскопии мазка (контрастирование тушью или окраска по Граму), реакции латекс-агглютинации на криптококковый антиген или посева Выделение <i>Cryptococcus neoformans</i> при посеве крови. Положительные результаты посева или микроскопии соскоба с кожных очагов поражения
Цитомегаловирусная инфекция: любая локализация за исключением селезенки, печени и лимфоузлов	Клинический диагноз в соответствии с признаками поражения того или иного органа, например ретинит (по результатам офтальмоскопии), пневмония, панкреатит, колит, холецистит, аденит, эпидидимит	Клиническая картина плюс биопсия или обнаружение антигенов возбудителя в пораженной ткани
Герпес: хронический язвенный герпес (длительностью более месяца) или висцеральные формы герпеса (любой длительности)	Не заживающая более 1 мес язва кожи или слизистых Признаки поражения соответствующего органа: бронхит, пневмония, эзофагит, колит	Не заживающая более 1 мес язва плюс биопсия, или выделение вируса в культуре клеток, или обнаружение антигенов возбудителя в пораженной ткани Клиническая картина плюс биопсия, или выделение вируса в культуре клеток, или обнаружение антигенов возбудителя в пораженной ткани
Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия	Нарастающая очаговая неврологическая симптоматика без головной боли и лихорадки, корковая слепота, мозжечковая симптоматика, деменция, изредка судороги	Признаки прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии при КТ или МРТ плюс обнаружение вируса JC с помощью ПЦР
Любой диссеминированный глубокий микоз (гистоплазмоз, кокцидиоз)	Клиническая картина, например субфебрильная температура, похудание, недомогание, панцитопения ± рентгенологические признаки поражения легких	Клиническая картина плюс биопсия, или положительные результаты посева, или обнаружение антигенов возбудителя в пораженной ткани

Приложение Б. Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ

продолжение

Состояние	Критерии предположительного диагноза	Критерии окончательного диагноза
Кандидоз: эзофагит, трахеит, бронхит или пневмония	Дисфагия, боль при глотании или загрудинная боль во время еды и питья, боль в эпигастрии, усиливающаяся во время еды, тошнота и рвота ± кандидозный стоматит; эффективность противогрибковых средств	Характерная эндоскопическая картина или положительные результаты микроскопии биоптата пораженной ткани или щеточного соскоба Характерная картина при бронхоскопии или аутопсии, либо биопсия, либо цитологическое исследование щеточного соскоба
Инфекция, вызванная атипичными микобактериями, диссеминированная	Нарастающее похудание, лихорадка, потливость по ночам, утомляемость, анемия или понос плюс обнаружение в кале, крови, других биологических жидкостях или в тканях кислотоустойчивых палочек при отрицательных результатах посева плюс отсутствие диагноза туберкулеза	Клиническая картина плюс выделение атипичных микобактерий при посеве кала, крови, других биологических жидкостей или любой ткани за исключением легких
Рецидивирующий (на протяжении 1 года) сальмонеллезный сепсис	Лихорадка (± потливость, утомляемость, головная боль, похудание, иногда понос) в отсутствие очаговой симптоматики (например, пневмонии или менингита); отрицательные результаты исследования мазка крови на малярию; возможна умеренная спленомегалия	Выделение при посеве крови сальмонелл, отличных от <i>Salmonella typhi</i>
Туберкулез внелегочный	Системное заболевание, обычно с длительной лихорадкой, потливостью по ночам, слабостью и похуданием, часто с анемией Признаки поражения соответствующих органов: лимфаденит, натечный абсцесс, стерильная лейкоцитурия, перикардит, асцит, плевральный выпот, менингит, артрит, орхит, туберкулезная волчанка Милиарный туберкулез часто имеет неспецифические проявления, милиарные тени на рентгенограмме грудной клетки могут отсутствовать Подозрительная симптоматика, разрешающаяся на фоне пробной противотуберкулезной терапии	Выделение <i>Mycobacterium tuberculosis</i> при посеве крови или другого материала за исключением мокроты и материала, полученного при бронхоальвеолярном лаваже Биопсия (например, плевры или перикарда) Обнаружение кислотоустойчивых палочек при микроскопии СМЖ, выпота, пунктата лимфоузла Серозный выпот с преобладанием лимфоцитов (суставной, перитонеальный, плевральный, перикардальный), который при посеве может дать отрицательные результаты. Экссудат Лимфоцитарный цитоз в СМЖ с отрицательными результатами реакции латекс-агглютинации на криптококковый антиген и посева

Приложение Б. Критерии предположительного и окончательного диагноза для состояний, упомянутых в классификации ВОЗ

окончание

Состояние	Критерии предположительного диагноза	Критерии окончательного диагноза
Первичная лимфома ЦНС или диффузная В-крупноклеточная лимфома	Клиническая картина лимфомы: лихорадка, потливость по ночам, похудание, лимфаденопатия, спленомегалия, панцитопения, кишечная непроходимость, асцит, поражение черепных нервов, спинного мозга и корешков, объемные образования кожи, яичек и легких; неэффективность противотуберкулезных средств и неэффективность терапии токсоплазмоза	Как минимум одно внутримозговое объемное образование при КТ или МРТ головы плюс неэффективность противотуберкулезных средств и неэффективность терапии токсоплазмоза Биопсия Эффективность противоопухолевых средств
Саркома Капоши	Характерные высыпания на коже или в ротоглотке. Уплотнения в лимфоузлах, внутренних органах или легких при пальпации или рентгенографии. Необъяснимый лимфатический отек	Биопсия. Красноватые очаги поражения при эндоскопии, бронхоскопии или ректороманоскопии
ВИЧ-энцефалопатия	Нарушения когнитивных функций и/или двигательные нарушения, мешающие повседневной активности, прогрессирующие на протяжении недель или месяцев, в отсутствие сопутствующих заболеваний и иных состояний (кроме ВИЧ-инфекции), сопровождающихся аналогичной симптоматикой	Клиническая картина плюс КТ или МРТ головы и/или люмбальная пункция с исследованием СМЖ для исключения других причин

Приложение В. График наблюдения взрослых больных

Месяц	Разгар болезни*	Середина болезни*	Начало болезни*
1	<p>Анамнез (острые заболевания)</p> <p>Услуги вспомогательных служб (по показаниям)</p> <p>Медикаментозная профилактика ТМП/СМК</p> <p>При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом</p> <p>Другая профилактика (по показаниям)</p> <p>Поливитамины</p> <p>Первый визит по назначению антиретровирусной терапии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Консультирование по приверженности • Выписывание препаратов • Еженедельные визиты 	<p>Анамнез (острые заболевания)</p> <p>Услуги вспомогательных служб (по показаниям)</p> <p>При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом</p> <p>Поливитамины</p>	<p>Анамнез (острые заболевания)</p> <p>Услуги вспомогательных служб (по показаниям)</p> <p>При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом</p> <p>Поливитамины</p>
2	<p>Продолжение еженедельных визитов для больных, получающих антиретровирусную терапию (как минимум 8 нед)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка приверженности, мероприятия по ее укреплению • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб (по показаниям) • Оценка симптомов с помощью опросника 	<p>Визит спустя 2 мес</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины 	
3	<p>Еженедельные визиты для больных, получающих антиретровирусную терапию</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка приверженности, мероприятия по ее укреплению • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб (по показаниям) • Медикаментозная профилактика ТМП/СМК • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины 		<p>Визит спустя 3 мес</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины

Приложение В. График наблюдения взрослых больных

продолжение

Месяц	Разгар болезни*	Середина болезни*	Начало болезни*
4	<p>Еженедельные визиты для больных, получающих антиретровирусную терапию</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка приверженности, мероприятия по ее укреплению • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб (по показаниям) • Медикаментозная профилактика ТМП/СМК • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины 	<p>Визит спустя 4 мес</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины 	
5	<p>Еженедельные визиты для больных, получающих антиретровирусную терапию</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка приверженности, мероприятия по ее укреплению • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб (по показаниям) • Медикаментозная профилактика ТМП/СМК • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины 		

Приложение В. График наблюдения взрослых больных

окончание

Месяц	Разгар болезни*	Середина болезни*	Начало болезни*
6	<p>Еженедельные визиты для больных, получающих антиретровирусную терапию</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка приверженности, мероприятия по ее укреплению • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб (по показаниям) • Медикаментозная профилактика ТМП/СМК • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины • Повторное измерение числа лимфоцитов CD4, повторное определение стадии заболевания 	<p>Визит спустя 6 мес</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины • Повторное измерение числа лимфоцитов CD4, повторное определение стадии заболевания 	<p>Визит спустя 6 мес</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анамнез (острые заболевания) • Оценка симптомов с помощью опросника • Прицельное физикальное исследование • Оценка психосоциального статуса • Услуги вспомогательных служб • При положительной туберкулиновой пробе профилактическое лечение изониазидом • Поливитамины • Повторное измерение числа лимфоцитов CD4, повторное определение стадии заболевания
Далее	<p>Ежемесячные визиты (Услуги вспомогательных служб при необходимости — чаще)</p>	<p>Визиты каждые 3 мес (Услуги вспомогательных служб при необходимости — чаще)</p>	<p>Визиты каждые 6 мес (Услуги вспомогательных служб при необходимости — чаще)</p>

* См. с. 132—133.



ПРОФИЛАКТИКА ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ

ВИЧ-инфицированные подвержены определенному спектру оппортунистических инфекций. Риск некоторых из них возрастает по мере углубления иммунодефицита. Например, пневмоцистная пневмония чаще всего возникает после того, как число лимфоцитов CD4 падает до 200 мкл^{-1} и ниже. Другие инфекции, в частности туберкулез и бактериальные пневмонии, встречаются при любом числе лимфоцитов CD4. Профилактические мероприятия позволяют снизить частоту оппортунистических инфекций, улучшить самочувствие и увеличить продолжительность жизни больных. Мы настоятельно рекомендуем проводить медикаментозную профилактику ТМП/СМК и изониазидом (при наличии к ней показаний) во всех опорных пунктах программ МЦПС. Необходимость других вмешательств, в частности прерывистого профилактического лечения малярии и назначения флуконазола для первичной профилактики криптококкового менингита, определяется ситуацией на местах; их следует проводить в соответствии с имеющимися местными и национальными рекомендациями. Профилактика оппортунистических инфекций у детей описывается в главах 6.2 и 6.3.

Триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК)

Известно, что в странах с ограниченными ресурсами первичная профилактика пневмоцистной пневмонии у больных с числом лимфоцитов CD4 200 мкл^{-1} и менее снижает смертность от ВИЧ-инфекции, поэтому мы настоятельно рекомендуем это вмешательство. Исследования показывают, что в Африке, где пневмоцистная пневмония не считается основным осложнением ВИЧ-инфекции, при лабораторной диагностике пневмонии у больных часто выявляют *Pneumocystis carinii*.

В большинстве национальных рекомендаций и в рекомендациях ВОЗ больным с поздними стадиями ВИЧ-инфекции советуют назначать ТМП/СМК.

Отчасти это обусловлено тем, что в странах с ограниченными ресурсами частота пневмоцистной пневмонии обычно недооценивается, отчасти — тем, что ТМП/СМК позволяет предотвратить и другие инфекции, например бактериальную пневмонию и сепсис. Специалисты единодушны в том, что медикаментозная профилактика ТМП/СМК показана больным с поздними стадиями ВИЧ-инфекции.

Рекомендации

ТМП/СМК, 160/800 мг (одна двойная таблетка) один раз в сутки или 3 раза в неделю для взрослых больных при:

- III—IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, независимо от числа лимфоцитов CD4
- Числе лимфоцитов CD4 ≤ 200 мкл⁻¹, независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ

Дапсон, 100 мг один раз в сутки — для больных с непереносимостью ТМП/СМК

Изониазид

Туберкулез служит ведущей причиной осложнений ВИЧ-инфекции и смерти больных, поэтому в рекомендациях ВОЗ/ЮНЭЙДС* говорится о необходимости проводить профилактическое лечение туберкулеза (лечение латентного туберкулеза) у лиц, одновременно инфицированных ВИЧ и *Mycobacterium tuberculosis*. Профилактическое лечение туберкулеза назначается только после исключения у больного активного туберкулезного процесса на основании клинической картины (оценка симптомов с помощью опросника) и, при необходимости, результатов исследования мокроты и рентгенографии.

Мы предлагаем использовать туберкулиновые пробы для выявления латентного туберкулеза и назначать профилактическое лечение туберкулеза всем ВИЧ-инфицированным, зараженным *Mycobacterium tuberculosis*. Мы отдаем себе отчет в том, что такой подход не везде является общепринятым, и хотим подчеркнуть следующие моменты.

- **Туберкулиновые пробы позволяют выявить латентный туберкулез у пациентов, вакцинированных БЦЖ**
Диагностическая ценность туберкулиновых проб изучалась в странах Западной, Экваториальной и Южной Африки, где применяется поголов-

* Guidelines for Implementing Collaborative HIV and TB Programme Activities. WHO 2003.

ная вакцинация БЦЖ. У населения этих стран была обнаружена тесная корреляция между положительным результатом туберкулиновой пробы и предшествующим контактом с больным туберкулезом.

- **Туберкулиновые пробы позволяют выявить ВИЧ-инфицированных пациентов с очень высоким риском развития туберкулеза**

Исследования среди ВИЧ-инфицированных пациентов, которым проводилась вакцинация БЦЖ, показали, что те из них, у кого туберкулиновая проба положительна (диаметр папулы ≥ 5 мм), намного чаще заболевают туберкулезом, чем те, у кого туберкулиновая проба отрицательна. Таким образом, даже в странах с высокой распространенностью туберкулеза туберкулиновые пробы способны выявить лиц с очень высоким риском развития активного туберкулезного процесса.

- **Лечение латентного туберкулеза изониазидом у ВИЧ-инфицированных эффективно**

Плацебо-контролируемые испытания показали, что шестимесячный курс лечения изониазидом у ВИЧ-инфицированных пациентов с положительными туберкулиновыми пробами снижает риск развития активного туберкулезного процесса на 60%.

- **Применение изониазида у ВИЧ-инфицированных с отрицательными туберкулиновыми пробами неэффективно**

Опасения, что при ВИЧ-инфекции туберкулиновые пробы могут быть нечувствительными, то есть могут давать ложноотрицательные результаты вследствие иммунодефицита, породили идею лечить изониазидом *всех* ВИЧ-инфицированных в странах с высокой распространенностью туберкулеза. Однако, три различных плацебо-контролируемых испытания показали, что у пациентов с отрицательными туберкулиновыми пробами изониазид не оказывает никакого эффекта. Поэтому мы не поддерживаем такой подход.

- **Применение изониазида не снижает существенным образом эффективности противотуберкулезного лечения, проводимого впоследствии**

Применение изониазида слегка повышает риск развития устойчивости к этому препарату у тех больных, у кого несмотря на профилактическое лечение все же развивается активный туберкулезный процесс. Однако крупные исследования показали, что резистентность к изониазиду сопряжена лишь с небольшим приростом частоты неудач лечения (по сравнению с частотой неудач лечения на фоне чувствительности возбудителя ко всем препаратам). В то же время резистентность к рифампицину значительно снижает частоту излечения. Мы считаем, что польза от профи-

лактического лечения изониазидом значительно перевешивает сопряженный с ним риск.

Рекомендации

Мы настоятельно рекомендуем при первичном обследовании и далее ежегодно проводить каждому больному туберкулиновые пробы с 5 ед очищенного туберкулина. Это позволит выявить лиц, нуждающихся в профилактическом лечении изониазидом. Изониазид нельзя назначать тем больным, которые уже получали профилактическое лечение изониазидом или противотуберкулезную терапию, а также при наличии противопоказаний к изониазиду или подозрении на активный туберкулезный процесс.

- Туберкулиновые пробы при первичном обследовании и далее ежегодно (кроме больных, которые уже получали профилактическое лечение изониазидом или противотуберкулезную терапию)
- Профилактическое лечение изониазидом у больных с положительной туберкулиновой пробой (диаметр папулы ≥ 5 мм)
 - ◆ Сначала исключают активный туберкулезный процесс согласно местным или национальным рекомендациям, затем
 - ◆ Назначают изониазид, 5 мг/кг/сут (максимальная доза — 300 мг/сут) плюс пиридоксин, 50 мг/сут, в течение 6 мес

Приложение А. Профилактика оппортунистических инфекций у взрослых

Вмешательство	Цель	Показания	Дозы
ТМП/СМК	Профилактика пневмоцистной пневмонии и предотвращение бактериальных инфекций	Настоятельно рекомендуется при: <ul style="list-style-type: none"> • числе лимфоцитов $CD4 \leq 200 \text{ мкл}^{-1}$ • III—IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ 	160/800 мг (одна двойная таблетка) один раз в сутки или 160/800 мг (одна двойная таблетка) 3 раза в неделю
Дапсон	Профилактика пневмоцистной пневмонии	Рекомендуется пациентам с непереносимостью ТМП/СМК при: <ul style="list-style-type: none"> • числе лимфоцитов $CD4 \leq 200 \text{ мкл}^{-1}$ • III—IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ 	100 мг/сут
Изониазид	Профилактика туберкулеза	Рекомендуется при положительной туберкулиновой пробе (диаметр папулы $\geq 5 \text{ мм}$) за следующими исключениями: <ul style="list-style-type: none"> • Проводившееся ранее профилактическое лечение изониазидом • Проводившаяся ранее противотуберкулезная терапия • Наличие противопоказаний к изониазиду • Подозрение на активный туберкулезный процесс 	Изониазид, 5 мг/кг/сут (максимальная доза — 300 мг/сут) в течение 6 мес плюс пиридоксин, 50 мг/сут в течение 6 мес
Флуконазол	Профилактика криптококкового менингита	В соответствии с национальными рекомендациями	
Пропитка инсектицидами надкроватных пологов	Профилактика малярии	В соответствии с национальными рекомендациями (см. главу 5.4)	
Прерывистое профилактическое лечение малярии	Проводится беременным в соответствии с национальными рекомендациями (см. главу 5.4)		



АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ВЗРОСЛЫХ

Появление высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ) коренным образом изменило прогноз ВИЧ-инфекции. Везде, где бы ни применялась АРТ, падала смертность и снижалась частота госпитализаций и оппортунистических инфекций. Однако наряду с впечатляющими успехами антиретровирусной терапии обнаружились и ее недостатки, в первую очередь тяжелые побочные эффекты препаратов и риск возникновения лекарственной устойчивости ВИЧ. За годы применения АРТ стало ясно, что непременным условием эффективности лечения служат осознанное участие в нем самого пациента, строгое соблюдение схемы лечения, учет всевозможных лекарственных взаимодействий и тщательное наблюдение.

В этой главе описываются рекомендации МЦПС по проведению АРТ и даются алгоритмы ведения больных. Все они совпадают с рекомендациями ВОЗ. (*Внимание:* все рекомендации регулярно обновляются; с последними версиями можно ознакомиться на интернет-сайтах наших программ.) Мы подробно опишем, когда начинать АРТ, какие использовать препараты, как наблюдать за больным во время лечения, когда и как пересматривать схему АРТ, но сначала мы бы хотели заострить внимание читателя на следующих вопросах.

- **Готовность пациента.** В клинических рекомендациях, разработанных по принципам доказательной медицины, четко определены показания к АРТ. Однако для того чтобы лечение было успешным, больной должен быть готов принимать препараты ежедневно на протяжении всей своей жизни. Никто не может сделать за него этот выбор. Вот почему обучение пациентов и укрепление приверженности всегда являются неотъемлемой частью программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Некоторым больным предварительная подготовка к АРТ почти не требуется. Но в большинстве случаев, прежде чем выписать антиретровирусные препараты, с пациентом необходимо провести огромную подготовительную работу.

- **Сведение к минимуму риска лекарственной устойчивости ВИЧ.** Медицинские работники могут повлиять на развитие лекарственной устойчивости ВИЧ двумя путями: во-первых, всемерно укрепляя в больных приверженность к терапии (см. раздел 2) и, во-вторых, соблюдая правила назначения АРТ. Вот эти правила:
 - ♦ АРТ никогда не проводят в отрыве от надежной и мощной системы мероприятий, укрепляющих приверженность.
 - ♦ Любые лекарственные средства, принимаемые больным, и любые используемые им методы лечения следует оценивать с точки зрения возможного взаимодействия с антиретровирусными препаратами.
 - ♦ Для лечения ВИЧ-инфекции никогда не используются моно- и двухкомпонентные схемы АРТ (их применяют только для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку).
 - ♦ Никогда нельзя добавлять один новый препарат к терпящей неудачу схеме АРТ.
 - ♦ При смене схемы лечения и прекращении АРТ следует придерживаться разработанных протоколов.
- **Лекарственные взаимодействия.** Антиретровирусным препаратам свойственны множественные лекарственные взаимодействия. Ни один из них нельзя выписывать, не проанализировав внимательно полный список принимаемых больным лекарственных средств, включая травы и средства альтернативной медицины.
- **Взаимодействия лекарственных средств с пищевыми продуктами.** Схемы АРТ первого ряда, используемые в программах МЦПС, не сопряжены с жесткими требованиями в отношении питания, однако прием некоторых антиретровирусных препаратов второго ряда должен быть определенным образом привязан к приему пищи (см. приложение В).
- **АРТ во время беременности.** Разумное применение антиретровирусных препаратов во время беременности может принести существенную пользу матери и снизить риск передачи ВИЧ ребенку, поэтому МЦПС рекомендует проведение АРТ беременным при наличии у них показаний. В то же время проведение АРТ во время беременности сопряжено со многими специфическими проблемами, среди которых необходимость согласованной работы женских консультаций, родильных домов и учреждений ВИЧ-медицины, противопоказания во время беременности к ряду антиретровирусных препаратов, влияние АРТ на эффективность перинатальной профилактики и риск возникновения лекарственной устойчивости ВИЧ после однократного приема невирапина с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Все эти вопросы обсуждаются в главе 5.4.

- **АРТ у больных туберкулезом.** Рифампицин вступает в лекарственные взаимодействия со многими антиретровирусными препаратами. В большинстве стран, где работают программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, лечение туберкулеза проводится местными противотуберкулезными службами в соответствии с местными или национальными рекомендациями. Взаимодействие между учреждениями ВИЧ-медицины и противотуберкулезными службами имеет первостепенное значение. Оно необходимо для того, чтобы избежать лекарственных взаимодействий, способных поставить под угрозу успех лечения, и чтобы повысить настороженность врачей в отношении синдрома восстановления иммунитета. Кроме того, противотуберкулезный диспансер является одной из важнейших организаций, направляющих больных на лечение ВИЧ-инфекции. Лечение ВИЧ-инфекции на фоне туберкулеза посвящена глава 5.5.

Когда начинать антиретровирусную терапию?

Обучение больных и консультирование по вопросам приверженности являются составной частью лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Антиретровирусные препараты не должны выписываться больным, которые не приняли осознанного решения и не готовы принимать лекарственные средства постоянно и аккуратно. Кроме того, АРТ нельзя начинать до тех пор, пока в данной местности не налажено бесперебойное снабжение антиретровирусными препаратами: нерегулярный прием препаратов приносит больше вреда, чем пользы.

Показания к началу АРТ у взрослых:

- IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (СПИД), независимо от числа лимфоцитов CD4
- III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ при числе лимфоцитов $CD4 \leq 350$ мкл⁻¹
- Число лимфоцитов $CD4 \leq 200$ мкл⁻¹, независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ

Схемы АРТ первого ряда

При выборе схемы АРТ первого ряда принимают во внимание ее эффективность, переносимость и стоимость, а также возможность чередования препаратов, в том числе влияние назначаемых сейчас препаратов на выбор дальнейшего лечения. МЦПС поддерживает провозглашенный ВОЗ подход к лечению ВИЧ-инфекции и СПИДа, основанный на «применении методов общественного здравоохранения», и требует, чтобы в каждой про-

грамме МЦПС использовалась только одна из схем АРТ первого ряда: это облегчает внедрение программы и упрощает оказание помощи больным. Поскольку у программ могут быть свои специфические задачи, МЦПС предлагает им на выбор несколько разных схем первого ряда. Все они высокоактивны, все доказали свою эффективность и все соответствуют рекомендациям ВОЗ.

Рекомендуемые схемы первого ряда:

Ламивудин + зидовудин + невирапин

Ламивудин + ставудин + невирапин

Ламивудин + зидовудин + эфавиренз*

Ламивудин + ставудин + эфавиренз*

* В программах, где используются схемы с эфавирензом, пациенткам должны быть обеспечены надежные методы контрацепции.

По возможности следует использовать комбинированные препараты с фиксированным содержанием активных веществ, поскольку они позволяют свести к минимуму число таблеток, облегчить соблюдение схемы лечения и тем самым снизить риск возникновения лекарственной устойчивости ВИЧ.

Схемы первого ряда с эфавирензом

Некоторые из схем первого ряда, рекомендуемых МЦПС, не лучшим образом подходят для программ, в которых участвуют много женщин детородного возраста. Эфавиренз (Сустива™, Стокрин™) в экспериментах на приматах вызывал развитие дефектов нервной трубки; сообщалось также о нескольких новорожденных с дефектами нервной трубки, чьи матери принимали эфавиренз в первом триместре беременности. *Эфавиренз противопоказан во время первого триместра беременности*; его вообще не следует назначать беременным и женщинам, которые могут забеременеть. За всеми женщинами детородного возраста, которые принимают эфавиренз, требуется тщательное наблюдение.

Программы, использующие схемы первого ряда с эфавирензом, должны обеспечить всех женщин детородного возраста надежными методами контрацепции. Прежде чем выписывать женщинам эфавиренз, программа должна разработать протокол обеспечения безопасности препарата — специальные правила, призванные предотвратить прием эфавиренза в первом

триместре беременности. Эти правила могут включать дополнительную подготовку медицинских работников и фармацевтов; регулярное проведение женщинам, принимающим эфавиренз, теста на беременность (для ее раннего выявления) или обязательный вопрос о возможной беременности при каждом визите в клинику; замену эфавиренза на невирапин для всех женщин, которые могут забеременеть.

Для «Расширенной инициативы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus), где большинство пациентов составляют женщины детородного возраста, мы рекомендуем использовать схемы ламивудин + зидовудин + невирапин или ламивудин + ставудин + невирапин. Это высокоактивные схемы с небольшим числом таблеток и умеренными побочными эффектами. Ни один из препаратов в этих схемах не вызывает аномалий развития плода.

Схемы первого ряда с невирапином

Невирапин (ВирамунTM) на протяжении многих лет широко использовался во всем мире и казался безопасным, однако недавно появились сообщения о гепатотоксическом действии этого препарата у женщин, особенно у тех, у кого число лимфоцитов CD4 к началу АРТ составляло 250 мкл^{-1} и более. Усиливает ли беременность риск гепатотоксического действия невирапина, неизвестно. Тем не менее МЦПС рекомендует (подробно см. ниже и главу 5.4) регулярно определять биохимические показатели функции печени всем беременным, получающим схемы АРТ с невирапином. Женщинам, у которых во время первичного обследования выявлены нарушения функции печени, следует подобрать другую схему АРТ (табл. 1).

В странах с ограниченными ресурсами многие программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе проводят антиретровирусную терапию пациентам с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (то есть со СПИДом); медиана числа лимфоцитов CD4 при включении больных в программу нередко бывает меньше 50 мкл^{-1} . Даже в рамках «Расширенной инициативы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus), чьи пациенты в целом находятся на более ранних стадиях ВИЧ-инфекции, очень немногим женщинам начинают проводить АРТ при числе лимфоцитов CD4 свыше 250 мкл^{-1} . С появлением новых данных рекомендации по АРТ у женщин с более высоким числом лимфоцитов CD4 могут измениться; если это произойдет, мы внесем соответствующие исправления в данную главу.

Начало АРТ

Подробнейший алгоритм действий для начала АРТ у взрослых можно найти в приложении Б. В приложении А проиллюстрированы четыре основных

вопроса, на которые должен ответить врач, планирующий назначить АРТ пациенту: имеются ли медицинские показания к АРТ, имеются ли медицинские противопоказания к планируемой схеме первого ряда, нет ли у пациентки беременности, нет ли немедицинских противопоказаний к АРТ?

- **Имеются ли медицинские показания к АРТ?** Повторим еще раз показания к АРТ: IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ независимо от числа лимфоцитов CD4; III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ при числе лимфоцитов $CD4 \leq 350$ мкл⁻¹; число лимфоцитов $CD4 \leq 200$ мкл⁻¹ независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ.
- **Имеются ли медицинские противопоказания к планируемой схеме первого ряда?** После того как показания к АРТ установлены, нужно на основании анамнеза и результатов лабораторных исследований установить, нет ли у пациента противопоказаний к схеме АРТ первого ряда. Эти противопоказания перечислены в табл. 1. Глубокая нейтропения и тяжелая анемия являются противопоказаниями к назначению зидовудина. При тяжелой почечной или печеночной недостаточности противопоказаны все антиретровирусные препараты, однако причина этих состояний может оказаться устранимой, поэтому необходимо провести обследование в соответствии с местными рекомендациями. По возможности для больных с тяжелой почечной или печеночной недостаточностью, которым показана АРТ, следует организовать консультацию специалиста. Предшествующее применение АРТ (за исключением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку) и непереносимость антиретровирусных препаратов тоже требуют консультации специалиста. Необходима консультация и тем больным, которые в настоящее время получают противотуберкулезное лечение.
- **Пациентка беременна?** Эфавиренз противопоказан в первом триместре беременности и нежелателен во время всей беременности. Комбинация диданозина со ставудином во время беременности не рекомендуется из-за повышенного риска лактацидоза; ее используют только при необходимости и только при условии консультации специалиста и тщательного наблюдения. Схемы с невирапином во время беременности применяют только при условии регулярного определения биохимических показателей функции печени (см. главу 5.4). Беременным, у которых биохимические показатели функции печени более чем в 2 раза превышают норму, схемы с невирапином не назначают. Данных о безопасности абакавира и тенофовира во время беременности очень мало.

- Имеются ли немедицинские противопоказания к АРТ? Не каждый пациент, имеющий показания к АРТ, готов к ее началу. Одна из целей всесторонней оценки, которую проводит многопрофильная бригада (в том числе оценки психосоциального статуса и оценки приверженности), — исключить «неме-

Таблица 1. Медицинские противопоказания к схемам АРТ первого ряда

Противопоказание	Определение	Примечания	Рекомендации
Тяжелая анемия	Гемоглобин ≤ 69 г/л	Противопоказан зидовудин	Используют другую схему первого ряда: Ставудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз*)
Глубокая нейтропения	Абсолютное число нейтрофилов ≤ 749 мкл ⁻¹	Противопоказан зидовудин	Используют другую схему первого ряда: Ставудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз*)
Тяжелая почечная недостаточность	Креатинин более чем в 3 раза выше нормы	Противопоказана АРТ	В настоящее время АРТ проводить нельзя. Необходимо обследование в соответствии с местными рекомендациями. Если функция почек улучшится, заново рассматривают вопрос о назначении АРТ. Рекомендуется консультация специалиста
Печеночная недостаточность у беременной	Биохимические показатели функции печени более чем в 2 раза выше нормы	Противопоказано назначение невирапина во время беременности	Используют другую схему первого ряда: Ставудин + ламивудин + абакавир или Зидовудин + ламивудин + абакавир
Тяжелая печеночная недостаточность	Биохимические показатели функции печени более чем в 5 раз выше нормы	Противопоказана АРТ	В настоящее время АРТ проводить нельзя. Необходимо обследование в соответствии с местными рекомендациями. Если функция печени улучшится, заново рассматривают вопрос о назначении АРТ. Рекомендуется консультация специалиста
Непереносимость антиретровирусных препаратов в анамнезе	При непереносимости зидовудина назначают: ставудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз*) При непереносимости ставудина назначают: зидовудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз*) В остальных случаях нужна консультация специалиста		
Предшествующее применение АРТ (за исключением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку)	Применение любых антиретровирусных средств на протяжении более 4 нед	Возможна лекарственная устойчивость ВИЧ	Вопрос решается индивидуально. Необходима консультация местного специалиста или специалистов МЦПС
Противотуберкулезное лечение, включающее рифампицин	Прием рифампицина	Лекарственные взаимодействия с невирапином	См. главу 5.5. При высоком числе лимфоцитов CD4 АРТ можно отложить до окончания противотуберкулезного лечения. При низком числе лимфоцитов CD4 используют схемы АРТ с эфавирензом*
* Эфавиренз противопоказан в первом триместре беременности; его вообще не следует назначать беременным и женщинам, которые могут забеременеть.			

дицинские» противопоказания к АРТ и убедиться, что пациент готов принимать препараты постоянно и аккуратно. Если пациент проявляет готовность к началу АРТ, но многопрофильная бригада выявила преграды, стоящие на пути к лечению, например злоупотребление наркотическими веществами или алкоголизм, тяжелое психическое расстройство или нестабильную ситуацию в семье или на работе, назначение АРТ откладывают до проведения соответствующих вмешательств и устранения преград.

Таблица 2. Дозы антиретровирусных препаратов для взрослых и подростков

Фармакологическая группа и препарат	Стандартная доза для взрослых
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	
Зидовудин	300 мг 2 раза в сутки
Ставудин	40 мг 2 раза в сутки (30 мг 2 раза в сутки при весе менее 60 кг)
Диданозин	400 мг 1 раз в сутки (250 мг 1 раз в сутки при весе менее 60 кг) При назначении совместно с тенофовиром требуется корректировка дозы
Абакавир	300 мг 2 раза в сутки
Нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы	
Тенофовир	300 мг 1 раз в сутки
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	
Эфавиренз	600 мг 1 раз в сутки (при назначении совместно с рифампицином дозу эфавиренза увеличивают до 800 мг 1 раз в сутки)
Невирапин	200 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней, затем 200 мг 2 раза в сутки
Ингибиторы протеазы ВИЧ	
Нелфинавир	1250 мг (5 таблеток) 2 раза в сутки
Лопинавир/ритонавир	400/100 мг (3 капсулы) 2 раза в сутки

Как наблюдать за пациентами, получающими АРТ?

Помимо обычного клинического и лабораторного наблюдения, которое осуществляется за всеми участниками программ МЦПС (см. главу 5.1), пациенты, получающие АРТ, нуждаются в дополнительном наблюдении. Тщательное наблюдение — залог успеха АРТ; оно позволяет своевременно выявить побочные эффекты антиретровирусных препаратов, вовремя провести мероприятия, укрепляющие приверженность, и периодически оценивать эффективность лечения. Характер и частота наблюдения отчасти зависят от местных ресурсов. Рекомендации, которые приводятся ниже, представляют собой *минимальные* требования к наблюдению за пациентами, получающими АРТ. Врач вправе менять их в зависимости от потребностей того или иного пациента.

- **Клиническое наблюдение за пациентами, получающими АРТ.** После начала АРТ больным рекомендуется посещать клинику еженедельно в течение первых 8 нед лечения. Альтернативный график наблюдения: на нечетных неделях больной приходит в клинику сам, а на четных неделях его посещают на дому. Во время этих «начальных» визитов основное внимание уделяют оценке приверженности к терапии и укрепляющим ее мероприятиям, а также выявлению побочных эффектов лекарственных средств, которое проводится с помощью специального опросника по симптомам (приложение Г). Первые признаки побочного действия препаратов зависят от используемой схемы АРТ; среди них нередки сыпь, тошнота, понос, головная боль, утомляемость. Некоторые из этих симптомов, в частности головная боль и утомляемость, часто разрешаются сами по себе с течением времени. Кроме того, у некоторых больных вскоре после начала АРТ появляется симптоматика (например, кашель, лихорадка, лимфаденопатия), свидетельствующая о реактивации скрытой инфекции вследствие резкого улучшения функции иммунной системы. Эти состояния требуют лечения в соответствии с правилами, принятыми в данной клинике.

По прошествии первых 8 нед лечения пациентам следует посещать клинику ежемесячно. Во время каждого визита собирают анамнез (за прошедшее между визитами время) и проводят оценку симптомов с помощью опросника (приложение Г). Женщин спрашивают об используемых ими методах контрацепции и о возможной беременности. Проводят прицельное физикальное исследование. В отсутствие симптоматики необходимо как минимум измерить температуру тела, провести взвешивание, осмотреть ротоглотку, аускультировать легкие и пропальпировать живот. Во время каждого визита в клинику медицинские работники проводят оценку приверженности к терапии и определяют, в услугах каких вспомогательных служб нуждается больной. Если по истечении 6—12 мес все оказывается в порядке, больного можно наблюдать менее часто.

- **Лабораторное наблюдение за пациентами, получающими АРТ.** Минимальный набор лабораторных исследований, проводимых каждому больному перед началом АРТ, включает оценку функции почек (креатинин сыворотки и азот мочевины крови) и печени (активность АЛТ или АсАТ), общий анализ крови и измерение числа лимфоцитов CD4.
 - ◆ Перед началом АРТ: общий анализ крови, оценка функции почек и печени, измерение числа лимфоцитов CD4
 - ◆ Каждые 6 мес: измерение числа лимфоцитов CD4
 - ◆ В промежутке: лабораторные исследования в зависимости от симптомов, по усмотрению врача

- ◆ Женщинам, начавшим во время беременности АРТ по схеме с невирапином: биохимические показатели функции печени через 2 и 4 нед после начала лечения, затем ежемесячно на протяжении всей беременности (см. ниже и главу 5.4)
- ◆ Женщинам, забеременевшим во время АРТ по схеме с невирапином: биохимические показатели функции печени ежемесячно на протяжении всей беременности (см. ниже и главу 5.4)

Когда пересматривать схему АРТ?

Схемы АРТ первого ряда эффективны и рассчитаны на длительное применение. Если больной соблюдает схему лечения, терапевтический и иммунологический эффекты могут сохраняться подолгу. К пересмотру схемы лечения надо подходить осторожно, поскольку всегда есть риск возникновения устойчивости и перекрестной устойчивости возбудителя, а чередование антиретровирусных препаратов может оказать значительное терапевтическое воздействие. Кроме того, преждевременный пересмотр может существенно ограничить возможности лечения в дальнейшем. Есть две причины, требующие пересмотра схемы лечения: *побочное действие препаратов* и *неудача лечения*. В первом случае можно заменить только один препарат (табл. 5), во втором следует заменить схему АРТ целиком (табл. 6).

Пересмотр схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов

Побочные эффекты антиретровирусных препаратов могут проявляться клинически или только изменениями лабораторных показателей. Одни побочные эффекты легкие и преходящие, другие требуют симптоматического лечения (например, назначения противорвотных или антидиарейных средств) или более частых обследований. Тяжелые побочные эффекты могут потребовать прекращения АРТ. Если тяжелое побочное действие оказывает какой-либо один препарат, заменяют только этот препарат. Однако в некоторых случаях приходится менять схему лечения целиком. В табл. 3 и 4 приведены критерии пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов, а в табл. 5 — рекомендуемые замены.

- *Зидовудин* обычно хорошо переносится, однако почти у 5% больных отмечаются головная боль, тошнота и утомляемость. Эти симптомы обычно носят преходящий характер, поэтому зидовудин отменяют только тогда, когда они сильно выражены (табл. 4). Возможно также угнетение кроветворения: анемия обычно развивается в течение 4—6 нед, нейтропения — в первые 6 мес лечения. При жалобах на утомляемость, одышку

и слабость у больных, принимающих зидовудин, следует исключить анемию, тогда как в отсутствие симптомов общий анализ крови обычно не требуется. Почти у всех больных возникает макроцитоз, который не является показанием к пересмотру схемы АРТ и не требует дальнейшего обследования. Более редкие побочные эффекты зидовудина — гепатит, миопатия и лактацидоз.

- *Ламивудин* переносится очень хорошо и оказывает минимальное побочное действие. Как и все нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ламивудин изредка (намного реже, чем ставудин) вызывает лактацидоз и жировую дистрофию печени.
- *Ставудин* вызывает легкие преходящие побочные эффекты и обычно хорошо переносится. Однако длительное лечение этим препаратом сопряжено с развитием периферической нейропатии и лактацидоза, особенно если его назначают в комбинации с диданозином. Хотя у большинства больных вообще не возникает никаких побочных эффектов, врач должен быть насторожен в отношении этих двух синдромов. Лактацидоз с клиническими проявлениями — редкость (возникает менее чем в 0,1% случаев), однако повышенный уровень лактата в крови отмечается почти у 5% больных, принимающих нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. Врачи должны быть знакомы с этим редким, но опасным осложнением. Симптомы лактацидоза включают утомляемость, боль в животе, тошноту, рвоту и похудание; лабораторные исследования выявляют повышенный уровень лактата в крови в сочетании с метаболическим ацидозом или без него. Возможны также увеличение анионного интервала, активности креатинфосфокиназы, аминотрансфераз и лактатдегидрогеназы. Прежде всего следует отменить препарат, вызвавший данное осложнение; лактацидоз обычно разрешается через 3—6 мес. Для возобновления АРТ часто требуется консультация специалиста. Безопасность повторного назначения нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы таким больным пока не доказана.
- *Невирарин*. Самый частый побочный эффект препарата — сыпь, которая возникает почти у 20% больных, чаще у женщин, обычно в первые 2—8 нед после начала лечения. Высыпания, как правило, носят легкий или среднетяжелый характер, однако у 5—7% больных из-за них приходится отменять препарат. Для снижения риска этого осложнения неврирапин в первые 14 суток назначают в уменьшенной дозе, а затем наращивают ее до полной. Такая схема приема препарата является стандартной. Принимают по 200 мг неврирапина (одна таблетка) один раз в сутки в течение 14 сут и, если нет побочных эффектов, переходят на прием 200 мг

Наращивание дозы неврирапина:

200 мг один раз в сутки в течение 14 суток, затем 200 мг два раза в сутки

невирапина два раза в сутки. Сыпь, появившуюся на фоне приема полной дозы препарата, оценивают по степени тяжести. При I и II степени лечение продолжают, при III и IV степени невирапин отменяют*.

Невирапин также оказывает гепатотоксическое действие, которое, как и сыпь, обычно наблюдается в первые недели или первые месяцы лечения. Гепатит, вызванный невирапином, чаще встречается у женщин, особенно у тех, у кого число лимфоцитов CD4 перед назначением препарата превышает 250 мкл^{-1} . Сообщалось о печеночной недостаточности со смертельным исходом. В протоколах МЦПС подчеркивается важность частого и регулярного обследования больных в первые недели и месяцы после начала АРТ. Лабораторные исследования отчасти зависят от местных ресурсов; общие рекомендации приводятся ниже.

- ♦ В отсутствие беременности и при нормальных исходных биохимических показателях функции печени оценка функции печени проводится по усмотрению врача.
- ♦ При нарушенных исходных биохимических показателях функции печени периодическая оценка функции печени целесообразна даже в отсутствие симптомов.
- ♦ Клиническое и лабораторное наблюдение за беременными, принимающими невирапин, описано ниже и в главе 5.4.

Если после начала лечения невирапином выявлена дисфункция печени, проводят обследование в соответствии с местными рекомендациями. В отсутствие беременности показанием к отмене невирапина служит степень поражения печени III и более (активность аминотрансфераз более чем в 5 раз выше нормы); повторно невирапин больным не назначают. Если причиной отмены невирапина послужила дисфункция печени, вместо него назначают эфавиренз. Замену производят с осторожностью, в условиях тщательного клинического и лабораторного наблюдения за больным.

Опасность гепатотоксического действия невирапина у беременных диктует необходимость дополнительного наблюдения за этой группой больных. Женщинам, начавшим во время беременности АРТ по схеме с невирапином, мы рекомендуем определять биохимические показатели функции печени через 2 и 4 нед после начала лечения, затем ежемесячно на протяжении всей беременности. Женщинам, *забеременевшим* во время АРТ по

* Степень I: эритема, зуд. Степень II: распространенная пятнисто-папулезная сыпь или шелушение. Степень III: везикулярная сыпь, отслойка эпидермиса или эрозии. Степень IV: поражение слизистых, полиморфная экссудативная эритема, подозрение на синдром Стивенса—Джонсона или токсический эпидермальный некролиз, эксфолиативная эритродермия, некроз кожи.

схеме с неврипином, мы рекомендуем определять биохимические показатели функции печени каждые 4 нед на протяжении всей беременности. В случае возникновения клинической симптоматики безотлагательно проводят обследование и прекращают АРТ, если подозревается гепатотоксичность. В отсутствие симптомов мы рекомендуем прекращать АРТ у беременных при степени поражения печени II и более (активность аминотрансфераз более чем в 2,5 раза выше нормы). АРТ приостанавливают до тех пор, пока не нормализуются биохимические показатели функции печени. После этого назначают схему АРТ, не содержащую неврипин.

Неврипин вступает в лекарственные взаимодействия с эстрогенсодержащими пероральными контрацептивами и значительно снижает их эффективность. Поэтому во время лечения неврипином необходимы другие методы контрацепции, например презервативы и прогестагеновые контрацептивы (подробнее см. главу 5.7).

- *Эфавиренз*. Как и у неврипина, самый частый побочный эффект эфавиренза — сыпь, наблюдающаяся у 15—25% больных. Высыпания, как правило, носят легкий или среднетяжелый характер, однако у 2% больных из-за них приходится отменять препарат. Были сообщения об угрожающем жизни поражении кожи, поэтому больные должны обращаться к врачу сразу же после появления сыпи. Сыпь, появившуюся на фоне лечения эфавирензом, оценивают по степени тяжести. При I и II степени лечение продолжают, при III степени и выше, а также при сочетании сыпи с нарушением общего состояния эфавиренз отменяют.

Почти у половины больных, принимающих эфавиренз, отмечается побочное действие на ЦНС, в том числе яркие устрашающие сновидения, головокружения, бессонница. Препарат лучше всего принимать на ночь. Эти побочные эффекты обычно прекращаются через месяц после начала лечения; отменять препарат из-за них приходится всего у 2—5% больных. Тем не менее очень важно предупредить о них пациента заранее, чтобы избежать напрасных тревог и несоблюдения схемы лечения.

Гепатотоксическое действие эфавиренза наблюдается реже и выражено слабее, чем у неврипина. Тем не менее почти у 8% больных отмечается изменение биохимических показателей функции печени (превышение нормы в 5 раз и более).

Эфавиренз противопоказан в первом триместре беременности. Как правило, его вообще не назначают беременным и женщинам, которые могут забеременеть.

Степень тяжести поражения кожи:

Степень I: эритема, зуд

Степень II: распространенная пятнисто-папулезная сыпь или шелушение

Степень III: везикулярная сыпь, отслойка эпидермиса или эрозии

Степень IV: поражение слизистых, полиморфная экссудативная эритема, подозрение на синдром Стивенса—Джонсона или токсический эпидермальный некролиз, эксфолиативная эритродермия, некроз кожи

Таблица 3. Лабораторные критерии для пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов у небеременных взрослых

Показатель (в ходе наблюдения)	Степень тяжести III
Общий анализ крови	
Гемоглобин	≤ 69 г/л
Абсолютное число нейтрофилов	≤ 749 мкл ⁻¹
Тромбоциты	$\leq 49\,999$ мкл ⁻¹ (если исходно был более высокий показатель)
Биохимический анализ крови	
Натрий	≤ 122 мэкв/л или ≥ 159 мэкв/л
Калий	$\leq 2,4$ мэкв/л или $\geq 6,6$ мэкв/л
Билирубин	$\geq 2,5$ раза выше нормы
Креатинин	≥ 3 раза выше нормы
Глюкоза	≤ 39 мг% или ≥ 251 мг% (натощак, в отсутствие сахарного диабета)
Биохимические показатели функции печени	
АсАТ	≥ 5 раз выше нормы
АлАТ	≥ 5 раз выше нормы
Щелочная фосфатаза	≥ 5 раз выше нормы
Ферменты поджелудочной железы	
Амилаза, липаза	≥ 2 раза выше нормы

Таблица 4. Клинические критерии для пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов у небеременных взрослых

Симптом	
Тошнота	Мучительная, либо отвращение к пище на протяжении ≥ 3 сут
Рвота	Неукротимая рвота на протяжении 24 ч, ортостатическая гипотония или необходимость внутривенной регидратации
Понос	Ортостатическая гипотония или необходимость внутривенной регидратации
Лихорадка	Необъяснимая лихорадка $\geq 39,6^\circ\text{C}$
Головная боль	Мучительная или требующая наркотических анальгетиков
Сыпь	Отслойка эпидермиса, эрозии, поражение слизистых, полиморфная экссудативная эритема, подозрение на синдром Стивенса—Джонсона или токсический эпидермальный некролиз, эксфолиативная эритродермия или требующий хирургического вмешательства некроз кожи
Аллергическая реакция	Генерализованная крапивница, отек Квинке или анафилактический шок
Периферическая нейропатия	Сильная боль, мышечная слабость, выпадение 2—3 рефлексов или утрата чувствительности в пределах 2—3 дерматомов
Утомляемость	Снижение повседневной активности $\geq 50\%$

Таблица 5. Замена одного препарата при раннем побочном действии АРТ

Схема первого ряда	Замена одного препарата
Зидовудин + ламивудин + невирапин	При непереносимости зидовудина: ставудин + ламивудин + невирапин
	При гепатотоксичности или поражении кожи III степени тяжести, вызванных невирапином: зидовудин + ламивудин + абакавир (или эфавиренз, если нет противопоказаний*)
	При поражении кожи IV степени тяжести, вызванном невирапином, или при противопоказаниях к эфавирензу: зидовудин + ламивудин + абакавир
Ставудин + ламивудин + невирапин	При непереносимости ставудина: зидовудин + ламивудин + невирапин
	При гепатотоксичности или поражении кожи III степени тяжести, вызванных невирапином: ставудин + ламивудин + абакавир (или эфавиренз, если нет противопоказаний*)
	При поражении кожи IV степени тяжести, вызванном невирапином, или при противопоказаниях к эфавирензу: ставудин + ламивудин + абакавир
Зидовудин + ламивудин + эфавиренз*	При непереносимости зидовудина: ставудин + ламивудин + эфавиренз*
	При нейротоксичности или поражении кожи III степени тяжести, вызванных эфавирензом: зидовудин + ламивудин + невирапин
	При гепатите или поражении кожи IV степени тяжести, вызванных эфавирензом: зидовудин + ламивудин + абакавир
Ставудин + ламивудин + эфавиренз*	При непереносимости ставудина: зидовудин + ламивудин + эфавиренз*
	При нейротоксичности или поражении кожи III степени тяжести, вызванных эфавирензом: ставудин + ламивудин + невирапин
	При гепатите или поражении кожи IV степени тяжести, вызванных эфавирензом: ставудин + ламивудин + абакавир

* Эфавиренз противопоказан в первом триместре беременности; его вообще не следует назначать беременным и женщинам, которые могут забеременеть.

Пересмотр схемы АРТ вследствие неудачи лечения

Успешная АРТ приводит к клиническому улучшению, восстановлению иммунитета и подавлению репликации ВИЧ. У больных с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции следует ожидать клинического улучшения через 3 мес после начала АРТ. Через 6 мес число лимфоцитов CD4 обычно увеличивается как минимум на 50 мкл^{-1} , однако степень увеличения зависит от их исходного числа. Неудача лечения чаще всего бывает обусловлена несоблюдением схемы лечения (см. раздел 2), поэтому прежде чем пересматривать схему АРТ, необходимо оценить приверженность пациента к терапии.

Ниже приводятся критерии неудачи лечения. Если схема АРТ пересматривается вследствие неудачи лечения, заменяют всю схему целиком.

Критерии неудачи лечения

- Отсутствие клинического улучшения либо ухудшение состояния (изменение клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ) спустя 3 мес после начала АРТ
- Через 6 мес после начала АРТ число лимфоцитов CD4 не повысилось (примерно на 50 мкл^{-1}) или снизилось. Если у больного отмечено выраженное клиническое улучшение, схему АРТ первого ряда продолжают даже при подъеме числа лимфоцитов менее 50 мкл^{-1}
- Снижение числа лимфоцитов CD4 на 30% и более от максимального значения у данного больного, либо возвращение числа лимфоцитов CD4 к исходному уровню, бывшему до начала лечения, или падение ниже этого уровня

Схемы АРТ второго ряда

Как мы уже говорили, антиретровирусные препараты нельзя менять в произвольном порядке. Схемы АРТ второго ряда должны назначаться только в случае неудачи лечения, критерии которой приведены выше. При выборе схемы второго ряда в первую очередь принимают во внимание устойчивость возбудителя, которая могла развиться в ходе неудавшегося лечения, и подбирают новые препараты так, чтобы к ним не было перекрестной устойчивости. Приводимые ниже рекомендации по чередованию препаратов адресованы врачам, которые не имеют возможности определить вирусную нагрузку и чувствительность ВИЧ к антиретровирусным средствам. Они совпадают с рекомендациями ВОЗ по проведению АРТ в странах с ограниченными ресурсами.

Выбор схем второго ряда для программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе зависит от нескольких факторов. Из них самый главный — какие в программе используются схемы первого ряда. Далее, поскольку некоторые ингибиторы протеазы ВИЧ требуют хранения на холоде, программа может использовать эти препараты только в том случае, если обеспечена «холодовая цепь», то есть если имеются условия для охлаждения препара-

Рекомендации по замене схемы АРТ

Зидовудин или ставудин	}	Тенофовир
+ Ламивудин		+ Диданозин
+ Невирарпин или эфавиренз		+ Лопинавир/ритонавир или нелфинавир

тов на всех этапах их транспортировки и хранения, в том числе дома у пациентов. И наконец, в стране, где работает программа, могут быть зарегистрированы не все антиретровирусные препараты; следовательно, выбор отчасти определяется местными условиями.

- *Диданозин* обычно хорошо переносится. Самый частый побочный эффект — тошнота. Иногда этот препарат вызывает панкреатит, который может быть тяжелым. Диданозин нельзя назначать больным, злоупотребляющим алкоголем или имеющим в анамнезе панкреатит. При по-

Таблица 6. Схемы АРТ второго ряда

Схема первого ряда	Побочное действие	Замена препарата вследствие побочного действия	Схема второго ряда
Зидовудин + ламивудин + невирапин	Нет		Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Зидовудин + ламивудин + невирапин	Зидовудин	Ставудин + ламивудин + невирапин	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Зидовудин + ламивудин + невирапин	Невирапин	Зидовудин + ламивудин + абакавир (или эфавиренз*)	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
<hr/>			
Ставудин + ламивудин + невирапин	Нет		Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Ставудин + ламивудин + невирапин	Ставудин	Зидовудин + ламивудин + невирапин	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Ставудин + ламивудин + невирапин	Невирапин	Ставудин + ламивудин + абакавир (или эфавиренз*)	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
<hr/>			
Зидовудин + ламивудин + эфавиренз*	Нет		Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Зидовудин + ламивудин + эфавиренз*	Зидовудин	Ставудин + ламивудин + эфавиренз*	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Зидовудин + ламивудин + эфавиренз*	Эфавиренз	Зидовудин + ламивудин + невирапин (или абакавир)	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
<hr/>			
Ставудин + ламивудин + эфавиренз*	Нет		Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Ставудин + ламивудин + эфавиренз*	Ставудин	Зидовудин + ламивудин + эфавиренз*	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
Ставудин + ламивудин + эфавиренз*	Эфавиренз	Ставудин + ламивудин + невирапин (или абакавир)	Тенофовир + диданозин + лопинавир / ритонавир
* Эфавиренз противопоказан в первом триместре беременности; его вообще не следует назначать беременным и женщинам, которые могут забеременеть.			

дозрени на панкреатит препарат отменяют. Кроме того, диданозин может вызвать периферическую нейропатию, особенно при назначении совместно со ставудином. Как и все нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, диданозин изредка (намного реже, чем ставудин) вызывает лактацидоз и жировую дистрофию печени. При назначении совместно с тенофовиром дозу диданозина снижают для снижения риска побочных эффектов.

- *Тенофовир* тоже обычно хорошо переносится. Среди побочных эффектов самые частые — тошнота и понос. Сообщалось об ухудшении функции почек под действием тенофовира, вплоть до острой почечной недостаточности, поэтому препарат не назначают больным, получающим другие средства с нефротоксическим действием. Тенофовир изредка вызывает лактацидоз и жировую дистрофию печени, как и другие аналоги нуклеозидов. Лактацидоз — редкое осложнение; тем не менее его следует исключать у больных с жалобами на утомляемость, боль в животе, тошноту, рвоту и необъяснимую одышку.
- *Абакавир* обычно хорошо переносится, однако все врачи должны знать, что у 3—5% больных препарат вызывает аллергическую реакцию, обычно в первые 6 нед лечения. Ее признаки: лихорадка, распространенная пятнистая сыпь, головная боль, тошнота, недомогание и полиорганные нарушения. Это осложнение требует немедленной отмены препарата. После отмены абакавира симптомы обычно разрешаются, однако продолжение приема препарата и повторное его назначение могут привести к гибели больного. Методов диагностики этого осложнения нет. При подозрении на аллергическую реакцию препарат отменяют и никогда больше не назначают.
- *Нелфинавир*. Самое частое побочное действие препарата — понос или жидкий стул, которые наблюдаются почти у 30% больных. Понос обычно легкий, но у 2% больных из-за него приходится отменять препарат и многим пациентам требуются антидиарейные средства. Некоторые врачи выписывают антидиарейные средства одновременно с нелфинавиром.

Симптомы аллергической реакции на абакавир:

- | | | |
|-------------|-----------------|---------------------------------------|
| • Лихорадка | • Недомогание | • Утомляемость |
| • Сыпь | • Понос | • Боль в животе |
| • Тошнота | • Зуд | • Миалгия, артралгия |
| • Рвота | • Головная боль | • Кашель, одышка, затруднение дыхания |

Подобно другим ингибиторам протеазы ВИЧ, нелфинавир вызывает также гипергликемию, гиперлиппротеидемию и гепатит.

- *Лопинавир/ритонавир* тоже вызывает желудочно-кишечные нарушения. Однако понос наблюдается реже, чем при лечении нелфинавиром. Подобно другим ингибиторам протеазы ВИЧ, лопинавир/ритонавир вызывает также гипергликемию, гиперлиппротеидемию и гепатит. В отличие от нелфинавира лопинавир/ритонавир должен храниться на холоде, в связи с чем его не везде удобно использовать.

Поддержание приверженности

Мероприятия по формированию и поддержанию приверженности являются неотъемлемым компонентом АРТ. Специалисты единодушны в том, что начинать без них АРТ нельзя. Рекомендации по оценке и укреплению приверженности даются в разделе 2.

Приложение А. Назначение схемы АРТ первого ряда

Имеются ли медицинские показания к АРТ?

IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ независимо от числа лимфоцитов CD4
или
III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ при числе лимфоцитов CD4 ≤ 350 мкл⁻¹
или
число лимфоцитов CD4 ≤ 200 мкл⁻¹ независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ

Имеются ли медицинские противопоказания к планируемой схеме первого ряда?

- Тяжелая анемия
- Глубокая нейтропения
- Почечная недостаточность
- Печеночная недостаточность
- Предшествующее применение АРТ (за исключением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку)
- Непереносимость антиретровирусных препаратов
- Проводимое в настоящее время противотуберкулезное лечение

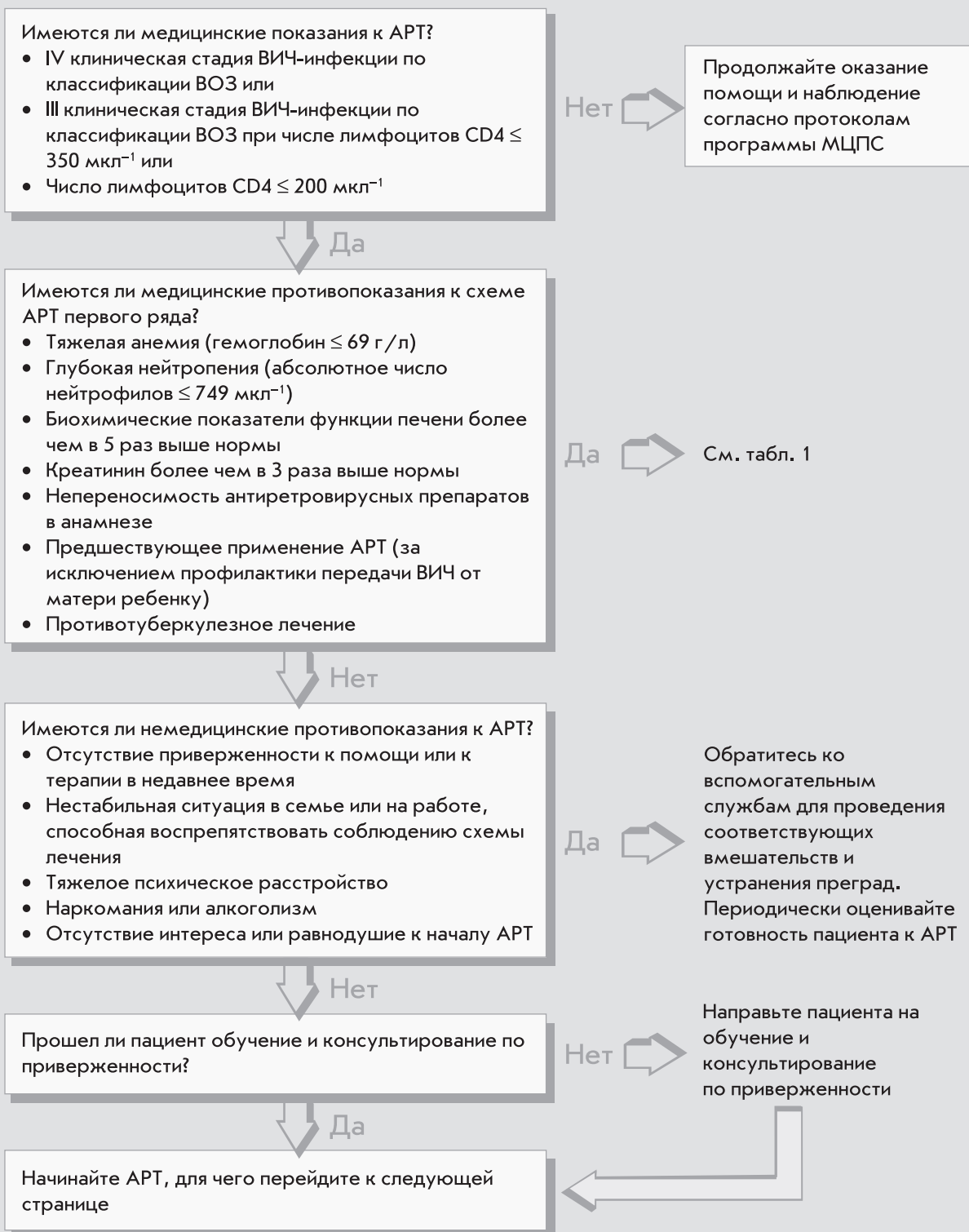
Пациентка беременна?

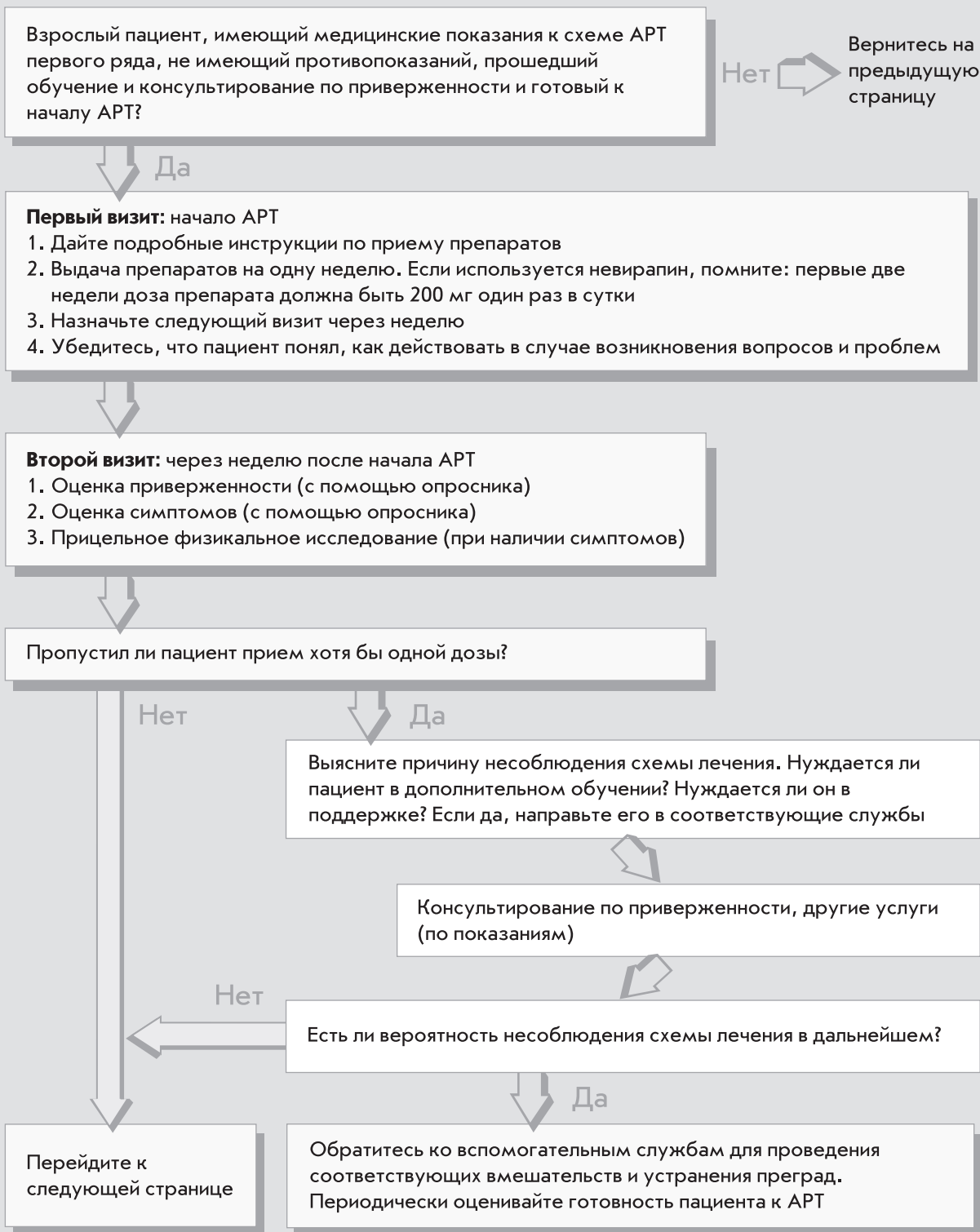
Избегают использования эфавиренза
По возможности избегают комбинации диданозина со ставудином
При использовании схем с невирапином следят за функцией печени

Имеются ли немедицинские противопоказания к АРТ?

- Отсутствие приверженности к помощи или к терапии в недавнее время
- Нестабильная ситуация в семье или на работе, способная воспрепятствовать соблюдению схемы лечения
- Тяжелое психическое расстройство
- Наркомания или алкоголизм
- Отсутствие интереса или равнодушие к началу АРТ

Приложение Б. Алгоритм для начала АРТ у взрослых







Третий визит (через две недели после начала АРТ)

1. Оценка приверженности (с помощью опросника)
2. Оценка симптомов (с помощью опросника)
3. Прицельное физикальное исследование (при наличии симптомов)

Выясните причины несоблюдения схемы лечения и/или побочного действия АРТ и сделайте необходимые назначения — так же, как во время второго визита. Если пациент соблюдает схему лечения и если нет побочных эффектов и иных противопоказаний к продолжению АРТ, то:

4. Если используется невирапин, увеличьте дозу препарата до 200 мг два раза в сутки
5. Дайте новые инструкции по приему препаратов
6. Выдача препаратов на одну неделю
7. Назначьте следующий визит через неделю
8. Убедитесь, что пациент понял, как действовать в случае возникновения вопросов и проблем

Четвертый визит (через три недели после начала АРТ)

1. Оценка приверженности (с помощью опросника)
2. Оценка симптомов (с помощью опросника)
3. Прицельное физикальное исследование (при наличии симптомов)

Выясните причины несоблюдения схемы лечения и/или побочного действия АРТ и сделайте необходимые назначения — так же, как во время второго визита. Если пациент соблюдает схему лечения и если нет побочных эффектов и иных противопоказаний к продолжению АРТ, то:

4. Дайте подробные инструкции по приему препаратов
5. Выдача препаратов на одну неделю
6. Назначьте следующий визит через неделю
7. Убедитесь, что пациент понял, как действовать в случае возникновения вопросов и проблем

Пятый визит (через четыре недели после начала АРТ)

1. Оценка приверженности (с помощью опросника)
2. Оценка симптомов (с помощью опросника)
3. Прицельное физикальное исследование (при наличии симптомов)

Выясните причины несоблюдения схемы лечения и/или побочного действия АРТ и сделайте необходимые назначения — так же, как во время второго визита. Если пациент соблюдает схему лечения и если нет побочных эффектов и иных противопоказаний к продолжению АРТ, то:

4. Дайте подробные инструкции по приему препаратов
5. Выдача препаратов *на две недели*
6. Назначьте следующий визит через неделю
7. Убедитесь, что пациент понял, как действовать в случае возникновения вопросов и проблем

Приложение В. Взаимодействия лекарственных средств с пищевыми продуктами

Антиретровирусный препарат	Привязанность к приему пищи
Зидовудин	Нет
Ламивудин	Нет
Диданозин	Принимать не позже чем за полчаса до еды либо не раньше чем через 2 ч после еды
Ставудин	Нет
Абакавир	Нет
Тенофовир	Нет
Невирапин	Нет
Эфавиренз	Не принимать вместе с жирной пищей
Нелфинавир	Принимать во время еды (можно с легкой закуской)
Лопинавир/ритонавир	Принимать во время еды (можно с легкой закуской)

Приложение Г. Опросник для оценки симптомов у взрослых в ходе наблюдения за АРТ

Наблюдались ли у пациента со времени прошлого визита следующие симптомы?

Боль в животе	Молочница	Потливость по ночам
Боль в мышцах	Нарушения зрения	Похудание
Боль в ногах (стопах)	Нарушения памяти	Прибавка в весе
Головная боль	Одышка, затруднение дыхания	Слабость
Депрессия	Онемение или покалывание в ногах (стопах)	Сыпь
Кашель	Понос	Тошнота или рвота
Лихорадка	Отсутствие аппетита	Утомляемость
Другие новые симптомы (указать)		



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ

Беременность часто приводит женщин в лоно официальной медицины. Многие женщины, страстно желая иметь здоровых детей, обращаются в медицинские учреждения за дородовым наблюдением. Внедрение в женских консультациях и родильных домах добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ позволило многим беременным узнать, что они инфицированы, а быстро расширяющиеся программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку открыли им доступ к лечению, которое снижает риск заражения новорожденного. Кроме того, беременность предоставляет медицинским работникам прекрасную возможность начать лечение самой ВИЧ-инфицированной женщины.

МЦПС поддерживает программы помощи и лечения для ВИЧ-инфицированных беременных, так как они позволяют улучшить здоровье матери и ребенка и максимально снизить риск вертикальной передачи инфекции. Мы придаем особое значение обследованию ВИЧ-инфицированных беременных, выявлению среди них тех, кто нуждается в АРТ, и началу у них АРТ во время беременности. Кроме того, все ВИЧ-инфицированные беременные, независимо от наличия у них показаний к АРТ, должны быть обеспечены остальными услугами ВИЧ-медицины, которые описываются в данном руководстве. Эта глава посвящена медицинской помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным беременным.

Общие сведения

В странах, где общедоступна высокоактивная многокомпонентная АРТ, смертность от ВИЧ-инфекции и частота ее осложнений значительно снизились. Еще 10 лет назад в США ВИЧ-инфекция и СПИД служили ведущей причиной смерти афроамериканок в возрасте 25—44 лет; рекордная цифра была зарегистрирована в 1995 г. — 60 смертей на 100 000 женщин. Через два года после внедрения высокоактивной АРТ смертность от ВИЧ-инфекции и СПИДа снизилась на 50%. И среди женщин, и среди мужчин резко пошли

на убыль смертность, частота оппортунистических инфекций и частота госпитализаций.

Программы перинатальной профилактики тоже имели потрясающий успех. В богатых странах и странах со средним достатком назначение высокоактивной АРТ во время беременности позволило снизить частоту вертикальной передачи ВИЧ до менее чем 2%. Программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку успешно работают сейчас во всем мире.

Факторы риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Передача ВИЧ от матери ребенку может произойти во время беременности, во время родов и в послеродовом периоде при грудном вскармливании. Там, где общедоступно искусственное вскармливание, частота вертикальной передачи ВИЧ составляет примерно 20% — при условии, что матери не получают АРТ. Там, где женщины кормят детей грудью, эта цифра увеличивается до 40%. Как показано в табл. 1, на вероятность вертикальной передачи ВИЧ влияет и множество других факторов — материнских, акушерских и детских.

- При высокой вирусной нагрузке у матери ко времени родов риск перинатального заражения наиболее высок. В одном из исследований, проведенных в США, частота передачи инфекции от женщин с вирусной нагрузкой свыше 100 000 копий РНК ВИЧ в 1 мл составила 40%, тогда как от женщин с вирусной нагрузкой менее 1000 копий РНК ВИЧ в 1 мл не родилось ни одного инфицированного ребенка. Высокий уровень РНК ВИЧ во влагалищной и шеечной слизи также увеличивает вероятность передачи инфекции от матери ребенку.
- При поздних стадиях ВИЧ-инфекции у матери (низкое число лимфоцитов CD4 и/или диагностические критерии СПИДа) риск передачи ВИЧ ребенку повышается.
- Акушерские факторы тоже играют важную роль: риск передачи ВИЧ повышается в случае преждевременного излития околоплодных вод, а плановое кесарево сечение снижает риск передачи инфекции.
- Недоношенные дети особенно подвержены ВИЧ-инфекции.
- Риск передачи ВИЧ, связанный с грудным вскармливанием, особенно важен для стран с ограниченными ресурсами. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции у матери заражение ребенка во время грудного вскарм-

ливания наиболее вероятно. Риск передачи инфекции, по-видимому, максимален в первые недели после родов, затем он снижается, но остается постоянным на протяжении всего периода грудного вскармливания.

Таблица 1. Факторы риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Мать
Высокая вирусная нагрузка (концентрация РНК ВИЧ в крови) Поздние стадии ВИЧ-инфекции (СПИД, низкое число лимфоцитов CD4) Высокая концентрация РНК ВИЧ во влагалищной и шеечной слизи
Роды
Родоразрешение через естественные родовые пути Преждевременное излитие околоплодных вод с безводным промежутком более 4 ч
Новорожденный
Недоношенность (гестационный возраст менее 37 нед)
Грудное вскармливание
Поздние стадии ВИЧ-инфекции у матери Позднее отнятие от груди

Таким образом, от здоровья матери зависит вероятность вертикальной передачи ВИЧ как в перинатальном периоде, так и после родов. Проведение АРТ беременным женщинам с поздними стадиями ВИЧ-инфекции преследует две цели: улучшить состояние беременной и снизить риск заражения ребенка.

АРТ для профилактики перинатального заражения

Эффективность АРТ как метода профилактики перинатального заражения доказана многочисленными исследованиями. В 1994 г. Группа по клиническим испытаниям при СПИДе у детей показала, что назначение зидовудина матери во время беременности и родов и ребенку после рождения снижает вероятность передачи ВИЧ на 67% (при условии искусственного вскармливания). С тех пор были испытаны различные схемы АРТ, в том числе и те, которые подходят для стран с ограниченными ресурсами. В исследовании HIVNET 012 была доказана эффективность однократного применения невирапина, назначаемого матери во время родов и ее новорожденному ребенку при условии грудного вскармливания (медиана отнятия

от груди среди испытуемых составляла 9 мес). Частота передачи ВИЧ составила 11,8 и 20% в контрольной группе, получавшей зидовудин, и 15,7 и 25,8% в группе, однократно получавшей неврирапин (в сроки 6 и 18 мес после родов соответственно). Простота и дешевизна этой схемы послужили стимулом для внедрения перинатальной профилактики в странах с ограниченными ресурсами. В настоящее время схема с однократным применением неврирапина считается методом выбора для профилактики перинатальной передачи ВИЧ во многих странах мира.

Клинические испытания и эпидемиологические исследования доказали, что АРТ, грамотно проводимая во время беременности, безопасна и эффективна. Были установлены следующие факты.

- Многокомпонентная АРТ, то есть применение сразу нескольких антиретровирусных средств, как правило, эффективнее предотвращает перинатальное заражение, чем монокомпонентная АРТ.
- Длительное применение АРТ как у матери во время беременности, так и у новорожденного может еще более снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

В Африке были испытаны и доказали свою эффективность многие кратковременные схемы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, в том числе зидовудин + ламивудин, зидовудин + неврирапин, зидовудин + ламивудин + неврирапин. Исследование, проведенное в Таиланде среди женщин, отказавшихся от грудного вскармливания, показало, что более длительный курс терапии зидовудином (начиная примерно с 29-й недели беременности) в сочетании с однократным приемом неврирапина во время родов и терапия новорожденных зидовудином в сочетании с одной дозой неврирапина снижают частоту передачи ВИЧ до 2%. В Африке исследования эффективности более длительной АРТ во время беременности не проводились. В настоящее время изучается влияние АРТ у кормящих грудью матерей на риск вертикальной передачи ВИЧ.

В развитых странах показания к обычной АРТ, то есть проводимой не в профилактических, а в терапевтических целях — для улучшения здоровья матери, одинаковы для беременных и небеременных больных. Беременные, не имеющие показаний к обычной АРТ, получают антиретровирусные препараты исключительно для профилактики перинатального заражения, а после родов их отменяют. Именно такой подход пропагандирует МЦПС: начинать (или продолжать) АРТ беременным, нуждающимся в ней из-за своей собственной ВИЧ-инфекции, и проводить медикаментозную про-

филактику вертикальной передачи ВИЧ по определенным схемам тем беременным, которые в обычной АРТ пока не нуждаются.

Снижение риска возникновения лекарственной устойчивости ВИЧ вследствие перинатальной профилактики

Оптимизм по поводу эффективной профилактики перинатального заражения с помощью однократного применения невирапина в последнее время поубавился, поскольку обнаружилось, что у женщин и грудных детей, получавших невирапин, происходят мутации вируса, придающие ему устойчивость к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, в частности к невирапину и эфавирензу. Мутации, придающие ВИЧ лекарственную устойчивость, происходят под действием и других антиретровирусных препаратов, используемых в кратковременных схемах профилактики (в том числе под действием ламивудина), но частота мутаций устойчивости к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы после однократного приема невирапина пугающе высока. В нескольких исследованиях такие мутации были выявлены у 25—50% женщин в сроки 2—6 нед после родов. Частота мутаций была особенно высока у женщин с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и у женщин, получивших более одной дозы невирапина до или во время родов. Мутации вируса были выявлены и у грудных детей. Чем больше времени проходит после профилактики невирапином, тем реже обнаруживают мутантные штаммы вируса, и через 12 мес они в крови обычными методами уже не выявляются. Однако существует опасность сохранения мутантных штаммов ВИЧ в других тканях организма.

Пока неясно, как может сказаться устойчивость ВИЧ к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, приобретенная под действием однократного приема невирапина, на эффективности последующей АРТ по схемам, содержащим эти препараты. Полагают, что у женщин и детей с такими мутациями эффективность схем АРТ с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы может оказаться сниженной. В Таиланде АРТ по таким схемам проводили в послеродовом периоде женщинам, получавшим и не получавшим одну дозу невирапина для профилактики перинатального заражения. В ходе лечения регулярно оценивали иммунологические и вирусологические показатели. Через 6 мес после начала АРТ у женщин, получавших и не получавших одну дозу невирапина, подъем числа лимфоцитов CD4 оказался одинаковым, однако среди больных, у которых имелись штаммы вируса, устойчивые к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, полное подавление репликации ВИЧ (то есть неопределяемый уровень РНК ВИЧ в крови) отмечалось реже. Ведутся и дру-

гие исследования, посвященные влиянию перинатальной профилактики невирапином на эффективность последующей АРТ по схемам, содержащим нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.

Исследователи ищут способы предотвратить развитие мутаций устойчивости к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы вследствие однократного приема невирапина. Один из таких способов — начинать обычную АРТ во время беременности всем женщинам, имеющим к ней показания. Он должен оказаться успешным по следующим причинам.

- Риск возникновения лекарственной устойчивости возбудителя после однократного приема невирапина особенно высок у женщин с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Именно у этих женщин с большой долей вероятности будут и показания к началу обычной АРТ во время беременности.
- Многокомпонентная АРТ подавляет репликацию ВИЧ и сводит к минимуму риск возникновения лекарственной устойчивости возбудителя.
- Проведение высокоактивной многокомпонентной АРТ во время беременности сопряжено с меньшим риском возникновения лекарственной устойчивости к какому-либо одному препарату, чем профилактика перинатального заражения с использованием одного или двух антиретровирусных средств.

Итак, МЦПС настоятельно рекомендует начинать АРТ во время беременности всем женщинам, имеющим к ней показания.

Медицинская помощь во время беременности

Включение беременной в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе приносит пользу для здоровья и матери, и ребенка. Начало АРТ у беременных, которые имеют к ней показания, благоприятно сказывается на самочувствии и благополучии матери, укрепляет ее иммунную систему и снижает риск оппортунистических инфекций. Для ребенка выгода тоже несомненна — он имеет меньше шансов заразиться ВИЧ и получает здоровую мать, способную позаботиться о нем и о всей семье.

В целом, медицинская помощь ВИЧ-инфицированным беременным оказывается по принципам, которые были описаны в главах 5.1, 5.2 и 5.3, посвященных оказанию помощи всем взрослым больным. В этой главе мы делаем упор на особенностях помощи беременным женщинам, обуслов-

ленных их специфическими потребностями. МЦПС подчеркивает необходимость ускоренного включения беременных в программу и их обследования, с тем чтобы как можно быстрее начинать АРТ тем беременным, кто в ней нуждается.

Первичное обследование во время беременности

В рамках некоторых программ МЦПС, например «Расширенной инициативы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus), многие женщины включаются в программу уже будучи беременными. В остальных программах женщины могут забеременеть уже после включения. В любом случае необходимо быстрое и полноценное обследование.

Если на момент включения в программу женщина уже беременна, проводят обычное всестороннее первичное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное исследование, лабораторные исследования и оценку психосоциального статуса. Его компоненты представлены в табл. 1 главы 5.1. При сборе анамнеза дополнительно расспрашивают женщину о текущей беременности, в частности о дате зачатия и предполагаемой дате родов, осложнениях и месте дородового наблюдения (если она наблюдается где-либо еще). Анамнез и физикальное исследование позволяют врачу установить клиническую стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, как это описано в приложении А к главе 5.1. Лабораторные исследования обязательны и должны включать измерение числа лимфоцитов CD4. После этого врач определяет, к какой из трех категорий относится беременная:

- Начало болезни: I—III клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 > 500 мкл⁻¹
- Середина болезни: I—II клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 201—500 мкл⁻¹; III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 351—500 мкл⁻¹
- Разгар болезни: число лимфоцитов CD4 ≤ 200 мкл⁻¹; III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и число лимфоцитов CD4 ≤ 350 мкл⁻¹; IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ

График наблюдения беременных, находящихся в начале или середине болезни, должен быть таким же, как и для всех взрослых больных; он представлен на рис. 1 и в приложении В к главе 5.1. Беременных, находящихся в

разгаре болезни, нужно обследовать и определить, нуждаются ли они в профилактике пневмоцистной пневмонии и в АРТ.

Если женщина забеременела, уже будучи включенной в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, тоже требуется тщательное обследование. Женщинам, получающим АРТ, могут понадобиться дополнительные лабораторные исследования (см. ниже), не получающим АРТ — пересмотр стадии заболевания и показаний к АРТ, особенно если последний раз число лимфоцитов CD4 определялось несколько месяцев тому назад.

Как мы уже отмечали, обследование беременной должно проводиться в ускоренном порядке. Можно назначить несколько визитов в клинику на протяжении короткого отрезка времени или продлить время каждого визита. Посещение клиники не должно препятствовать дородовому наблюдению женщины.

Профилактика оппортунистических инфекций во время беременности

Рекомендации МЦПС по профилактике оппортунистических инфекций были описаны в главе 5.3. Всем беременным, находящимся в разгаре болезни, нужно определить показания к профилактике пневмоцистной пневмонии. ТМП/СМК, 160/800 мг (одна двойная таблетка) один раз в сутки или 3 раза в неделю (либо дапсон, 100 мг один раз в сутки — при непереносимости ТМП/СМК) назначают беременным в следующих случаях:

- III—IV клинические стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ независимо от числа лимфоцитов CD4
- Число лимфоцитов CD4 ≤ 200 мкл⁻¹ независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ
- Пневмоцистная пневмония в анамнезе

Женщины должны принимать ТМП/СМК в течение всей беременности, вплоть до родов, а также в послеродовом периоде, пока продолжается грудное вскармливание. Поскольку ТМП/СМК содержит сульфонамидную группу, имеется очень небольшой риск развития у ребенка билирубиновой энцефалопатии. Однако риск пневмоцистной пневмонии и других тяжелых инфекций при поздних стадиях ВИЧ-инфекции существенно выше.

Всем беременным, охваченным программой, проводят диагностику и лечение латентного туберкулеза в соответствии с рекомендациями, изложенными

ми в главах 5.3 и 5.5. Профилактика криптококкового менингита и малярии проводится в соответствии с национальными рекомендациями. В некоторых странах беременным настоятельно рекомендуются прерывистое профилактическое лечение малярии и пропитка инсектицидами надкроватных пологов.

Показания к АРТ во время беременности

МЦПС рекомендует начинать АРТ всем беременным, которые имеют к ней показания и не имеют противопоказаний. Показания к началу АРТ у беременных совпадают с теми, которые установлены для всех взрослых больных и которые приводились в главе 5.3.

Показания к началу АРТ у беременных:

- IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (СПИД), независимо от числа лимфоцитов CD4
- III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ при числе лимфоцитов $CD4 \leq 350$ мкл⁻¹
- Число лимфоцитов $CD4 \leq 200$ мкл⁻¹, независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ

Лучше всего начинать АРТ задолго до родов. Однако некоторые врачи считают целесообразным отложить начало АРТ до окончания первого триместра беременности, особенно если позволяет здоровье женщины. В случае тяжелого состояния беременной польза от раннего начала АРТ перевешивает возможный риск для плода, связанный с воздействием на него антиретровирусных средств в первом триместре.

Что касается женщин, имеющих показания к АРТ, но включенных в программу *на поздних сроках* беременности, то они тоже скорее всего выиграют от начала АРТ во время беременности. Чем дольше будут поступать в организм женщины антиретровирусные средства, тем ниже вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку. Чем раньше будет начата обычная АРТ, тем лучше. В подобных случаях особенно важно провести обследование ускоренными темпами и начать лечение как можно быстрее. **Беременным, не имеющим показаний к АРТ, проводят профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку в соответствии с местными и национальными рекомендациями.**

Подготовка пациентов к проведению им пожизненной АРТ — залог успеха лечения. Процесс подготовки обычно включает обучение и консультирование больных, хотя его детали могут быть различными. Для беременных подготовку к АРТ, возможно, потребуется ускорить, чтобы начать лечение как

можно быстрее. Кроме того, многие беременные больше других больных нуждаются в поддержке и мероприятиях, укрепляющих приверженность к терапии.

Начало АРТ

Как уже говорилось в главе 5.3, врач, планирующий назначить АРТ пациенту, должен ответить на несколько основных вопросов:

- **Имеются ли медицинские показания к АРТ?** Показания к началу АРТ у беременных мы перечислили выше.
- **Имеются ли медицинские противопоказания к планируемой схеме первого ряда?** После того как показания к АРТ установлены, нужно установить, нет ли у беременной противопоказаний к схеме АРТ первого ряда. Эти противопоказания перечислены в табл. 2. При беременности имеется несколько важных отличий.
 - ◆ Анемия во время беременности нередко усиливается. Поэтому среди беременных выше доля лиц, имеющих противопоказания к зидовудину. Вместо зидовудина в таких случаях надо использовать ставудин.
 - ◆ В отсутствие беременности противопоказанием к невирапину служит более чем пятикратное превышение нормы биохимическими показателями функции печени. Во время беременности из-за опасности гепатотоксического действия невирапина этот порог существенно ниже. Схемы с невирапином не назначают беременным, у которых биохимические показатели функции печени более чем в 2 раза превышают норму. Вместо невирапина используют абакавир.
- **Имеются ли немедицинские противопоказания к АРТ?** Как отмечалось в главе 5.3 и в разделе 2, не каждый пациент, имеющий показания к АРТ, готов к ее началу. Выявление у беременных «немедицинских» противопоказаний и устранение преград, стоящих на пути к лечению, должно проводиться ускоренными темпами, потому что АРТ требуется начать как можно быстрее. Многопрофильная бригада должна творчески подойти к делу, быстро оценить готовность больной к АРТ и оказать ей всемерную поддержку.

Схемы АРТ первого ряда во время беременности

МЦПС рекомендует для взрослых больных схемы АРТ первого ряда, содержащие нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. Поскольку

Таблица 2. Медицинские противопоказания к схемам АРТ первого ряда во время беременности

Противопоказание	Определение	Примечания	Рекомендации
Тяжелая анемия	Гемоглобин ≤ 69 г/л	Противопоказан зидовудин	Используют другую схему первого ряда: Ставудин + ламивудин + невирапин
Глубокая нейтропения	Абсолютное число нейтрофилов ≤ 749 мкл ⁻¹	Противопоказан зидовудин	Используют другую схему первого ряда: Ставудин + ламивудин + невирапин
Тяжелая почечная недостаточность	Креатинин более чем в 3 раза выше нормы	Противопоказана АРТ	В настоящее время АРТ проводить нельзя. Необходимо обследование в соответствии с местными рекомендациями. Если функция почек улучшится, заново рассматривают вопрос о назначении АРТ. Рекомендуется консультация специалиста
Печеночная недостаточность	Биохимические показатели функции печени более чем в 2 раза выше нормы	Противопоказан невирапин	Используют другую схему первого ряда: Зидовудин + ламивудин + абакавир или Ставудин + ламивудин + абакавир
Непереносимость антиретровирусных препаратов в анамнезе	При непереносимости зидовудина назначают: ставудин + ламивудин + невирапин При непереносимости ставудина назначают: зидовудин + ламивудин + невирапин В остальных случаях нужна консультация специалиста		
Предшествующее применение АРТ (за исключением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку)	Применение любых антиретровирусных средств на протяжении более 4 нед	Возможна лекарственная устойчивость ВИЧ	Вопрос решается индивидуально. Необходима консультация местного специалиста или специалистов МЦПС
Противотуберкулезное лечение, включающее рифампицин	Прием рифампицина	Лекарственные взаимодействия с невирапином	См. главу 5.5. При высоком числе лимфоцитов CD4 АРТ можно отложить до окончания противотуберкулезного лечения. При низком числе лимфоцитов CD4 необходима консультация местного специалиста или специалистов МЦПС

использование эфавиренза сопряжено с риском аномалий развития плода, во время беременности используют ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы невирапин.

Рекомендуемые схемы первого ряда:

- Ламивудин + зидовудин + невирапин
- Ламивудин + ставудин + невирапин

В целом, антиретровирусные препараты при беременности безопасны. Однако следует подчеркнуть несколько важных моментов.

- Эфавиренз (Сустива™, Стокрин™) в экспериментах на приматах вызывал развитие дефектов нервной трубки; сообщалось также о нескольких новорожденных с дефектами нервной трубки, чьи матери принимали эфавиренз в первом триместре беременности. **Эфавиренз не следует назначать беременным и женщинам, которые могут забеременеть.** Если женщина, принимающая эфавиренз, забеременеет, препарат немедленно отменяют. Обычно его заменяют на невирапин. В некоторых ситуациях, например при необходимости одновременного лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза у беременной женщины, эфавиренз можно назначить вместо невирапина во время *третьего триместра* беременности.
- У женщин, особенно у тех, у кого число лимфоцитов CD4 на момент начала АРТ превышает 250 мкл^{-1} , выше риск гепатотоксического действия невирапина. Обычно это осложнение наблюдается в первые месяцы лечения, но может возникать в любые сроки и прогрессировать очень быстро. Увеличивает ли беременность риск гепатотоксического действия невирапина, неизвестно. Сообщалось о печеночной недостаточности со смертельным исходом у нескольких беременных, принимавших этот препарат. В то же время невирапином без всяких осложнений лечили очень и очень многих беременных. МЦПС рекомендует проводить дополнительное лабораторное наблюдение за беременными, получающими АРТ по схеме с невирапином, а именно определять им биохимические показатели функции печени (активность аминотрансфераз). Беременным, у которых во время первичного обследования выявлены отклонения этих показателей от нормы, вместо невирапина рекомендуется назначать другой препарат, например абакавир. С появлением новых данных рекомендации МЦПС могут измениться; если это произойдет, мы внесем соответствующие исправления в данную главу.
- Комбинация диданозина (Видекс™) и ставудина (Зерит™) не рекомендуется и редко применяется в программах МЦПС. Использование данной комбинации препаратов во время беременности сопряжено с повышенным риском лактацидоза. Ее не следует назначать беременным до тех пор, пока все остальные возможности АРТ не исчерпаны.

Наблюдение за беременными во время АРТ

После начала АРТ больным рекомендуется посещать клинику еженедельно в течение первых 8 нед лечения. Во время этих «начальных» визитов основное внимание уделяют оценке приверженности к терапии и укрепляющим ее мероприятиям, а также выявлению побочных эффектов лекарственных средств, как это описано в главе 5.3. Из-за опасности побочного действия

Рисунок 1. Рекомендации по замене препаратов в схемах АРТ первого ряда для беременных



невирапина во время беременности особое внимание следует уделять признакам гепатотоксичности.

- Женщинам, *начавшим во время беременности* АРТ по схеме с невирапином, рекомендуется определять биохимические показатели функции печени через 2 и 4 нед после начала лечения, затем ежемесячно на протяжении всей беременности.
- Женщинам, *забеременевшим* во время АРТ по схеме с невирапином, рекомендуется определять биохимические показатели функции печени каждые 4 нед на протяжении всей беременности.
- В остальном наблюдение за беременными совпадает с рекомендациями, изложенными в главе 5.3.

Женщин следует заранее познакомить с симптомами, которые могут у них возникнуть в ходе АРТ, особенно с признаками дисфункции печени (тошнота, рвота, боль в животе, желтуха). Как и все остальные больные, они должны знать, что при появлении симптоматики им нужно немедленно обращаться к врачу. Обследование проводят безотлагательно. При подозрении на гепатотоксичность врач должен, не дожидаясь результатов лабораторных исследований, отменить невирапин.

Пересмотр схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов во время беременности

В таблицах 3 и 4 главы 5.3 приведены рекомендуемые МЦПС критерии для пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов у взрос-

лых; рекомендации по пересмотру схемы АРТ для беременных представлены в этой главе на рис. 2 и в табл. 3. В отношении гепатотоксического действия мы рекомендуем для беременных более жесткий подход, чем для остальных взрослых больных:

- В отсутствие симптомов мы рекомендуем прекращать АРТ у беременных при степени поражения печени II и более, то есть при активности аминотрансфераз в 2,5 раза выше нормы.
- При наличии клинической симптоматики (тошнота, рвота, боль в животе, зуд, желтушность кожи и склер) и в отсутствие иных объяснений этой симптоматики мы рекомендуем прекращать АРТ у беременных независимо от активности аминотрансфераз.

В этих ситуациях отменяют сразу все антиретровирусные препараты и регулярно определяют беременной биохимические показатели функции печени. После нормализации биохимических показателей функции печени назначают беременной схему АРТ, не содержащую невирапин, и тщательно наблюдают за ней.

Рисунок 2. Рекомендации по пересмотру схемы АРТ при раннем побочном действии у беременных



Таблица 3. Замена одного препарата при раннем побочном действии АРТ

Схема первого ряда	Замена одного препарата
Зидовудин + ламивудин + невирапин	При побочном действии зидовудина: ставудин + ламивудин + невирапин
	При побочном действии невирапина: зидовудин + ламивудин + абакавир
Ставудин + ламивудин + невирапин	При побочном действии ставудина: зидовудин + ламивудин + невирапин
	При побочном действии невирапина: ставудин + ламивудин + абакавир

Пересмотр схемы АРТ вследствие неудачи лечения во время беременности

Во время беременности пересматривать схему АРТ вследствие неудачи лечения для женщин, начавших АРТ во время беременности, приходится крайне редко. Однако у некоторых женщин, начавших АРТ до наступления беременности, может быть констатирована неудача лечения, требующая замены всей схемы АРТ целиком. В этой ситуации подход к пересмотру схемы АРТ будет таким же, как и у остальных взрослых больных. Он был описан в главе 5.3. У беременных применяются те же самые критерии неудачи лечения и те же самые схемы АРТ второго ряда. Подчеркнем лишь следующие важные моменты.

- Во время беременности изучалось применение не всех ингибиторов протеазы ВИЧ. В развитых странах многие беременные успешно принимают ингибиторы протеазы ВИЧ, однако исследования эффективности и фармакокинетики этих препаратов еще только ведутся. Лучше всего изучено применение во время беременности нелфинавира; в составе многокомпонентной АРТ этот препарат, по-видимому, безопасен и эффективен как для лечения матери, так и для профилактики перинатального заражения. Первые результаты исследований других ингибиторов протеазы ВИЧ, в частности лопинавира/ритонавира (Калетра™), показали, что во время беременности может потребоваться увеличение дозы, однако никаких официальных рекомендаций на этот счет пока нет.
- Опыт применения тенофовира (Вирид™) во время беременности пока ограничен небольшим числом женщин, давно получающих АРТ и живущих в развитых странах. Эксперименты на животных свидетельствуют, что этот препарат способен повлиять на плотность кости у плода. Поэтому мы рекомендуем с осторожностью подходить к назначению тенофо-

вира беременным, однако отменять препарат при наступлении беременности не следует, если он представляется наилучшей из имеющихся возможностей.

С появлением новых данных о применении этих антиретровирусных средств во время беременности в данную главу будут внесены соответствующие исправления.

Медикаментозная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Эффективная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку является одним из ключевых компонентов программ МЦПС. **Всем беременным, которые не получают обычную АРТ, а также их новорожденным детям, должна проводиться профилактика вертикальной передачи ВИЧ согласно местным или национальным рекомендациям.** Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должны добиться, чтобы каждая беременная, не получающая обычную АРТ:

- Имела доступ к профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку
- Осознавала необходимость профилактического лечения
- Понимала, как и когда она сама и ее новорожденный ребенок должны получить профилактическое лечение
- Сообщала о том, проведено ли профилактическое лечение, когда и как оно проведено

В некоторых странах профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку проводится учреждениями ВИЧ-медицины, в других этим занимаются женские консультации и родильные дома. Деятельность программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе и учреждений дородового наблюдения должна быть согласована между собой (см. ниже); в этом — залог успеха профилактики.

У женщин, получающих обычную АРТ, вопрос о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку не столь прост. Необходимо продумать следующие моменты:

- Должна ли женщина получить профилактическое лечение *в дополнение* к уже проводимой ей обычной АРТ?

- Должен ли ее новорожденный ребенок получить стандартное профилактическое лечение?
- Должна ли женщина продолжать обычную АРТ во время пребывания в родильном доме?

Решение вопроса о профилактическом лечении матери будет зависеть от схемы обычной АРТ, которую женщина получает, и от стандартной схемы профилактического лечения в данной местности. МЦПС предлагает для беременных, получающих обычную АРТ, следующие рекомендации.

1. Для женщин, получающих обычную АРТ по схеме с невирапином, лишняя доза невирапина во время родов, скорее всего, не принесет никакого вреда. Во многих ситуациях гораздо проще и безопаснее следовать стандартным протоколам профилактики, подразумевающим однократное назначение невирапина, независимо от того, получает беременная обычную АРТ или нет.
2. Женщинам, получающим обычную АРТ по схемам без невирапина (то есть содержащим абакавир или нелфинавир), профилактика в виде однократного назначения невирапина проводится *не должна*. Риск возникновения лекарственной устойчивости ВИЧ после одной дозы невирапина перешивает возможную пользу этого вмешательства.
3. Обычную АРТ следует продолжать и во время родов, и в послеродовом периоде.

Каждая программа должна выработать свою собственную стратегию в отношении профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку для ВИЧ-инфицированных беременных, охваченных помощью и лечением. Как уже отмечалось, для того чтобы польза для здоровья матери и ребенка была максимальной, требуются взаимодействие и согласованные усилия программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе и учреждений дородового наблюдения. После родов необходимо тщательное наблюдение за женщиной и ее ребенком.

Согласованная помощь

Согласование деятельности учреждений ВИЧ-медицины и дородового наблюдения абсолютно необходимо по нескольким причинам.

- Польза от АРТ тем больше, чем больше промежуток времени между ее началом и родами. Важно как можно раньше включить беременную в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Своевре-

менное направление беременных в программу от женской консультации или родильного дома помогает достичь этой цели.

- Если АРТ начата во время беременности, ее необходимо продолжать беспрерывно и во время пребывания в родильном доме, и в послеродовом периоде. Согласованная помощь и обучение будущих матерей позволяют свести к минимуму риск расхождений в рекомендациях, выданных различными врачами, и вероятность несоблюдения роженицами и родильницами схемы лечения.

В некоторых местах учреждения ВИЧ-медицины и дородового наблюдения удается объединить и, таким образом, идеальным образом скоординировать их усилия. В подобной ситуации акушеры-гинекологи могут заниматься одновременно и лечением ВИЧ-инфекции с проведением АРТ, и дородовым наблюдением с профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку. Альтернативный способ организации помощи беременным — совместная работа специалистов по ВИЧ-медицине и акушеров-гинекологов в рамках одной многопрофильной бригады. В других местах учреждения ВИЧ-медицины и дородового наблюдения оказываются оторванными друг от друга и разнесенными в пространстве. В этой ситуации чрезвычайно важно найти решение следующих вопросов.

Какой информацией нужно обмениваться?

И акушеры-гинекологи, и специалисты по ВИЧ-медицине владеют важнейшей информацией, которой необходимо обмениваться при ведении беременности. Сюда входят сведения о здоровье женщины, в том числе о клинической стадии ВИЧ-инфекции и числе лимфоцитов CD4, о течении и осложнениях ее беременности. Общими должны быть и сведения о получаемом беременной медикаментозном лечении, и планы относительно профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Это особенно важно для беременных, получающих обычную АРТ. И наконец, согласование графика визитов в два разных медицинских учреждения повысит приверженность больных и избавит их от лишних неудобств.

Каким образом будет происходить обмен информацией?

Каждая программа помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должна найти наиболее эффективный способ обмена информацией с женской консультацией или родильным домом. Вот несколько удачных подходов, которые применяются в программах МЦПС:

- Регулярные встречи персонала двух медицинских учреждений и обсуждение проблем «общих» больных

- «Общий» персонал, чаще всего медицинские сестры, работающие одновременно в двух медицинских учреждениях
- Обмен письменными заключениями, сделанными по поводу «общих» больных специалистами по ВИЧ-медицине и акушерами-гинекологами

Взаимодействие с учреждениями дородового наблюдения организовать легче, когда в данной местности есть только одна женская консультация или один родильный дом. Если же в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе беременных направляют из разных учреждений дородового наблюдения, для организации взаимодействия и обмена информацией могут потребоваться совершенно новые подходы.

Кто будет отвечать за согласованную помощь?

Разумно назначить одного из сотрудников программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе ответственным за согласованную помощь беременным и за обмен информацией с учреждениями дородового наблюдения. Желательно, чтобы это был врач, хотя социальный работник или работник санитарного просвещения тоже может справиться с такой задачей. Этот сотрудник мог бы взять на себя организацию регулярных встреч персонала двух медицинских учреждений или контроль за обменом письменными заключениями. Кроме того, он мог бы следить за тем, чтобы беременные женщины имели полную информацию о том, где и какие медицинские услуги им должны оказываться. Это особенно важно для женщин, получающих АРТ в одном учреждении, а профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку — в другом.

Приложение А. Антиретровирусные препараты во время беременности: категории безопасности ФДА

Препарат	Категория безопасности ФДА
Абакавир	C
Диданозин	B
Зидовудин	C
Ламивудин	C
Ставудин	C
Тенофовир	B
Невиррапин	C
Эфавиренз	C
Индинавир	C
Лопинавир / ритонавир	C
Нелфинавир	B

Категория А: Отвечающие всем требованиям контролируемые исследования у беременных женщин не выявили риска аномалий развития плода.

Категория В: Эксперименты на животных не выявили риска аномалий развития плода, но отвечающие всем требованиям контролируемые исследования у беременных женщин не проводились, *либо* эксперименты на животных выявили риск аномалий развития плода, но отвечающие всем требованиям контролируемые исследования у беременных женщин не подтвердили риск аномалий развития плода.

Категория С: Эксперименты на животных выявили риск аномалий развития плода, а отвечающие всем требованиям контролируемые исследования у беременных женщин не проводились, *либо* эксперименты на животных не проводились, как не проводились и отвечающие всем требованиям контролируемые исследования у беременных женщин.

Категория D: Отвечающие всем требованиям контролируемые или обсервационные исследования у беременных женщин выявили риск аномалий развития плода. Однако польза от применения препарата перевешивает этот риск.

Категория X: Отвечающие всем требованиям контролируемые или обсервационные исследования у беременных женщин или эксперименты на животных продемонстрировали аномалии развития плода. Применение препарата у беременных женщин и у женщин, которые могут забеременеть, противопоказано.



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Более 11 млн ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом взрослых заражены туберкулезом. В некоторых странах Западной, Экваториальной и Южной Африки треть больных туберкулезом инфицированы ВИЧ. В других странах от туберкулеза страдают более половины ВИЧ-инфицированных. Перехлест двух эпидемий — ВИЧ-инфекции и СПИДа — пагубно сказался на заболеваемости туберкулезом, его тяжести и излечимости. В результате туберкулез стал ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных.

Приведенные цифры показывают важность грамотной диагностики и лечения туберкулеза как одного из компонентов программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. МЦПС ратует за применение туберкулиновых проб и проведение профилактического лечения туберкулеза (см. главу 5.2). Эта глава посвящена вопросам диагностики и лечения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

Диагностика туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции

Угнетение иммунитета, с одной стороны, делает ВИЧ-инфицированных подверженными заболеванию туберкулезом, с другой — затрудняет выявление этой инфекции и приводит к запоздалой диагностике туберкулеза. Если у больных с ранними стадиями ВИЧ-инфекции туберкулез обычно протекает с классическими клиническими и рентгенологическими симптомами — такими же, как и в отсутствие ВИЧ-инфекции, то у больных СПИДом это заболевание становится само на себя не похоже.

Запоздалая диагностика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных неблагоприятно сказывается на исходе заболевания. В одном южноафриканском исследовании были показаны удручающие различия в прогнозе между больными, у которых туберкулез был выявлен при плановом обследовании, и больными, которые обратились за медицинской помощью при появлении симптомов: во второй группе смертность от туберкулеза во время противотуберкулезной терапии оказалась в 6 раз выше. От прерывания путей пере-

дачи инфекции, активного выявления контактов, ранней диагностики и лечения туберкулеза выиграют не только отдельные больные, но и все общество в целом.

Ввиду трудности выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и необходимости ранней и точной диагностики, от врачей, оказывающих помощь при ВИЧ-инфекции и СПИДе, требуются высокая настороженность в отношении туберкулеза, знакомство с проявлениями этой инфекции на фоне иммунодефицита, быстрота и последовательность действий при обнаружении подозрительных случаев.

Большинство врачей, работающих в учреждениях ВИЧ-медицины, хорошо знакомы с проявлениями туберкулеза, методами его диагностики, местными рекомендациями по лечению и имеющимися ресурсами. Мы хотим дополнить их знания следующими важными сведениями о диагностике туберкулеза.

- **У ВИЧ-инфицированных чаще встречается внелегочный туберкулез.** По мере углубления иммунодефицита внелегочный туберкулез во всех его формах встречается все чаще и чаще. У ВИЧ-инфицированных сильнее выражены симптомы системной инфекции, в частности лихорадка, потливость, гепатоспленомегалия и понос, а следовательно, угнетение иммунитета способствует распространению туберкулеза с одной системы органов на другие. Большинство больных туберкулезом с числом лимфоцитов CD4 менее 100 мкл^{-1} страдают внелегочным туберкулезом, и у большинства из них внелегочные формы туберкулеза сочетаются с туберкулезом легких.

Внелегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных нередко поражает лимфоузлы, как периферические (шейные > подмышечные > паховые), так и центральные (средостенные > бронхолегочные > внутрибрюшные). Милиарный туберкулез поражает серозные оболочки (плеврит, перикардит, перитонит), ЦНС (менингит, туберкулема головного мозга), мягкие ткани (холодные абсцессы), кости.

В странах Западной, Экваториальной и Южной Африки туберкулез служит самой частой причиной лимфаденита. В подобных ситуациях целесообразно прибегнуть к пункции лимфоузла. Это быстрый и чувствительный метод диагностики туберкулезного лимфаденита; осложнения редки, а результаты нередко бывают готовы в тот же день.

- **У ВИЧ-инфицированных чаще встречается туберкулез легких без выделения возбудителя с мокротой.** У ВИЧ-инфицированных намного чаще, чем

у остального населения, туберкулез легких не сопровождается выделением возбудителя с мокротой. В одном из исследований кислотоустойчивые палочки отсутствовали в мазках мокроты у 43% ВИЧ-инфицированных больных и только у 24% больных, не инфицированных ВИЧ. Для программ, в которых диагностика туберкулеза основана на микроскопии мазков мокроты, особенно важное значение приобретает хорошее знакомство врачей с клиническими и рентгенологическими проявлениями туберкулеза; в противном случае будут пропущены многие случаи заболевания.

- **У ВИЧ-инфицированных наблюдаются иные рентгенологические проявления туберкулеза.** Глубина иммунодефицита у ВИЧ-инфицированных влияет и на рентгенологическую картину туберкулеза (табл. 1). Классические находки при рентгенографии грудной клетки — поражение верхушек легких, плотные очаговые тени и каверны — характерны для больных с относительно высоким числом лимфоцитов CD4. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции классическая картина встречается намного реже; у таких больных обычно поражаются средние и нижние отделы легких, наблюдаются поражение внутригрудных лимфоузлов, милиарные тени и сетчато-узелковая перестройка легочного рисунка, плеврит и перикардит. Другими словами, рентгенологическая картина туберкулеза у больного СПИДом зачастую не имеет ничего общего с классической. Врачи должны быть знакомы с этими особенностями туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции, в противном случае они упустят шанс выявить и вылечить это заболевание.
- **Диагностика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей особенно сложна.** Диагностика туберкулеза у детей вообще непроста, а у ВИЧ-инфицированных детей она сложна вдвойне. Симптомы часто носят неспецифический характер, мокроту для исследования получить трудно, в ней часто отсутствуют кислотоустойчивые палочки, а рентгенологическая картина многообразна. Нередко при обследовании недомогающего ребенка или

Таблица 1. Рентгенография грудной клетки при туберкулезе на фоне ВИЧ-инфекции

Ранние стадии ВИЧ-инфекции	Поздние стадии ВИЧ-инфекции
Преимущественное поражение верхушек легких	Отсутствие каверн
Каверны	Поражение внутригрудных лимфоузлов
Плеврит	Поражение средних и нижних отделов легких
	Милиарные тени и сетчато-узелковая перестройка легочного рисунка
	Плеврит и перикардит

ребенка с задержкой физического развития единственным ключом к диагнозу служит контакт ребенка с больным туберкулезом. При выявлении каждого нового случая туберкулеза должно проводиться обследование всех лиц, контактировавших со взрослым больным туберкулезом, и всех его домочадцев. В диагностике туберкулеза у детей программы должны руководствоваться местными и национальными рекомендациями, то есть опираться на туберкулиновые пробы в сочетании с клинической картиной. Напомним, что у ВИЧ-инфицированных детей с туберкулезом туберкулиновые пробы могут дать ложноотрицательные результаты, поэтому диагноз нередко приходится ставить только по клинической картине. Как и у взрослых, ценным методом диагностики является пункция лимфоузлов.

- **Туберкулезом нередко болеет вся семья.** Независимо от того, у кого первого выявлен туберкулез — у взрослого или у ребенка, в семье могут оказаться и другие больные, как с активным туберкулезным процессом, так и с латентной инфекцией. Необходимо тщательно обследовать всех лиц, контактировавших с больным туберкулезом, и всех его домочадцев. При этом обследование должно проводиться не только на туберкулез, но и на ВИЧ-инфекцию.

Лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции

Тактика лечения туберкулеза определяется национальными программами борьбы с туберкулезом, и МЦПС настаивает на взаимодействии своих программ с противотуберкулезной службой. Однако опасность, которую таит в себе сочетанная инфекция, требует от всех врачей, где бы они ни работали, в учреждениях ВИЧ-медицины или в противотуберкулезных диспансерах, уметь лечить туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции.

Летальность туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции выше, чем в ее отсутствие. В одном из исследований в течение 6 мес с момента постановки диагноза туберкулеза от него умерли 14% ВИЧ-инфицированных и только 0,5% не инфицированных ВИЧ пациентов. Улучшить прогноз при сочетанной инфекции позволяют грамотный выбор противотуберкулезного лечения, тщательное соблюдение врачебных предписаний (лучше всего с помощью системы контролируемой амбулаторной терапии) и проведение АРТ тем пациентам, которые имеют к ней показания.

- **Сроки начала противотуберкулезного лечения и АРТ.** У взрослых туберкулез легких означает III клиническую стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, а внелегочный туберкулез — IV клиническую стадию (см.

главу 5.1). Международные рекомендации предписывают проводить АРТ взрослым больным с III клинической стадией ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ при числе лимфоцитов $CD4 \leq 350$ мкл⁻¹ и всем взрослым больным с IV клинической стадией независимо от числа лимфоцитов $CD4$. Тот факт, что этим пациентам нужна АРТ, не вызывает сомнений. Вопрос в том, *когда* ее начинать — во время противотуберкулезного лечения или после его окончания?

У взрослых больным с поздними стадиями ВИЧ-инфекции высокоактивная АРТ значительно снижает риск смерти во время противотуберкулезного лечения и в ранние сроки после его окончания. В то же время у больных с относительно высоким числом лимфоцитов $CD4$ шансы умереть от туберкулеза намного ниже, поэтому и польза от одновременно проводимой АРТ не столь велика. В настоящее время специалисты единодушны в том, что в проведении АРТ на фоне противотуберкулезного лечения нуждаются взрослые ВИЧ-инфицированные с внелегочным туберкулезом и/или числом лимфоцитов $CD4 \leq 200$ мкл⁻¹. Оптимальные сроки для начала АРТ у больных туберкулезом в настоящее время не определены.

Таким образом, для взрослых ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом и еще не получающих АРТ, сроки начала противотуберкулезного лечения и АРТ определяются клинической стадией ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (рис. 1). Больным с числом лимфоцитов $CD4$ свыше 200 мкл⁻¹ в отсутствие внелегочного туберкулеза можно сначала начать противотуберкулезное лечение, а по окончании его первого этапа (включающего рифампицин) приступить к проведению АРТ. У больных с числом лимфоцитов $CD4 \leq 200$ мкл⁻¹ и/или внелегочным туберкулезом откладывать начало АРТ нельзя. Как правило, наилучшие результаты дает следующий подход. Начинают противотуберкулезное лечение, внимательно следя за побочными эффектами препаратов. Если противотуберкулезные средства переносятся хорошо, спустя 4—8 нед начинают АРТ. Сильные лекарственные взаимодействия между рифампицином и некоторыми антиретровирусными препаратами предъявляют особые требования к выбору схемы АРТ на фоне противотуберкулезного лечения, включающего рифампицин (рис. 2).

Аналогичный подход рекомендуется и в отношении ВИЧ-инфицированных детей, страдающих туберкулезом. Дети с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория С по классификации Центра по контролю заболеваемости США) или глубоким иммунодефицитом (доля лимфоцитов $CD4$ менее 15%), как правило, нуждаются в безотлагательном лечении обеих инфек-

Рисунок 1

Туберкулез выявлен у ВИЧ-инфицированного, не получающего АРТ



Клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ определяет сроки начала АРТ:

Нет показаний для АРТ (см. главу 5.3)	Лечат туберкулез. Оказывают помощь по поводу ВИЧ-инфекции, как обычно
Есть показания к АРТ, но число лимфоцитов $CD4 > 200 \text{ мкл}^{-1}$ и нет внелегочного туберкулеза	Начинают лечение туберкулеза. Начало АРТ откладывают до окончания приема рифампицина (первого этапа противотуберкулезного лечения)
Есть показания к АРТ, число лимфоцитов $CD4 \leq 200 \text{ мкл}^{-1}$ и/или внелегочный туберкулез	Лечат туберкулез одновременно с АРТ <ul style="list-style-type: none"> • Обычно противотуберкулезные средства назначают за 4—8 нед до начала АРТ • Выбирают схему АРТ, совместимую с рифампицином

ций. Для остальных ВИЧ-инфицированных детей начало АРТ можно отложить. АРТ начинают либо спустя 4—8 нед после назначения противотуберкулезных средств, либо после окончания противотуберкулезного лечения, если это позволяют состояние ребенка и его иммунологические показатели. Если есть возможность, следует проконсультироваться с детским фтизиатром, специалистом по лечению туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

- **Лекарственные взаимодействия.** Антитретровирусным препаратам свойственны множественные лекарственные взаимодействия. Ни один из них нельзя выписывать, не проанализировав внимательно полный список принимаемых больным лекарственных средств, включая травы и средства альтернативной медицины. Особенно важно это для больных туберкулезом, поскольку рифампицин (основа противотуберкулезного лечения) взаимодействует со многими антитретровирусными препаратами. Бездумное назначение и противотуберкулезных, и антитретровирусных средств чревато неудачей лечения и развитием устойчивости к одному или нескольким классам препаратов, что может повлечь катастрофические последствия как для отдельных больных, так и для общества в целом. Это не значит, что на фоне АРТ нельзя назначать рифампицин: схемы противотуберкулезного лечения без этого препарата менее эффективны. Точно так же это не значит, что принимающим рифампицин больным нельзя получать АРТ. Просто все вмешательства должны про-

водиться опытными специалистами и назначаться тем пациентам, кому они действительно необходимы.

Лекарственные взаимодействия между антиретровирусными и противотуберкулезными средствами в деталях представлены в приложении Б. Рифампицин умеренно снижает содержание в крови нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы — эфавиренза и невирапина. Кроме того, рифампицин значительно снижает содержание в крови всех ингибиторов протеазы ВИЧ, которые по этой причине не должны применяться одновременно с ним.

Международные рекомендации для ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, предлагают использовать схемы АРТ первого ряда, содержащие два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (ламивудин + ставудин или зидовудин) и эфавиренз. Для взрослых больных, которые не беременны и не могут забеременеть, рекомендации таковы:

- ◆ Пациенты, получающие АРТ на момент выявления туберкулеза:
 - Ламивудин + зидовудин (ставудин) + эфавиренз: пересмотр схемы не требуется
 - Ламивудин + зидовудин (ставудин) + невирапин: заменить на ламивудин + зидовудин (ставудин) + эфавиренз
 - Ламивудин + зидовудин (ставудин) + абакавир: пересмотр схемы не требуется
 - Схемы второго ряда или схемы, содержащие ингибиторы протеазы ВИЧ: нужна консультация специалиста
- ◆ Пациенты, которым начинают АРТ во время противотуберкулезного лечения:
 - Ламивудин + зидовудин (ставудин) + эфавиренз

При непереносимости препаратов, входящих в состав рекомендуемых схем, а также для беременных и детей младшего возраста необходима консультация специалиста (рис. 2).

Если беременная женщина нуждается в высокоактивной, переносимой и совместимой с рифампицином схеме АРТ, соображения об опасности применения эфавиренза (препарат противопоказан в первом триместре из-за риска аномалий развития плода) могут отойти на второй план. При необходимости проведения и АРТ, и противотуберкулезного лечения в первом триместре беременности разумно выбрать схему из двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и абакавира. Если же речь идет о более поздних сроках беременности, то многие специалисты рекомендуют схему из двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскрип-

Рисунок 2.

Туберкулез выявлен у ВИЧ-инфицированного, получающего АРТ



Во избежание лекарственных взаимодействий может потребоваться пересмотр схемы АРТ:

Используемая схема	Новая схема
Ламивудин + зидовудин (ставудин) + невирапин	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взрослые, в отсутствие беременности: ламивудин + зидовудин (ставудин) + эфавиренз 2. Беременные (и женщины, которые могут забеременеть): нужна консультация специалиста 3. Дети трех лет и старше: ламивудин + зидовудин (ставудин) + эфавиренз 4. Дети младше трех лет: ламивудин + зидовудин (ставудин) + ритонавир
Ламивудин + зидовудин (ставудин) + эфавиренз	Пересмотр схемы не требуется
Ламивудин + зидовудин (ставудин) + абакавир	Пересмотр схемы не требуется
Схемы второго ряда	Нужна консультация специалиста

тазы и эфавиренза. Как уже говорилось, всем беременным настоятельно рекомендуется консультация специалиста по лечению туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Для детей младше трех лет, которым эфавиренз противопоказан, в настоящее время рекомендуется схема АРТ из двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и ритонавира. Вместо ритонавира можно использовать абакавир, особенно если ритонавир плохо переносится.

- **Перекрывающиеся побочные эффекты противотуберкулезных и антиретровирусных средств.** В дополнение к лекарственным взаимодействиям, которые диктуют выбор антиретровирусных средств, одновременное лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции осложняют перекрывающиеся побочные эффекты препаратов. У больных, получающих одновременно противотуберкулезное лечение и АРТ, побочные эффекты очень часты, что неудивительно, если принять во внимание глубину иммунодефицита и количество принимаемых ими лекарственных средств. В одном когортном исследовании приостановить лечение туберкулеза или АРТ пришлось у 34% больных. Примерно 1% больных потребовалось отменить терапию навсегда.

И врачам, и больным нужно быть все время начеку в отношении побочного действия препаратов; необходимы частые и тщательные клинические обследования. Больным следует рассказать о важнейших симптомах — тошноте, рвоте, боли в животе, желтухе (желтушность кожи и склер), коричневой окраске мочи; они должны немедленно обращаться к врачу при их появлении. Особого внимания требуют больные с заболеваниями печени в анамнезе, беременные и страдающие алкоголизмом. Всем пациентам, получающим одновременно противотуберкулезное лечение и АРТ, определяют исходные биохимические показатели функции печени. При появлении признаков гепатотоксического действия препаратов эти исследования повторяют.

Поскольку при одновременном лечении туберкулеза и ВИЧ-инфекции больные практически в одно и то же время начинают принимать как минимум семь препаратов, обследование по поводу побочных эффектов превращается в сложную задачу. Сыпь, тошнота, гепатит и нейропатия могут быть вызваны многими препаратами, причем не только противотуберкулезными или антиретровирусными, но и другими, например ТМП/СМК. Некоторые симптомы могут быть обусловлены синдромом восстановления иммунитета. В такой ситуации очень трудно понять, какой именно из препаратов оказал побочное действие.

Учитывая перечисленные выше сложности, врачи должны подходить к оценке побочных эффектов и их устранению последовательно:

- ◆ Нужно тщательно перебрать весь список принимаемых препаратов. Принимает ли пациент все назначенные ему лекарственные средства? Принимает ли он еще какие-нибудь лекарства, в том числе травы или средства альтернативной медицины? Когда именно пациент начал принимать тот или иной препарат?
- ◆ Далее следует оценить тяжесть побочного действия. Тошнота легкая или настолько сильная, что больной не может ничего есть? Распространенная ли сыпь, сопровождается ли она нарушением общего состояния? В таблицах 3 и 4 главы 5.3 приведены клинические и лабораторные критерии тяжелых побочных эффектов (степень тяжести III).
- ◆ При легких побочных эффектах достаточно симптоматического лечения. При тяжелом побочном действии препараты приходится отменять. В зависимости от клинической ситуации врач может отменить все противотуберкулезные средства, все антиретровирусные средства либо и те, и другие. Необходимо напомнить, что отмена только *некоторых* антиретровирусных или только *некоторых* противотуберкулезных средств неразумна и чревата возникновением лекарственной устойчивости возбудителя.

- ◆ После того как препараты отменены и симптомы разрешились, для возобновления лечения может потребоваться консультация специалиста.
 - ◆ Очень немногие побочные эффекты требуют отмены препарата *навсегда*. Противотуберкулезные средства первого ряда, в частности изониазид и рифампицин, не следует отменять навсегда, даже если они вызвали тяжелые побочные эффекты.
 - ◆ Какие-либо вмешательства по поводу побочных эффектов надо предпринимать по одному за один раз: в этом случае будет легче установить причину побочного действия.
- **Синдром восстановления иммунитета.** Быстрое восстановление иммунитета под действием АРТ приводит у некоторых ВИЧ-инфицированных к обострению симптоматики туберкулеза. Обычно это наблюдается в первые месяцы после начала АРТ. Обострение туберкулеза носит временный характер и может проявиться нарастанием прежней симптоматики или появлением новой. Данное состояние известно как «синдром восстановления иммунитета». Оно далеко не редкость — в клинических испытаниях наблюдается у 10—36% пациентов. И врач, и больной должны быть готовы к развитию этого синдрома.

Развитие синдрома восстановления иммунитета всегда приурочено к началу АРТ; с начала приема антиретровирусных препаратов проходят дни или недели. По клинической картине его очень трудно дифференцировать с усугублением самого туберкулеза или неудачей противотуберкулезного лечения. Поэтому разумно предусмотреть сразу обе возможности. Синдром восстановления иммунитета может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев, при этом симптоматика нередко то нарастает, то стихает. В табл. 2 перечислены типичные проявления синдрома восстановления иммунитета.

Факторы риска синдрома восстановления иммунитета включают низкое число лимфоцитов CD4 и короткий промежуток времени между началом противотуберкулезного лечения и началом АРТ. Предупреждать о возможных побочных эффектах нужно всех больных, получающих одновременно лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции, однако особенно в этом нуждаются пациенты из группы высокого риска. Они должны четко знать, как проявляется это осложнение («вам может показаться, что у вас вновь начался туберкулез») и что делать при возникновении симптоматики.

Дифференциальную диагностику при подозрении на синдром восстановления иммунитета начинают с исключения неудачи противотуберкулезного лечения путем повторных осмотров больного и исследований

Таблица 2. Проявления синдрома восстановления иммунитета

Гектическая лихорадка
Лимфаденит, обострение старого или вновь возникший (поражение периферических или центральных лимфоузлов)
Затемнение в легких, увеличение старого или вновь возникший очаг
Плеврит, перикардит или асцит, обострение старых или вновь возникшие
Туберкулема головного мозга, обострение менингита
Милиарный туберкулез кожи
Эпидидимит, гепатоспленомегалия, холодные абсцессы мягких тканей

мазков мокроты. Кроме того, нужно исключить остальные осложнения ВИЧ-инфекции — другие оппортунистические инфекции и злокачественные опухоли. После того как путем исключения поставлен диагноз синдрома восстановления иммунитета, приступают к лечению, которое зависит от тяжести состояния больного. Оптимальная терапевтическая тактика окончательно не определена, однако в легких случаях, без сомнения, достаточно успокоить больного и внимательно наблюдать за ним. Лихорадка и боль обычно поддаются лечению нестероидными противовоспалительными средствами. Тяжелые проявления — увеличенные лимфоузлы, которые мешают глотать, дышать или поворачивать голову, туберкулему головного мозга, обострившийся менингит, дыхательную недостаточность — лечат глюкокортикоидами. В подобных случаях бывает необходимо отменить на время антиретровирусные препараты. Длительность лечения глюкокортикоидами в клинических испытаниях не изучалась, однако многие специалисты рекомендуют, добившись улучшения, через несколько недель попробовать постепенно уменьшить дозу препаратов и отменить их.

Приверженность к терапии

Важность соблюдения схемы лечения, как и важность мероприятий, укрепляющих приверженность к терапии, подробно обсуждались в разделе 2. Больным с сочетанной инфекцией приходится особенно тяжело: они вынуждены принимать большое число препаратов, у них чаще возникают побочные эффекты, а лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза зачастую проводят разные врачи. Абсолютно необходимо работать в тесном контакте с местной противотуберкулезной службой. Если лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза проводится в разных медицинских учреждениях, нужны осмотренность, обмен информацией, взаимодействие. По мере возмож-

ности противотуберкулезное лечение следует осуществлять по системе контролируемой амбулаторной терапии; это сегодня общепринятый метод. Визиты больных в клинику для получения противотуберкулезных средств следует использовать для укрепления приверженности ко всей медикаментозной терапии. Немаловажна и координация выдачи больному различных препаратов.

Как и во всех остальных случаях, необходимо убедиться в готовности больного к началу АРТ. Пациенты должны осознавать, что АРТ проводится пожизненно, что она намного сложнее, чем прием противотуберкулезных средств один раз в день, что им придется принимать много новых лекарств. Обучение пациентов и интенсивная поддержка абсолютно необходимы.

Согласованное лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза

Все программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должны работать во взаимодействии с противотуберкулезными программами. ВОЗ настоятельно рекомендует объединять усилия ВИЧ-медицины и противотуберкулезных служб на всех уровнях, от разработки стратегии и планирования до оказания медицинской помощи и работы с населением. ВОЗ подчеркивает, что каждому больному туберкулезом нужно предлагать пройти тестирование на ВИЧ, а каждого ВИЧ-инфицированного следует обследовать на туберкулез, активный или латентный. Таким образом, согласованная работа местных программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе и противотуберкулезной программы является насущной необходимостью.

Каждый опорный пункт МЦПС должен совместно с противотуберкулезной программой разработать оптимальные способы регистрации вновь выявленных случаев туберкулеза и обследования лиц, контактировавших с больным. Для лечения туберкулеза нужно организовать систему контролируемой амбулаторной терапии. Успех совместных действий зависит от своевременного обмена информацией по планируемому лечению и результатам диагностических исследований. Полезно привлечь персонал противотуберкулезной программы к участию в совместной переподготовке.

Приложение А. Тактика ведения больных с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией

- Выявление латентного туберкулеза и профилактическое лечение
 - ◆ См. главу 5.2
- Раннее выявление активного туберкулеза
 - ◆ Высокая настороженность в отношении туберкулеза
 - ◆ Знакомство с проявлениями туберкулеза на фоне иммунодефицита
 - ◆ Регулярная оценка симптомов с помощью опросника
 - ◆ Быстрое и последовательное обследование больных с подозрением на туберкулез
- Безотлагательное начало лечения туберкулеза
 - ◆ Взаимодействие и обмен информацией с местной противотуберкулезной программой
 - ◆ Обучение больных, укрепление приверженности к терапии
 - ◆ Противотуберкулезное лечение путем контролируемой амбулаторной терапии
 - ◆ Выявление и лечение побочных эффектов препаратов
- Проведение АРТ при наличии к ней показаний
 - ◆ Определение клинической стадии ВИЧ-инфекции, измерение числа лимфоцитов CD4
 - ◆ Оценка готовности больного к АРТ
 - ◆ Местную противотуберкулезную программу ставят в известность о принятом решении и планируемой терапии
 - ◆ Обсуждение возможных побочных эффектов и возможности развития синдрома восстановления иммунитета с самим больным и фтизиатрами
 - ◆ Обучение больных, укрепление приверженности к терапии
 - ◆ Начало АРТ у нуждающихся в ней больных (обычно спустя 4—8 нед после начала противотуберкулезного лечения)
- Тщательное и последовательное наблюдение
 - ◆ Еженедельные визиты в клинику после начала АРТ согласно рекомендациям МЦПС
 - ◆ Выявление побочных эффектов и синдрома восстановления иммунитета
 - ◆ Текущие мероприятия по укреплению приверженности
 - ◆ Согласование деятельности программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе и местной противотуберкулезной программы
 - ◆ Постоянный обмен информацией с местной противотуберкулезной программой

Приложение Б. Рекомендации по совместному применению антиретровирусных препаратов и рифампицина

Антиретровирусный препарат	Изменение дозы антиретровирусного препарата	Изменение дозы рифампицина	Примечания
Невирапин	Рифампицин и невирапин нельзя применять одновременно		Сывороточная концентрация невирапина снижается. Данных о совместном применении препаратов очень мало
Эфавиренз	Не требуется	Не требуется	Площадь под кривой сывороточной концентрации эфавиренза снижается на 22%, сывороточная концентрация рифампицина не меняется. Некоторые специалисты рекомендуют увеличивать дозу эфавиренза, однако данных в поддержку такого подхода недостаточно
Ритонавир	Не требуется	Не требуется	Площадь под кривой сывороточной концентрации ритонавира снижается на 35%, сывороточная концентрация рифампицина не меняется
Индинавир	Рифампицин и индинавир нельзя применять одновременно		Площадь под кривой сывороточной концентрации индинавира снижается на 89%
Нелфинавир	Рифампицин и нелфинавир нельзя применять одновременно		Площадь под кривой сывороточной концентрации нелфинавира снижается на 89%
Лопинавир/ритонавир (Калетра™)	Рифампицин и лопинавир/ритонавир нельзя применять одновременно		Площадь под кривой сывороточной концентрации лопинавира снижается на 75%, минимальная сывороточная концентрация лопинавира снижается на 99%



Депрессия, одно из самых распространенных психических расстройств, часто встречается у людей с хроническими болезнями, в том числе у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. В ходе опроса 2003 г. руководители опорных пунктов «Расширенной инициативы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (MTCT-Plus) назвали депрессию главной психосоциальной проблемой своих пациентов. Поскольку депрессия значительно ухудшает течение основного заболевания, ее выявление и лечение — один из компонентов первичной помощи ВИЧ-инфицированным.

Общие сведения

Депрессию определяют как «распространенное психическое расстройство, проявляющееся пониженным настроением, потерей интереса к жизни и способности испытывать радость, чувством вины или низкой самооценкой, нарушением сна или аппетита, отсутствием жизненной энергии и снижением концентрации внимания»*. Депрессия — это не просто тоска или подавленность. У здоровых людей эти чувства рано или поздно проходят, при депрессии же они становятся все сильнее и с каждым днем все больше осложняют жизнь. По данным ВОЗ, депрессия является одной из ведущих причин нетрудоспособности; депрессия может быть вызвана хроническими болезнями — ВИЧ-инфекцией, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом. В свою очередь, депрессия усугубляет течение этих болезней, а нелеченная депрессия ослабляет приверженность к терапии и снижает ее эффективность. Депрессия вполне поддается лечению в амбулаторных условиях, но возможность такого лечения есть едва ли у четверти больных.

Распространенность психических расстройств в разных странах очень сильно различается. По данным некоторых (но не всех) исследований, в развитых странах депрессия среди ВИЧ-инфицированных встречается ча-

* http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

ше, чем среди остального населения. При этом риск депрессии у ВИЧ-инфицированных не выше, чем у больных другими тяжелыми хроническими заболеваниями. Сведений о распространенности депрессии среди ВИЧ-инфицированных в странах с ограниченными ресурсами очень мало, но по ориентировочным оценкам встречается она довольно часто: у 5—39% ВИЧ-инфицированных. Эти данные в совокупности с упомянутым выше мнением руководителей «Расширенной инициативы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus) дают основание рассматривать психологическую и психиатрическую помощь как неотъемлемые элементы программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Все программы МЦПС должны обеспечить выявление и лечение депрессии у своих пациентов.

Диагностика депрессии

У людей разных культур депрессия может проявляться по-разному, но основные ее симптомы имеются почти у всех больных. Однако описание этих симптомов, их названия и истолкование в разных странах различаются и сильно зависят от местной культуры, обычаев и медицинских предпочтений. Алгоритмы диагностики депрессии, используемые в США и Европе, были успешно апробированы в Африке и Азии, но иногда эти алгоритмы требуется адаптировать к местным условиям.

Как уже говорилось, главные отличительные черты депрессии — неизбывная тоска и неспособность получать удовольствие от жизни. Тем не менее для постановки диагноза все же необходимо выявить симптомы аффективных и когнитивных нарушений (нарушений настроения и мышления) и соматических нарушений (то есть нарушений функций каких-либо органов).

Таблица 1. Основные симптомы депрессии

Аффективные и когнитивные нарушения	Соматические нарушения
Грусть, тоска	Сниженный или повышенный аппетит
Потеря интереса к жизни, неспособность получать удовольствие от чего бы то ни было	Бессонница или сонливость
Чувство безнадежности	Утомляемость или чувство бессилия
Мысли о смерти или самоубийстве	Двигательное возбуждение или вялость
Чувство вины	Боли неясного происхождения, разной локализации
Расстройства внимания, неспособность сосредоточиться	
Навязчивые мысли	
Раздражительность	

Опыт распознавания депрессии, накопленный за многие десятилетия и основанный на выявлении указанных выше симптомов, позволил разработать четкие диагностические критерии этого заболевания. Они изложены в четвертом издании «Руководства по диагностике и статистике психических болезней» (DSM-IV) и в десятом издании «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ-10). Критерии в этих руководствах сходны, но не идентичны.

Симптомы депрессии принято делить на *основные*, необходимые для диагноза (такие как подавленное настроение, утрата интереса к жизни), и *дополнительные* (имеются не всегда). DSM-IV выделяет 9 основных симптомов депрессии. Они должны отмечаться почти каждый день в одно и то же время на протяжении 2 нед и более. Они не должны быть вызваны приемом лекарственных средств, наркотиков или соматическим заболеванием. Появление этих симптомов должно сопровождаться существенным ухудшением психического или физического состояния больного.

*Диагностические критерии депрессии DSM-IV**

1. **Подавленное настроение большую часть дня**
2. **Значительное снижение интереса и чувства удовольствия во всех или почти во всех сферах деятельности большую часть дня**
3. Значительная потеря веса (без диеты), либо прибавка в весе, либо повышение или снижение аппетита
4. Бессонница или сонливость
5. Двигательное возбуждение или двигательная заторможенность
6. Утомляемость или упадок сил
7. Чувство собственной никчемности, необоснованное чувство вины
8. Снижение умственной работоспособности или концентрации внимания, нерешительность
9. Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, планирование или попытка самоубийства

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. American Psychiatric Association, 2000.

Диагноз устанавливают, если имеется хотя бы один из первых двух симптомов и не менее двух других симптомов. Наличие трех или четырех симптомов (включая № 1 и/или № 2) означает малую депрессию (легкий депрессивный эпизод), наличие пяти и более симптомов (включая № 1 и/или № 2) — большую депрессию (тяжелый депрессивный эпизод). Тяжесть депрессии определяет тактику лечения, но не позволяет предсказать его эффективность.

Опыт показывает, что некоторые пациенты охотно обнаруживают у себя те или иные симптомы депрессии, тогда как многие этому сопротивляются. Мы рекомендуем систематически обсуждать с пациентом его настроение, начиная с момента включения его в программу помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе (в ходе оценки психосоциального статуса). Для начала достаточно задать пациенту простой вопрос: «Не отмечали ли вы за последний месяц...

- ...Потерю интереса к жизни, работе, отсутствие радости от жизни?
- ...Пониженное настроение, подавленность, безнадежность?»

Если пациент дал хотя бы один утвердительный ответ, необходимо задать еще ряд вопросов (табл. 2).

Далеко не всякий пациент, утвердительно ответивший на эти вопросы, действительно страдает депрессией. У большинства, если не у всех людей, в определенные периоды жизни проявляются некоторые из этих симптомов, и только *не проходящие в течение длительного времени* тоска, плаксивость, потеря интереса к жизни и неспособность получать от нее радость указывают на депрессию. Важный показатель тяжести депрессии — снижение повседневной активности и ухудшение отношений с окружающими. Еще один

Таблица 2. Опросник для выявления депрессии*

<p>Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы (ни разу, несколько раз, чаще чем через день, почти каждый день):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Потеря интереса к жизни, работе, отсутствие радости от жизни • Пониженное настроение, подавленность, безнадежность • Трудности с засыпанием, неурочные пробуждения, бессонница или, наоборот, сонливость • Сильная усталость, упадок сил • Плохой аппетит или, наоборот, сильный голод • Самообвинения в том, что вы неудачник, конченный человек, либо в том, что погубили себя или семью • Трудно сосредоточиться, сконцентрировать внимание на чем-то • Так медленно двигаетесь или говорите, что другие это замечают. Или, наоборот, двигаетесь гораздо больше, чем обычно, мечетесь, жестикулируете • Приходят мысли о никчемности жизни или желание причинить себе боль
<p>Если 3—4 симптома (включая хотя бы один из первых двух) отмечались чаще чем через день, диагностируют малую депрессию (легкий депрессивный эпизод). Если 5 и более симптомов отмечались чаще чем через день, диагностируют большую депрессию (тяжелый депрессивный эпизод). Симптомы, обусловленные приемом лекарственных средств, наркотиков или соматическими заболеваниями, не учитываются.</p>
<p>* Spitzer RL et al. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. JAMA 1999;282:1737-44.</p>

способ выявить истинную депрессию и оценить ее тяжесть — это выяснить, с какой частотой возникают ее симптомы. Любой из симптомов, перечисленных в табл. 2, «засчитывается» только в том случае, когда пациент утверждает, что данный симптом проявляется «почти каждый день» или «чаще чем через день». Диагноз депрессии устанавливают, если не менее трех симптомов (включая по крайней мере один из первых двух) отмечаются чаще чем через день; большую депрессию диагностируют, если имеется не менее пяти симптомов.

Надо помнить, что при диагностике депрессии «не засчитываются» симптомы, если они явно обусловлены соматическим заболеванием или приемом лекарственных средств. Например, трудности с засыпанием не надо расценивать как признак депрессии, если они обусловлены болью или поносом. Потеря веса у больного туберкулезом также не является симптомом депрессии. Нарушение концентрации внимания может быть вызвано болью или инфекционным поражением ЦНС. Диагноз депрессии нельзя устанавливать, если нет ее аффективных симптомов (снижения настроения, потери интереса к жизни), которые трудно спутать с проявлениями ВИЧ-инфекции, острого интеркуррентного заболевания или побочных эффектов их лечения.

Депрессию надо стараться выявить не только при первичном обследовании пациента, но и при последующих визитах в клинику, особенно если возникло такое подозрение. Показаниями к выявлению депрессии служат также эмоциональный стресс, резкое изменение состояния здоровья, ослабление приверженности к помощи и терапии.

Лечение депрессии

В большинстве случаев лечение не обязательно должен проводить психиатр. Назначение антидепрессантов, периодические беседы с больным и психотерапия вполне доступны врачу общей практики и обычно дают хорошие результаты. Тем не менее три из четырех больных депрессией не получают нужного лечения. Причины этого — недостаток квалифицированных врачей, негативное отношение общества к душевнобольным и малодоступность антидепрессантов.

МЦПС разработал стандартизированный подход не только к диагностике, но и к лечению депрессии. Первый этап — это оценка местных ресурсов. Есть ли в местной больнице или поликлинике психиатр? Куда можно направить больного на консультацию? Есть ли группы поддержки, готовые принять нового человека с депрессией? Какую помощь могут оказать мест-

ные религиозные организации? Куда можно госпитализировать больного с тяжелым психическим расстройством?

Необходимо также оценить доступность антидепрессантов. Хотя единственным антидепрессантом, числящимся в списке жизненно важных лекарственных средств ВОЗ, является амитриптилин, во многих странах доступны и более приемлемы другие трициклические антидепрессанты, например имипрамин. Однако трициклические антидепрессанты могут вызывать сонливость, головокружение, сухость во рту, тремор, потливость. Гораздо лучше переносятся и не менее эффективны ингибиторы обратного захвата серотонина, однако в странах с ограниченными ресурсами их может не оказаться.

Если у пациента выявлена депрессия, следует оценить ее тяжесть и рассмотреть этот случай на совещании многопрофильной бригады. Многим больным с малой депрессией помогает поддерживающее консультирование, описанное в главе 3.2. Очень важно, чтобы больной имел возможность без ограничений прибегать к поддерживающему консультированию. Большую пользу приносит также участие больного в группах поддержки. При большой депрессии консультирование сочетают с лечением антидепрессантами, а некоторым больным может понадобиться специализированная психиатрическая помощь (см. табл. 3). Больным, из-за депрессии лишившимся трудоспособности, больным с суицидальными намерениями и больным с тяжелыми соматическими нарушениями *необходима* консультация психиатра (если это возможно).

Лечение антидепрессантами требует пристального наблюдения за больным. Необходимо регулярно связываться с пациентами: приглашать их в

Таблица 3. Показания для консультации психиатра**

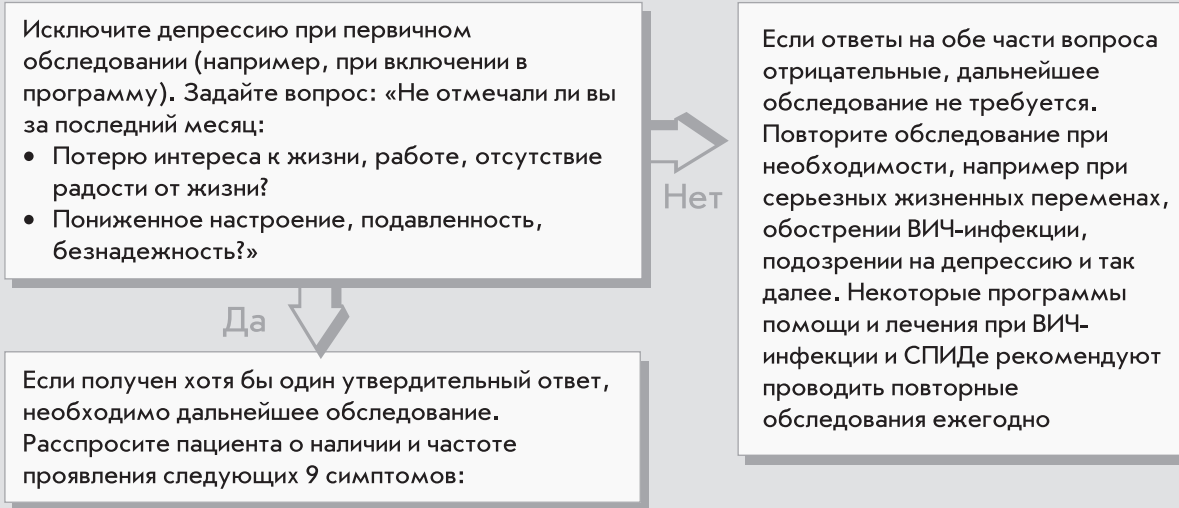
<ul style="list-style-type: none"> • Суицидальные намерения* • Опасность для окружающих* • Больной настолько измучен психическим расстройством, что неспособен выйти из дома, ухаживать за детьми или выполнять другие повседневные обязанности* • Тяжелое истощение или соматическое заболевание, обусловленное депрессией* • Требуется специалист для уточнения диагноза и назначения лечения • Амбулаторное лечение на месте оказалось безрезультатным • Требуется лекарственное средство, которое может выписать только психиатр • Больной требует направить его на консультацию к психиатру
<p>* Необходимо срочно направить больного к психиатру</p>
<p>** Приведено с изменениями по WHO (1998) Mental Disorders in Primary Care. WHO/MSA/MNH/EAC/98.1.</p>

клинику, навещать на дому, говорить по телефону. Это не только поддерживает больного, но и помогает вовремя выявить побочные эффекты препаратов. Надо объяснить, что антидепрессанты начинают действовать не сразу: обычно настроение улучшается через 6—8 нед (иногда быстрее). Чтобы лечение антидепрессантами было эффективным, его обычно продолжают не менее 6 мес.

Многопрофильная бригада располагает временем для разработки плана лечения каждого больного (если нет нужды в безотлагательном направлении его к психиатру). Всех больных депрессией направляют на поддерживающее консультирование и/или в группы поддержки. В некоторых случаях может потребоваться клиническое обследование, чтобы проверить, не вызваны ли симптомы депрессии (например, утомляемость или забывчивость) осложнениями ВИЧ-инфекции. Патронажные работники, знакомые с семейной ситуацией больного, могут порекомендовать семейное консультирование или консультирование супругов. Многопрофильная бригада должна всегда располагать сведениями об эффективности лечения, независимо от того, где и кем оно проводится: опорным пунктом программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, местным врачом общей практики или в местной больнице.

Приложение А. Диагностика депрессии

ГЛАВА 5.6



Как часто за последние две недели вас беспокоили следующие проблемы?

	Ни разу	Несколько раз	Чаще чем через день	Почти каждый день
• Потеря интереса к жизни, работе, отсутствие радости от жизни	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Пониженное настроение, подавленность, безнадежность	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Трудности с засыпанием, неурочные пробуждения, бессонница или, наоборот, сонливость	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Сильная усталость, упадок сил	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Плохой аппетит или, наоборот, сильный голод	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Самообвинения в том, что вы неудачник, конченый человек, либо в том, что погубили себя или семью	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Трудно сосредоточиться, сконцентрировать внимание на чем-то	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Так медленно двигаетесь или говорите, что другие это замечают. Или, наоборот, двигаетесь гораздо больше, чем обычно, мечетесь, жестикулируете	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Приходят мысли о никчемности жизни или желание причинить себе боль	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Считают, что тот или иной симптом депрессии действительно присутствует, если он отмечается чаще чем через день либо почти каждый день и не вызван соматическим заболеванием, приемом лекарственных средств или наркотиков. Если присутствуют три и более симптома, включая хотя бы один из первых двух, устанавливают диагноз депрессии. Далее оценивают тяжесть депрессии.

Оценка тяжести депрессии

Обязательно должен присутствовать хотя бы один из двух первых симптомов.

- Менее 3 симптомов: депрессии нет
- 3—4 симптома: малая депрессия
- 5 и более симптомов: большая депрессия



РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И КОНТРАЦЕПЦИЯ

Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи — неотъемлемые компоненты помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Любая программа, занимающаяся лечением ВИЧ-инфекции, должна предоставлять больным эти услуги. Подробное обсуждение вопросов репродуктивного здоровья и планирования семьи не входит в задачи данной главы; есть много других прекрасных пособий по этой проблеме, адаптированных для стран с ограниченными ресурсами (приложение А). Мы остановимся лишь на некоторых вопросах, которые имеют важнейшее значение при оказании помощи ВИЧ-инфицированным:

- Обеспечение услугами по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи
- Лекарственные взаимодействия между антиретровирусными препаратами и гормональными контрацептивами
- Согласованная помощь

Назначение антиретровирусных препаратов беременным обсуждается в главе 5.4.

Обеспечение услугами по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи

Охрана репродуктивного здоровья является составной частью любой системы здравоохранения. Для всех пациентов, охваченных программами МЦПС, должны иметь доступны:

- Выбор надежного метода контрацепции, включая барьерные методы
- Диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем, и других заболеваний половых органов

- Дородовое наблюдение и родовспоможение, в том числе вмешательства, направленные на снижение материнской смертности и утраты трудоспособности
- Предотвращение криминальных аборт; обеспечение доступа к медицинским абортам там, где они разрешены, и к медицинской помощи после абортов
- Помощь женщинам — жертвам насилия в семье, сексуального насилия и других форм насилия над женщинами
- Раннее выявление и лечение рака шейки матки (по возможности)

Все перечисленные услуги для ВИЧ-инфицированных важны ничуть не меньше, чем для остальных людей. ВИЧ-инфицированным мужчинам и женщинам должны быть предоставлены равные права по пользованию этими услугами. Кроме того, во многих странах здравоохранение, ориентированное на взрослых пациентов, совершенно игнорирует нужды подростков, тогда как они тоже нуждаются в аналогичных услугах, адаптированных под их потребности.

Выбор метода контрацепции. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных всего мира находятся в репродуктивном возрасте, поэтому помощь мужчинам и женщинам по вопросам контрацепции является одной из важнейших в системе ВИЧ-медицины. За исключением некоторых гормональных контрацептивов, вступающих в лекарственные взаимодействия с антиретровирусными препаратами, ни один из методов контрацепции при ВИЧ-инфекции не противопоказан. Если принять во внимание огромное число нежелательных беременностей, которые наблюдаются повсеместно, станет ясно, что обеспечение ВИЧ-инфицированных надежными методами контрацепции будет как нельзя лучше способствовать снижению частоты передачи ВИЧ от матери ребенку.

Двойная защита. Гормональные контрацептивы и другие методы контрацепции предохраняют женщину от нежелательной беременности, но не препятствуют распространению ВИЧ и возбудителей других инфекций, передающихся половым путем. МЦПС настоятельно рекомендует использовать двойную защиту — то есть применять один или более методов, защищающих одновременно от нежелательной беременности и от инфекций, передающихся половым путем. Двойная защита предотвратит заражение ВИЧ-инфицированного новыми инфекциями, передающимися половым путем, уменьшит вероятность нежелательной беременности и предупредит заражение его поло-

вых партнеров ВИЧ. (Профилактике среди ВИЧ-инфицированных посвящена глава 3.5). Некоторые антиретровирусные препараты снижают эффективность гормональных контрацептивов (см. ниже); в этой ситуации использование двойной защиты приобретает особенно важное значение.

Двойная защита осуществляется следующими способами:

- Постоянное использование мужских или женских презервативов в сочетании с посткоитальной контрацепцией (в случае повреждения презерватива)

Таблица 1. Медицинские противопоказания к различным методам контрацепции у ВИЧ-инфицированных женщин

Метод	Специфические противопоказания при ВИЧ-инфекции
Комбинированные (эстроген и прогестаген) пероральные контрацептивы с низкой дозой эстрогенов	Высоковероятны лекарственные взаимодействия с некоторыми антиретровирусными препаратами; других противопоказаний нет. Рекомендуются прогестагеновые контрацептивы и двойная защита (см. ниже и табл. 2)
Комбинированные (эстроген и прогестаген) инъекционные контрацептивы	Вероятны лекарственные взаимодействия с некоторыми антиретровирусными препаратами; других противопоказаний нет. Рекомендуется двойная защита (см. ниже)
Прогестагеновые контрацептивы	Вероятны лекарственные взаимодействия с некоторыми антиретровирусными препаратами; других противопоказаний нет. Рекомендуется двойная защита (см. ниже)
Посткоитальные контрацептивы	Возможны лекарственные взаимодействия с некоторыми антиретровирусными препаратами, однако противопоказанием это не является. Других противопоказаний нет
Внутриматочные контрацептивы	Нет никаких противопоказаний для женщин с ранними стадиями ВИЧ-инфекции. У женщин с поздними стадиями ВИЧ-инфекции введение внутриматочного контрацептива слегка повышает риск воспалительных заболеваний матки и придатков, поэтому внутриматочные контрацептивы им не рекомендуются, если имеются другие возможности контрацепции. Женщины с внутриматочными контрацептивами после развития СПИДа нуждаются в регулярном наблюдении по поводу воспалительных заболеваний матки и придатков
Барьерные методы	Нет
Ритмические методы	Нет
Лактационная аменорея	Нет
Прерванный половой акт	Нет
Стерилизация	Нет никаких противопоказаний для женщин с ранними стадиями ВИЧ-инфекции. У женщин с поздними стадиями ВИЧ-инфекции хирургическое вмешательство сопряжено со слегка повышенным риском осложнений (из-за угнетения иммунитета), поэтому вопрос о целесообразности стерилизации решается индивидуально. В некоторых случаях разумно отложить хирургическое вмешательство до начала АРТ
Приводится с изменениями по Medical Eligibility for Contraceptive Use, 3rd Edition. World Health Organization, Geneva, 2004.	

- Постоянное использование мужских или женских презервативов в сочетании с эффективным небарьерным методом контрацепции (гормональными контрацептивами, внутриматочными контрацептивами или стерилизацией)
- Воздержание от половой жизни

Мужья и половые партнеры ВИЧ-инфицированных женщин. Привлечение мужчин к охране репродуктивного здоровья и планированию семьи благоприятно сказывается на здоровье женщин и самих мужчин, независимо от того, инфицированы они ВИЧ или нет. Венерологические службы должны постоянно совершенствовать услуги, оказываемые населению — как мужчинам, так и женщинам. Службам охраны здоровья матери и ребенка и службам помощи по вопросам контрацепции, возможно, следует пересмотреть организацию своей работы, с тем чтобы охватить своими услугами и мужское население. Целесообразны, например, санитарно-просветительная работа для повышения настороженности в отношении передающихся половым путем инфекций и консультирование семейных пар или половых партнеров. Привлечение мужчин к охране репродуктивного здоровья особенно важно в условиях согласованной семейной помощи — подхода, за который ратует МЦПС.

Вопросы деторождения. Иметь детей или нет — этот вопрос вправе решать только женщина, и ее выбор должен быть свободным и осознанным. На подобные решения, конечно, могут повлиять доступность и качество услуг по охране репродуктивного здоровья, однако медицинские работники обязаны уважительно и без осуждения отнестись к любому выбору, который сделали ВИЧ-инфицированная женщина или семейная пара, и оказать всемерную поддержку.

- Если ВИЧ-инфицированные пациенты решают не иметь детей, многопрофильная бригада должна сконцентрировать свои усилия на их обучении и консультировании по вопросам контрацепции, а также на оказании помощи в случае наступления нежелательной беременности.
- Если ВИЧ-инфицированные пациенты хотят иметь детей, медицинские работники обязаны поддержать их в этом решении. Каждого из половых партнеров консультируют и рассказывают ему о риске передачи ВИЧ (как половому партнеру, так и будущему ребенку). Подобные консультации могут быть особенно трудны, если в семейной паре, решившей завести ребенка, один партнер инфицирован ВИЧ, а второй — нет. Женщинам необходимо обеспечить качественное дородовое наблюдение и

вмешательства, направленные на снижение материнской смертности и утраты трудоспособности, а также на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Взаимодействия между антиретровирусными препаратами и гормональными контрацептивами

Гормональная контрацепция никак не влияет на безопасность и эффективность АРТ. В то же время эффективность некоторых гормональных контрацептивов, особенно эстрогенсодержащих, на фоне АРТ падает. Клинические данные малочисленны, но тем не менее известно, что некоторые антиретровирусные препараты (в частности, невирапин и ряд ингибиторов протеазы ВИЧ) умеренно снижают уровень эстрогенов в крови и слегка повышают уровень прогестагенов (табл. 2). Данных по совместному применению антиретровирусных препаратов и прогестагеновых инъекционных контрацептивов (например, медроксипрогестерона) нет. Основываясь на имеющейся информации, специалисты советуют женщинам, принимающим невирапин, нелфинавир, ритонавир или лопинавир/ритонавир, использовать прогестагеновые контрацептивы в сочетании с барьерными методами. Рифампицин тоже снижает эффективность эстрогенсодержащих

Таблица 2. Взаимодействия между антиретровирусными препаратами и эстрогенсодержащими пероральными контрацептивами (например, этинилэстрадиолом/норэтистерона ацетатом)

Препарат	Рекомендации
Абакавир	Нет взаимодействия
Диданозин	Нет взаимодействия
Ламивудин	Нет взаимодействия
Ставудин	Нет взаимодействия
Тенофовир	Нет взаимодействия
Зидовудин	Нет взаимодействия
Эфавиренз	Нет взаимодействия
Невирапин	Необходимы другие методы контрацепции, например презервативы и прогестагеновые контрацептивы
Индинавир	Нет взаимодействия
Лопинавир/ритонавир	Необходимы другие методы контрацепции, например презервативы и прогестагеновые контрацептивы
Нелфинавир	Необходимы другие методы контрацепции, например презервативы и прогестагеновые контрацептивы
Ритонавир	Необходимы другие методы контрацепции, например презервативы и прогестагеновые контрацептивы

пероральных контрацептивов, поэтому на женщин, принимающих рифампицин, распространяются те же рекомендации. В настоящее время ведется детальное изучение лекарственных взаимодействий.

Согласованная помощь

В некоторых местах учреждения ВИЧ-медицины и охраны репродуктивного здоровья удастся объединить, и тогда все услуги ВИЧ-инфицированным оказывают одни и те же врачи. Однако чаще учреждения ВИЧ-медицины и охраны репродуктивного здоровья оказываются оторванными друг от друга и разнесенными в пространстве. Для любой из ситуаций трудно переоценить роль взаимодействия между собой специалистов разного профиля, оказывающих помощь одним и тем же больным. Лекарственные взаимодействия между антиретровирусными средствами и гормональными контрацептивами и опасность некоторых антиретровирусных средств для беременных требуют от врачей не только огромных знаний, но и хорошо согласованной помощи. Немаловажно также, чтобы на консультациях по различным вопросам — планирования семьи, профилактики среди ВИЧ-инфицированных, использования презервативов, вскармливания грудного ребенка — больным давали не противоречащие друг другу советы и рекомендации.

Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, направляющие своих больных к специалистам по репродуктивному здоровью в другие учреждения, сталкиваются с особыми проблемами. Одна из них — раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции. Женщине нужно поставить гинеколога в известность о своей ВИЧ-инфекции и о своем участии в программе помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, только в этом случае врачи смогут обмениваться информацией. Вторая проблема — организация быстрого и эффективного обмена медицинской документацией, касающейся общих больных (в том числе информацией о сделанных назначениях), и специальными знаниями. Без такого обмена усилия разных специалистов будут распыляться или окажутся направленными в противоположные стороны. Например, гинеколог, не подозревающий о том, что пациентка принимает невирапин, порекомендует ей гормональные контрацептивы, и они окажутся неэффективными из-за лекарственных взаимодействий. Или специалист по ВИЧ-медицине, не зная о том, что женщина не предохраняется от беременности, назначит ей эфавиренз, вызывающий аномалии развития плода.

Если услуги по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи оказываются в ином учреждении, МЦПС настоятельно рекомендует, что-

бы программа помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе разработала процедуры обмена информацией и координации оказываемой помощи. Специалистов по охране репродуктивного здоровья можно приглашать на совещания многопрофильной бригады, привлекать к участию в совместной переподготовке. Только активное взаимодействие и согласованные усилия всех заинтересованных сторон способны обеспечить высококачественную помощь больным.

Приложение А. Рекомендуемая литература

World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Third edition. Geneva: WHO, 2004

http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html

Фонд народонаселения ООН (УНФПА)

<http://www.unfpa.org/publications/index.cfm>

Библиотека ВОЗ по репродуктивному здоровью

<http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>

Центр коммуникационных программ при Университете Джона Хопкинса

<http://www.jhucsp.org/>

Population reports: <http://www.infoforhealth.org/pr/>

Секреты контрацепции: <http://www.jhucsp.org/pearls/>

Международная федерация планирования семьи

<http://www.ippf.org/>

РАЗДЕЛ 6. ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ДЕТЯМ



ДИАГНОСТИКА

ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

В отличие от взрослых поставить диагноз ВИЧ-инфекции у грудного ребенка или ребенка младшего возраста не так просто. Чтобы определить, инфицирован ребенок ВИЧ или нет, нужны специальные исследования, которые в странах с ограниченными ресурсами недоступны. Ситуация еще более осложняется, если ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, находится на грудном вскармливании. В данной главе рассматриваются вопросы диагностики ВИЧ-инфекции у детей и приводится диагностический алгоритм, рекомендуемый МЦПС для стран с ограниченными ресурсами.

Трудности диагностики

- **Передача ВИЧ от матери ребенку.** Заражение ребенка ВИЧ может произойти во время беременности, во время родов и на протяжении всего периода грудного вскармливания. Об этом надо помнить при разработке диагностических алгоритмов. Если ребенок заразился ВИЧ через грудное молоко, пройдет еще немало месяцев, пока у него выработаются антитела к ВИЧ в определяемом титре. Как правило, для того чтобы установить, инфицирован ли ребенок, следует выждать как минимум три месяца после отнятия от груди и только тогда проводить серологическое исследование на ВИЧ.
- **Материнские антитела к ВИЧ.** Антитела к ВИЧ во время беременности свободно проникают через плаценту, поэтому все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, при рождении имеют *антитела к ВИЧ*. Однако сам *вирус* передается от матери к ребенку не всегда: заражаются ВИЧ только некоторые дети. Вероятность заражения ребенка зависит от множества факторов, в том числе от состояния здоровья матери, проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, метода родоразрешения. Эти факторы обсуждались подробно в главе 5.4.

Материнские антитела циркулируют в крови ребенка как минимум на протяжении первых 6 месяцев жизни. Примерно через 6 мес они исчеза-

ют, и большинство детей, которые не заразились ВИЧ, в возрасте 1 года оказываются серонегативными. Однако у некоторых детей материнские антитела сохраняются дольше, вплоть до 18 месяцев. У детей, которые заразились ВИЧ, начинают вырабатываться свои собственные антитела, и они остаются серопозитивными на протяжении всей своей жизни. Если у ребенка в возрасте 18 месяцев и старше обнаруживают антитела к ВИЧ, это означает, что он инфицирован ВИЧ.

Серологическое исследование на ВИЧ (определение антител к ВИЧ) применяют для исключения ВИЧ-инфекции не ранее чем через 3 мес после отнятия ребенка от груди. Если ребенок не получал грудного молока за последние 3 мес и у него нет антител к ВИЧ, он не инфицирован ВИЧ.

В принципе можно было бы отложить диагностику ВИЧ-инфекции у детей до достижения ими 18 месяцев и ограничиться для этого стандартным серологическим исследованием, однако клиническая ситуация не позволяет этого сделать. У грудных детей ВИЧ-инфекция прогрессирует очень быстро и в отсутствие лечения смертность к двум годам жизни достигает 50%. Раннее выявление и лечение ВИЧ-инфекции у детей имеют жизненно важное значение, поскольку от них всецело зависит прогноз.

Заключение

- ◆ Положительный результат серологического исследования на ВИЧ у ребенка в возрасте 18 месяцев и старше означает, что он *инфицирован* ВИЧ.
 - ◆ Положительный результат серологического исследования на ВИЧ у ребенка младше 18 месяцев не позволяет сказать, инфицирован ребенок ВИЧ или нет.
 - ◆ Отрицательный результат серологического исследования на ВИЧ спустя 3 мес и более после отнятия от груди (или у ребенка, которого никогда не кормили грудью) означает, что он *не инфицирован* ВИЧ.
 - ◆ Отрицательный результат серологического исследования на ВИЧ у ребенка, который все еще находится на грудном вскармливании или которого недавно отняли от груди, не позволяет исключить ВИЧ-инфекцию. Исследование необходимо повторить через 3 мес или более после отнятия ребенка от груди.
- **Вирусологические исследования.** В отличие от *серологических* исследований специальные *вирусологические* исследования позволяют в первые месяцы жизни ребенка установить, инфицирован он ВИЧ или нет. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) на ДНК ВИЧ и ПЦР на РНК ВИЧ —

два разных метода, позволяющих обнаружить сам вирус в крови; каждый из них можно использовать для диагностики ВИЧ-инфекции у грудного ребенка. Оба исследования довольно дороги и технически более сложны, чем определение антител к ВИЧ; в странах с ограниченными ресурсами они недоступны. Разрабатываются и другие методы вирусологической диагностики (например, определение антигена р24 ВИЧ после диссоциации иммунных комплексов), но они пока не получили широкого распространения.

Вирусологические исследования, безусловно, позволяют поставить диагноз быстрее, однако и их надо применять вовремя. ДНК или РНК ВИЧ *при рождении* обнаруживаются лишь у 20—40% детей, заразившихся внутриутробно или во время родов (перинатальная передача инфекции), а в возрасте *14 дней* — уже у большинства таких детей. В то же время примерно у 10% ВИЧ-инфицированных детей ДНК и РНК ВИЧ начинают определяться лишь спустя *шесть недель* после рождения.

Чувствительность и специфичность вирусологических исследований очень высоки. Ложноположительные результаты тем не менее встречаются, особенно в лабораториях, не искушенных в проведении ПЦР, поэтому в случае положительного результата исследование повторяют с другой пробой крови. Ложноположительный результат следует заподозрить при низкой концентрации РНК ВИЧ (менее 10 000 копий в 1 мл), поскольку для грудных детей характерна высокая вирусная нагрузка. Ложноотрицательные результаты тоже возможны. Исследования показывают, что в некоторых лабораториях предсказательная ценность отрицательного результата вирусологического исследования, проведенного ребенку старше одного месяца, которого не кормили грудью, достаточно высока, чтобы исключить ВИЧ-инфекцию. Однако лаборатории бывают разные. Поэтому в большинстве ситуаций для исключения ВИЧ-инфекции необходимо провести два вирусологических исследования после достижения ребенком одного месяца.

Рекомендуемый диагностический алгоритм

Принимая во внимание все вышесказанное, мы предлагаем свой диагностический алгоритм для стран, где вирусологические исследования мало доступны и где широко распространено грудное вскармливание. В таких условиях вирусологические исследования наиболее разумно использовать для раннего выявления ВИЧ-инфицированных детей, которые нуждаются в помощи и лечении, а не для исключения ВИЧ-инфекции у детей, подвергшихся риску заражения, но не заразившихся ВИЧ. Таким образом, на-

ша цель — как можно раньше выявить ВИЧ-инфицированных детей, чтобы начать лечение. Наши протоколы разработаны для детей, находящихся на грудном вскармливании, но их легко можно адаптировать для детей, находящихся на исключительно искусственном вскармливании (рис. 2).

Первый этап диагностики в протоколах МЦПС — *вирусологическое исследование* (определение ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ) в возрасте 6—12 недель. Если результат исследования положительный, сразу же проводят повторное исследование с другой пробой крови. Два положительных результата означают, что у ребенка ВИЧ-инфекция. Рекомендации по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям изложены в главах 6.3 и 6.4.

Рисунок 1. Раннее вирусологическое исследование

Вирусологическое исследование (ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ) в возрасте 6—12 недель



Если результат положительный, сразу же проводят повторное исследование. Если результат повторного исследования тоже положительный, ставят диагноз ВИЧ-инфекции и определяют показания к АРТ



Если результат отрицательный и у ребенка нет клинических проявлений ВИЧ-инфекции, проводят серологическое исследование на ВИЧ после достижения ребенком возраста 12 месяцев или спустя 3 мес после отнятия ребенка от груди

Если двукратный положительный результат вирусологического исследования означает, что ребенок инфицирован ВИЧ, то однократный отрицательный результат не позволяет сделать однозначного заключения о ВИЧ-статусе ребенка. Однако он говорит о том, что угрозы быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции у ребенка нет. Поэтому детям, у которых результаты раннего вирусологического исследования были отрицательными и у которых нет клинических проявлений ВИЧ-инфекции, можно просто провести серологическое исследование на ВИЧ спустя 3 мес или более после отнятия ребенка от груди либо после достижения возраста 12 месяцев. Если же у ребенка с отрицательным результатом вирусологического исследования имеются симптомы ВИЧ-инфекции, он нуждается в дальнейшем обследовании.

Ребенок без клинических проявлений ВИЧ-инфекции

Выбор времени для проведения серологического исследования на ВИЧ ребенку, у которого результат раннего вирусологического исследования был

отрицательным и у которого *нет клинических проявлений ВИЧ-инфекции*, зависит от того, кормили ли его грудью, и если да, то как долго продолжалось грудное вскармливание (приложение А). Поскольку у большинства детей материнские антитела исчезают к возрасту 12 месяцев, в это время можно проводить серологическое исследование — но при условии, что на протяжении последних 3 мес ребенок не получал грудного молока. Отрицательный результат серологического исследования на ВИЧ у ребенка в возрасте 12 месяцев, который не получал на протяжении последних 3 мес грудного молока, означает, что он *не инфицирован ВИЧ*. Положительный результат серологического исследования на ВИЧ у такого ребенка может быть обусловлен сохранившимися в его крови материнскими антителами. В этом случае серологическое исследование повторяют в возрасте 18 месяцев. В данном возрасте положительный результат серологического исследования обусловлен собственной продукцией антител к ВИЧ и означает, что у ребенка ВИЧ-инфекция.

У ребенка, находящегося на грудном вскармливании и не имеющего клинических проявлений ВИЧ-инфекции, серологическое исследование на ВИЧ, как правило, можно отложить до истечения 3 мес после отнятия от груди. Отрицательный результат серологического исследования показывает, что ребенок не инфицирован ВИЧ. Интерпретация положительного результата опять же зависит от возраста ребенка. В случае положительного результата у ребенка младше 18 месяцев исследование необходимо повторить после достижения им возраста 18 месяцев.

Рисунок 2. Ребенок без клинических проявлений ВИЧ-инфекции, с отрицательным результатом раннего вирусологического исследования, находящийся на искусственном вскармливании



Ребенок с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции

Если у ребенка с отрицательным результатом раннего вирусологического исследования имеются *клинические проявления ВИЧ-инфекции*, в том числе оппортунистические инфекции, ждать много месяцев до окончательного выяснения его ВИЧ-статуса неразумно. Проявления ВИЧ-инфекции и СПИДа часто бывают похожими на симптомы детских инфекций, поэтому надо приложить все усилия к исключению других заболеваний. Тем не менее мы рекомендуем при подозрении на ВИЧ-инфекцию повторить вирусологическое исследование (определение ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ). Как уже отмечалось, в случае положительного результата сразу же проводят повторное исследование с другой пробой крови. Если повторное исследование дало отрицательный результат, а причины симптоматики так и не установлены, рекомендуется консультация специалиста по детской ВИЧ-медицине.

Заключение

- Грудным детям с отрицательным результатом раннего вирусологического исследования, которых к 9 месяцам отняли от груди, проводят серологическое исследование на ВИЧ в возрасте ≥ 12 месяцев.
- Грудным детям с отрицательным результатом раннего вирусологического исследования, которых до 9 месяцев не отняли от груди, проводят серологическое исследование на ВИЧ спустя ≥ 3 месяца после отнятия от груди.
- Грудным детям с отрицательным результатом раннего вирусологического исследования, у которых имеются клинические проявления ВИЧ-инфекции, в том числе оппортунистические инфекции, повторяют вирусологическое исследование.
- При положительном результате вирусологического исследования необходимо немедленно повторить исследование для подтверждения ВИЧ-инфекции.

Типичные клинические ситуации

- **Случай 1.** Отрицательный результат раннего вирусологического исследования у ребенка без клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

У здорового ребенка, не имеющего симптомов ВИЧ-инфекции, отрицательный результат раннего вирусологического исследования — обнадеживающий результат. Он говорит о том, что у ребенка в крови не смогли

обнаружить вирус и что малыш, скорее всего, не заразился ВИЧ во время беременности или родов. Однако ребенку все еще угрожает заражение ВИЧ во время грудного вскармливания. Если малыш остается здоровым, ему назначают для профилактики ТМП/СМК и проводят наблюдение согласно графику, описанному в главе 6.2. Через 3 мес или более после отнятия от груди либо после достижения ребенком возраста 12 месяцев ему проводят серологическое исследование на ВИЧ.

- ◆ Если ребенка отнимут от груди к возрасту 9 месяцев (или если он находится на искусственном вскармливании), серологическое исследование на ВИЧ проводят в возрасте 12 месяцев (см. рис. 2 и приложение А).
 - ◆ Если ребенка продолжают кормить грудью, серологическое исследование на ВИЧ проводят через 3 мес или более после отнятия от груди. Если в эти сроки результат серологического исследования отрицательный, у ребенка ВИЧ-инфекции нет. Если результат положительный, а ребенку уже исполнилось 18 месяцев, он инфицирован ВИЧ. Если результат положительный, а ребенку еще не исполнилось 18 месяцев, исследование нужно повторить после достижения им возраста 18 месяцев (см. приложение А).
- **Случай 2.** Отрицательный результат раннего вирусологического исследования у ребенка с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции.

Если у ребенка в возрасте 6—12 недель результат вирусологического исследования был отрицательным, но позже появились подозрительные симптомы, надо исключить другие заболевания и при подозрении на ВИЧ-инфекцию повторить вирусологическое исследование на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ. (В случае положительного результата всегда сразу же проводят повторное исследование с другой пробой крови.) Если вирусологическое исследование вновь дало отрицательный результат, а причины симптоматики не установлены, рекомендуется консультация специалиста по детской ВИЧ-медицине.

- **Случай 3.** Положительный результат раннего вирусологического исследования и положительный результат повторного исследования.

У ребенка в возрасте 6—12 недель вирусологическое исследование дало положительный результат. Исследование повторили с другой пробой крови и опять получили положительный результат. В этом случае ребенку ставят *диагноз ВИЧ-инфекции*, независимо от того, есть у него клинические проявления или нет. Рекомендации по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям изложены в главах 6.3 и 6.4.

- **Случай 4.** Дискордантные результаты (положительный результат раннего вирусологического исследования и отрицательный результат повторного исследования).

Изредка случается так, что у ребенка с положительным результатом вирусологического исследования повторное исследование дает отрицательный результат. Чаще всего это бывает из-за лабораторных ошибок при маркировке проб, при проведении самого исследования или при записи результатов. Поэтому первый шаг — проверить все, что поддается проверке (маркировку пробы, бланк с результатами). Если лабораторная ошибка не найдена, в определении ВИЧ-статуса ребенка помогут клиническая картина, повторное вирусологическое исследование и подсчет лимфоцитов CD4. Рекомендуется консультация специалиста по детской ВИЧ-медицине.

Типичные вопросы

Всегда ли необходимы два положительных результата вирусологического исследования, чтобы убедиться в том, что ребенок инфицирован ВИЧ?

МЦПС рекомендует подтверждать любой положительный результат повторным исследованием. Однако у ребенка с клинической картиной СПИДа или глубоким иммунодефицитом (низкие число или доля лимфоцитов CD4) одного положительного результата достаточно для определения тактики ведения и показаний к антиретровирусной терапии. Повторное вирусологическое исследование провести все-таки следует, но начало лечения откладывать нельзя.

Когда можно быть уверенным, что ребенок инфицирован ВИЧ?

- У ребенка 18 месяцев и старше о ВИЧ-инфекции свидетельствует положительный результат *серологического* исследования на ВИЧ.
- У ребенка младше 18 месяцев о ВИЧ-инфекции свидетельствует любой из следующих критериев:
 - ◆ Два положительных результата вирусологического исследования *или*
 - ◆ Один положительный результат вирусологического исследования *и*
 - Иммунодефицит (низкое число или низкая доля лимфоцитов CD4^{*}) *и/или*
 - Клинические проявления ВИЧ-инфекции, в том числе оппортунистические инфекции

* Доля лимфоцитов CD4 < 20%.

Когда можно быть уверенным, что ребенок не инфицирован ВИЧ?

У ребенка любого возраста, не имеющего клинических проявлений ВИЧ-инфекции и отнятого от груди 3 мес тому назад или более (или у ребенка, которого никогда не кормили грудью), об отсутствии ВИЧ-инфекции свидетельствует один отрицательный результат серологического исследования на ВИЧ.

Как диагностировать ВИЧ-инфекцию у грудных детей и детей младшего возраста, если вирусологические исследования недоступны?

У грудного ребенка или ребенка младшего возраста без вирусологического исследования нельзя поставить окончательный диагноз ВИЧ-инфекции. За всеми детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, устанавливают наблюдение и следят за клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции. Если вирусологические исследования недоступны, в возрасте 6—12 недель вместо них проводят подсчет лимфоцитов CD4. В диагностике ВИЧ-инфекции опираются на сочетание клинической картины и доли лимфоцитов CD4. Низкая доля лимфоцитов CD4 и тяжелая симптоматика, в частности задержка физического развития, с большой долей вероятности свидетельствуют о ВИЧ-инфекции. Дети младше 18 месяцев, у которых соблюдаются критерии детской II или III стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, а доля лимфоцитов CD4 составляет менее 20%, считаются ВИЧ-инфицированными и нуждающимися в антиретровирусной терапии. За всеми остальными детьми продолжают тщательное наблюдение. При усугублении симптоматики или появлении новых симптомов повторяют подсчет лимфоцитов CD4.

Как диагностировать ВИЧ-инфекцию у грудных детей и детей младшего возраста, если недоступны ни вирусологические исследования, ни подсчет лимфоцитов CD4?

Если подсчет лимфоцитов CD4 недоступен, в диагностике ВИЧ-инфекции опираются на сочетание клинической картины и общего числа лимфоцитов. Дети младше 18 месяцев, у которых соблюдаются критерии детской II или III стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, а общее число лимфоцитов составляет менее 3500 мкл^{-1} , считаются ВИЧ-инфицированными и нуждающимися в антиретровирусной терапии.

Приложение А. Диагностический алгоритм для детей без клинических проявлений ВИЧ-инфекции, у которых раннее вирусологическое исследование (в возрасте 6—12 недель) дало отрицательный результат



Приложение Б. Разговор с родителями о детском диагнозе

Родители грудных детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, всегда волнуются по поводу здоровья своих малышей. Больше всего их беспокоит, заразился ли ребенок ВИЧ и будет ли у него ВИЧ-инфекция. Объяснить обеспокоенным родителям все тонкости и трудности диагностики ВИЧ-инфекции у грудных детей очень трудно. Тем не менее можно сделать очень многое, чтобы помочь родителям вникнуть в ситуацию.

1. Начните обсуждение детского диагноза как можно раньше, желательно в дородовом периоде или во время первого визита к педиатру.
2. Объясните родителям, что пройдет немало времени, нередко целых 18 месяцев, прежде чем можно будет окончательно сказать, есть у малыша ВИЧ-инфекция или нет.
3. Подготовьте родителей к тому, что в первые месяцы жизни (в возрасте 6—12 недель) малышу придется сделать анализ крови и посмотреть, есть у него вирус или нет.
 - ◆ Если раннее вирусологическое исследование дало отрицательный результат, скажите родителям, что пока вирус обнаружить не удалось. Это само по себе неплохо, но это не значит, что вируса у ребенка нет. Если малыш не будет болеть, ему сделают еще один анализ, когда он подрастет (когда ему исполнится год).
 - ◆ Если раннее вирусологическое исследование дало положительный результат, родителям нужно сказать, что, скорее всего, у их малыша ВИЧ-инфекция. Надо повторить этот анализ, чтобы исключить возможность ошибки, и сделать другие анализы, чтобы оценить состояние здоровья малыша. Уверьте родителей в том, что ребенку будет оказана вся необходимая помощь и сейчас, и в будущем.
4. Откровенные разговоры с врачом всегда помогают родителям, уменьшают их тревогу. Отвечайте на вопросы и обсуждайте волнующие родителей проблемы. Не упускайте возможности подбодрить их, рассказывая о любых благоприятных находках (хорошая прибавка в весе, прекрасные результаты осмотра и так далее).
5. Подготовьте родителей тех детей, у которых раннее вирусологическое исследование дало отрицательный результат, к проведению серологического исследования на ВИЧ. Этот анализ делают после того, как малышу исполнится год. Если выяснится, что у ребенка нет ВИЧ-инфекции, он больше не будет нуждаться в помощи, которая оказывается в рамках программ МЦПС. Родителям нужно заранее подумать, у какого педиатра малыш будет наблюдаться в дальнейшем.



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГШИМСЯ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Если беременная женщина инфицирована ВИЧ, ее ребенок находится под угрозой заражения во время беременности (внутриутробно), во время родов и на протяжении всего периода грудного вскармливания. Большинство детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, не имеют ВИЧ-инфекции, однако отличить инфицированного ВИЧ ребенка от не инфицированного довольно сложно. Как было сказано в главе 6.1, может пройти год и более, прежде чем будет поставлен окончательный диагноз ВИЧ-инфекции у ребенка или она будет окончательно исключена. В случае применения диагностического алгоритма МЦПС небольшой группе детей с помощью раннего вирусологического исследования диагноз ВИЧ-инфекции ставится в первые три месяца жизни. У некоторых детей, находящихся на искусственном вскармливании, ВИЧ-инфекцию удастся довольно рано исключить. Однако подавляющее большинство грудных детей попадают в третью группу: это дети, у которых ВИЧ-инфекцию нельзя ни окончательно подтвердить, ни окончательно исключить.

Детская ВИЧ-инфекция способна очень быстро прогрессировать, поэтому дети с неизвестным ВИЧ-статусом, как и ВИЧ-инфицированные дети, в первые годы жизни нуждаются в специализированной помощи и особом внимании. Эта глава посвящена помощи, которая оказывается детям, подвергшимся риску заражения ВИЧ. Среди прочих вопросов в ней обсуждаются график наблюдения ребенка, методы обследования и профилактика пневмоцистной пневмонии. Рекомендации по антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных детей читатель найдет в главах 6.3 и 6.4.

Помощь ребенку, подвергшемуся риску заражения ВИЧ, преследует три основные цели:

- **Выявление ВИЧ-инфицированных детей.** Всестороннее обследование, частые осмотры и специальные диагностические исследования помогают выявить среди детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, тех, которые инфицированы ВИЧ (см. главу 6.1).

- **Профилактика оппортунистических инфекций.** Все дети, подвергшиеся риску заражения ВИЧ, должны получать ТМП/СМК для профилактики пневмоцистной пневмонии. Туберкулиновые пробы и профилактическое лечение изониазидом позволяют снизить риск туберкулеза; эта проблема обсуждается в главе 6.3.
- **Забота о здоровье и благополучии семьи.** Интенсивная медицинская помощь, которая оказывается в рамках программ МЦПС детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, благоприятно сказывается на здоровье как инфицированных, так и не инфицированных ВИЧ детей.

Выявление ВИЧ-инфицированных детей

В странах с ограниченными ресурсами отличить инфицированного ВИЧ ребенка от не инфицированного на первом году жизни бывает очень непросто. Как говорилось в главе 6.1, материнские антитела к ВИЧ свободно проникают через плаценту и попадают от ВИЧ-инфицированной беременной к плоду. У таких детей серологическое исследование на ВИЧ всегда дает положительный результат, поэтому для определения ВИЧ-статуса ребенка нужны специальные вирусологические исследования. Кроме того, дети, находящиеся на грудном вскармливании, остаются под угрозой заражения до окончания лактации, что еще больше затрудняет установление ВИЧ-статуса ребенка.

Поскольку лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у грудных детей сопряжена с трудностями, за ними необходимо тщательное клиническое наблюдение. ВИЧ-инфицированным детям, особенно тем, кто заразился внутриутробно или во время родов, свойственно быстрое прогрессирование заболевания; без лечения половина из них умирают до истечения второго года жизни. Первыми признаками ВИЧ-инфекции могут оказаться задержка физического развития и объективные симптомы, такие как лимфаденопатия и спланхномегалия. Задержка психомоторного развития и неврологическая симптоматика тоже могут указывать на ВИЧ-инфекцию. Постоянная настороженность в отношении ВИЧ-инфекции и частые осмотры помогают выявить больных детей как можно раньше.

Обследование детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ

В первые шесть месяцев жизни детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, следует осматривать часто. Поскольку в этом возрасте ВИЧ-инфекция способна прогрессировать стремительно, у ребенка, в два месяца казавшегося

здоровым, в три месяца можно обнаружить богатую объективную симптоматику. В первые шесть месяцев жизни ребенка показаны ежемесячные визиты в клинику (рис. 1). Во время каждого посещения врач собирает *анамнез*, проводит *физикальное исследование*, уделяет внимание *профилактике пневмоцистной пневмонии*, составляет *этапный эпикриз и график наблюдения*.

Сбор анамнеза

Во время первичного обследования ребенка, подвергшегося риску заражения ВИЧ, необходимо заполнить историю родов. Как уже отмечалось в главе 5.4, на риск передачи ВИЧ от матери ребенку влияет множество факторов, в том числе схема медикаментозной профилактики перинатального заражения, состояние здоровья матери и метод родоразрешения. Информация о здоровье матери, анамнез болезни и сведения о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку помогают выявить детей из группы высокого риска ВИЧ-инфекции.

Таблица 1. История родов

Вес ребенка при рождении	Полученные матерью антиретровирусные препараты
Метод родоразрешения	Полученные ребенком антиретровирусные препараты
Состояние здоровья матери (клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, число лимфоцитов CD4)	Осложнения в период новорожденности

Родители обычно очень внимательны к здоровью своего ребенка и могут сообщить весьма ценные сведения. Сбор анамнеза надо проводить при каждом повторном осмотре. Есть несколько ключевых вопросов, которые врач должен задавать при каждом визите в клинику:

- Болел ли ребенок?
- Как ребенок питается?
- Какие новые навыки сформировались у ребенка?
- Беспокоит ли что-нибудь родителей?
- Не заболел ли кто из домочадцев туберкулезом (подозрительные симптомы или установленный диагноз)?

Обязательно проводят оценку питательного статуса и физического развития ребенка, о чем подробно рассказывалось в главе 4.2. Если ребенок находится на грудном вскармливании, мать спрашивают о частоте и дли-

тельности кормлений, о том, хватает ли молока. Если ребенок находится на искусственном вскармливании, интересуются деталями приготовления питательной смеси и съедаемым объемом.

Оценку психомоторного развития ребенка тоже надо проводить регулярно. Задержка психомоторного развития или утрата ребенком уже сформированных навыков могут быть первым признаком ВИЧ-энцефалопатии. С помощью простых вопросов следует оценить познавательные, двигательные, речевые и социальные навыки ребенка. Частично это можно сделать во время осмотра. Спросите у матери: «Малыш уже улыбается вам?» или «Он уже научился переворачиваться с живота на спину?», и вы не только получите важные сведения, но и привлечете мать к активному участию в обследовании. Родители непременно воспользуются шансом поговорить о новых достижениях своего ребенка. В оценке формирования основных навыков может помочь специальный опросник (табл. 2).

Таблица 2. Формирование основных навыков

Один месяц: лежа на животе, поднимает голову; отталкиваясь пятками от родительской руки, продвигается вперед; реагирует на звуки
Два месяца: лежа на животе, приподнимается на руках и непродолжительно удерживает голову; улыбается
Четыре месяца: переворачивается с живота на спину; смеется
Шесть месяцев: сидит без поддержки; лепечет
Девять месяцев: встает, держась за опору; говорит «мама»
Двенадцать месяцев: самостоятельно ходит; произносит комбинации из двух слов

Родители обычно очень внимательны к здоровью своего ребенка и первыми замечают, когда что-то не в порядке. Простые и четкие вопросы, заданные матери или отцу, зачастую могут пролить свет на состояние ребенка. Родителям детей, подвергшихся риску заражения ВИЧ, свойственна повышенная тревога за малыша, и врач не должен оставлять это без внимания.

Осмотр ребенка, подвергшегося риску заражения ВИЧ

Разница в весе и росте между ВИЧ-инфицированными и здоровыми детьми становится очевидной в первые месяцы жизни. Оценка физического развития должна проводиться во время каждого визита в клинику, поскольку прибавка в весе служит чувствительным показателем состояния здоровья ребенка. При каждом посещении врача измеряют вес, длину тела, окружность головы и отмечают их на диаграмме физического развития ребенка. В главе 4.2 мы подробно говорили о диаграммах физического развития и об обследовании ребенка с задержкой физического развития.

Физикальное исследование проводится так, как это принято у всех педиатров. Особое внимание уделяют признакам возможной ВИЧ-инфекции. Помимо задержки физического развития у грудных детей она часто проявляется кандидозным стоматитом, сыпью и лимфаденопатией.

Профилактика пневмоцистной пневмонии

Пневмоцистная пневмония — это тяжелое, быстро прогрессирующее заболевание с летальностью от 40 до 90%. У ВИЧ-инфицированных грудных детей риск этой инфекции чрезвычайно высок. Болезнь обычно возникает между третьим и шестым месяцем жизни и часто оказывается первым проявлением ВИЧ-инфекции. Таким образом, пневмоцистная пневмония нередко предшествует постановке диагноза ВИЧ-инфекции. В развитых странах профилактическое назначение ТМП/СМК всем детям, подвергшимся риску заражения ВИЧ, резко снизило частоту пневмоцистной пневмонии. Программы МЦПС проводят медикаментозную профилактику пневмоцистной пневмонии всем грудным детям, начиная с возраста 4 недели. Все дети должны принимать ТМП/СМК на протяжении первого года жизни. Для простоты рекомендуется прием ТМП/СМК в дозе 4 мг/кг (в пересчете на ТМП) один раз в сутки.

Таблица 3. Рекомендации по профилактике пневмоцистной пневмонии

ТМП/СМК, 4 мг/кг (в пересчете на ТМП) один раз в сутки		
Вес ребенка, кг	Суспензия с содержанием ТМП 8 мг/мл	Таблетки, 80 мг ТМП + 400 мг СМК
3,0—4,9	2 мл в сутки	
5,0—6,9	3 мл в сутки	
7,0—9,9	4 мл в сутки	Половина таблетки
10,0—11,9	5 мл в сутки	Половина таблетки
12,0—14,9	7 мл в сутки	Одна таблетка

Грудные дети обычно хорошо переносят ТМП/СМК. Из побочных эффектов изредка отмечаются сыпь и лихорадка. Возможно также угнетение кроветворения, которое чаще всего наблюдается у ВИЧ-инфицированных детей, получающих много препаратов. При непереносимости ТМП/СМК детям старше 1 месяца его можно заменить на дапсон. Доза дапсона составляет 2 мг/кг один раз в сутки, максимальная доза — 100 мг/сут.

В странах, где общедоступны детские питательные смеси и где женщины могут спокойно отказаться от грудного вскармливания, местные рекомендации могут настаивать на прекращении профилактики пневмоцистной

пневмонии у не имеющих клинических проявлений ВИЧ-инфекции детей с отрицательным результатом раннего вирусологического исследования, не имеющих клинических проявлений ВИЧ-инфекции. В подобной ситуации мы рекомендуем отменять профилактику в возрасте не менее 4 месяцев и продолжать тщательно наблюдать за ребенком вплоть до окончательного подтверждения или исключения у него ВИЧ-инфекции путем серологического исследования в возрасте более 1 года.

Этапный эпикриз и график наблюдения

Каждый визит в клинику должен заканчиваться составлением этапного эпикриза, включающего сведения о предполагаемом ВИЧ-статусе ребенка. Нужно остановиться на следующих моментах:

- Каков ВИЧ-статус ребенка?
 - ◆ Известен: у ребенка ВИЧ-инфекция
 - ◆ Известен: ребенок не инфицирован ВИЧ
 - ◆ Неизвестен
- Имеются ли клинические и лабораторные данные, свидетельствующие о ВИЧ-инфекции?
- Появились ли у ребенка новые проблемы?
- Нуждается ли ребенок в лабораторных исследованиях?
- Сделаны ли ребенку все положенные по возрасту прививки? Какие еще прививки ему необходимы?
- Когда назначить следующий визит в клинику?

В возрасте 6—12 недель рекомендуется провести вирусологическое исследование на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ (см. главу 6.1). Данные анамнеза, результаты лабораторных исследований и физикального исследования помогают врачу сделать обоснованное заключение о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции. Новая объективная симптоматика может потребовать дополнительных лабораторных исследований, в том числе на ВИЧ.

Программы МЦПС стремятся объединить обычную педиатрическую помощь с услугами специалистов по детской ВИЧ-медицине. Такой подход облегчает наблюдение за ребенком, поскольку способствует более активному включению матерей в работу программы и избавляет их от необходимости посещать еще одного педиатра. Специалисты по детской ВИЧ-медицине, на-

пример, могут провести ребенку вакцинацию (в ходе первого или последующих визитов) в полном соответствии с национальным календарем прививок.

В первые 6 месяцев жизни дети, подвергшиеся риску заражения ВИЧ, нуждаются в частых осмотрах, поскольку в этом возрасте риск прогрессирования ВИЧ-инфекции максимален. Затем клинику следует посещать каждые три месяца вплоть до окончательного исключения у ребенка ВИЧ-инфекции (рис. 1).

Рисунок 1. График наблюдения за детьми, находящимися на грудном вскармливании

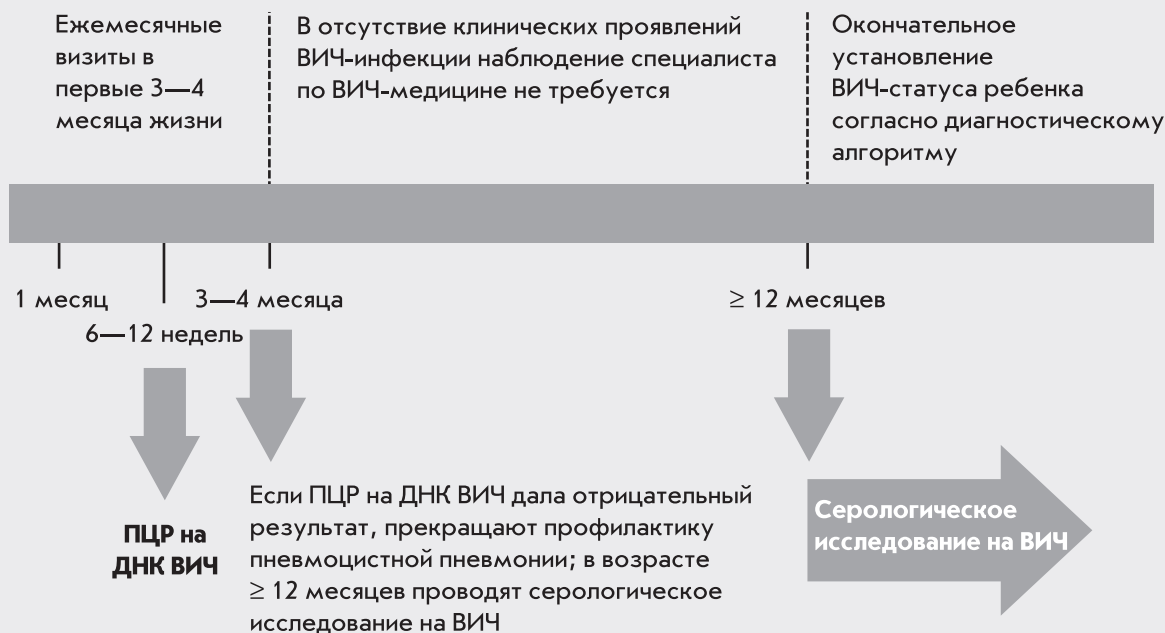


Грудные дети, которые с момента рождения находятся на исключительно искусственном вскармливании, более не рискуют заразиться ВИЧ от матери. Если результат раннего вирусологического исследования отрицательный и клинических проявлений ВИЧ-инфекции нет, период наблюдения за ребенком можно сократить. В дальнейшем ребенок может наблюдаться у обычного педиатра. После достижения ребенком возраста одного года ему следует вновь посетить специалиста по ВИЧ-медицине, с тем чтобы провести серологическое исследование на ВИЧ (рис. 2).

Забота о здоровье и благополучии семьи

Рождение ребенка — радостное событие, однако в семьях, где дети подверглись риску заражения ВИЧ, радость омрачается страхом и тревогой за их здоровье. Доверительный и откровенный обмен информацией о здоровье ребенка между врачами и родителями всегда приносит пользу семье. Объясните родителям простыми словами разницу между заражением ВИЧ и риском заражения, повторяйте разъяснения во время каждого визита в клинику, и вы поможете им вникнуть в ситуацию и понять, что происходит с их малышом. В период неопределенности и ожидания окончательного диагноза огромную помощь семье может оказать психологическая и социальная поддержка.

Рисунок 2. График наблюдения за детьми, находящимися на исключительно искусственном вскармливании



При оказании помощи ребенку всегда важно учитывать семейную и социальную ситуацию. Обмен информацией между членами многопрофильной бригады может принести большую пользу. Например:

- Врач выписал ребенку ТМП/СМК и полагает, что ребенок получает препарат ежедневно. Консультанту, однако, становится известно, что несколько раз в неделю малыш остается на попечении своей тети, которая не подозревает о его ВИЧ-статусе. В эти дни ребенок не получает ТМП/СМК.
- Педиатр, наблюдая за ребенком, выявил у него задержку физического развития и опасается, что она может быть обусловлена ВИЧ-инфекцией. В то же время лечащий врач родителей ребенка знает, что отец малыша недавно потерял работу и в семье нечего есть.

Таким образом, постоянное общение между членами многопрофильной бригады, в частности между врачами, наблюдающими взрослых и детей, может дать каждому из них полезную и необходимую информацию.

Медицинская помощь, оказываемая на непрерывной основе ВИЧ-инфицированным детям и детям, подвергшимся риску заражения ВИЧ, должна

привести к снижению заболеваемости и смертности в этой группе высокого риска. Охват помощью и лечением родителей этих детей позволит улучшить их самочувствие, предотвратить сиротство, сохранить крепкую семью и в конце концов преодолеть разрушительные последствия пандемии СПИДа, продолжающейся уже несколько десятилетий.



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ДЕТЯМ

Цель медицинской помощи ВИЧ-инфицированному ребенку — укрепить его здоровье и не допустить прогрессирования болезни. Этого легче всего достичь, когда услуги ВИЧ-медицины объединены с первичной медицинской помощью, то есть когда одни и те же врачи заботятся о здоровье и благополучии ребенка и в то же время оказывают ему специализированную помощь по поводу ВИЧ-инфекции. Согласованная семейная помощь, оказываемая многопрофильной бригадой, доказала свою эффективность в обеспечении детей и их семей непрерывной поддержкой и лечением ВИЧ-инфекции.

Помощь ВИЧ-инфицированным детям обсуждается во многих главах данного руководства. В этой главе будут изложены общие принципы оказания медицинской помощи и тактика ведения ВИЧ-инфицированного ребенка. Глава 6.4 посвящена проведению антиретровирусной терапии у детей, глава 2.4 — приверженности детей к терапии. Питание детей, диагностика и лечение нарушений питания обсуждаются в главе 4.2. Психологическая и социальная поддержка описана в разделе 3, а проблемы раскрытия диагноза ВИЧ-инфекции детям — в главе 3.4.

Общие сведения

У грудных детей и детей младшего возраста ВИЧ-инфекция прогрессирует быстрее, чем у взрослых. Несмотря на то что ВИЧ-инфекция у разных детей протекает по-разному, у большинства из них ее симптомы появляются к возрасту 12 месяцев и половина детей, зараженных внутриутробно или во время родов, умирают до истечения второго года жизни. Самые частые проявления ВИЧ-инфекции и СПИДа у грудных детей включают задержку физического развития, рецидивирующие инфекции (в частности, пневмонию) и тяжелый понос. Пневмоцистная пневмония и ВИЧ-энцефалопатия в младшем детском возрасте тоже не редкость. Не умершие в первые годы жизни дети в дальнейшем отстают в развитии и страдают от рецидивирующих инфекций. У них часто развивается лимфоидная интерстициальная

пневмония — хроническое заболевание, приводящее к дыхательной недостаточности. Многие ВИЧ-инфицированные дети заболевают туберкулезом, который протекает у них тяжело и нередко приводит к смерти.

Ввиду сложности медицинской помощи ВИЧ-инфицированным детям и настоятельной необходимости предотвратить прогрессирование ВИЧ-инфекции МЦПС разработал рекомендации по помощи и лечению при детской ВИЧ-инфекции. Эти рекомендации представляют собой некий минимальный базис, на который нужно надстраивать специализированные медицинские услуги, призванные удовлетворить потребности ВИЧ-инфицированных детей. Как и все остальные, данные рекомендации не предназначены для того, чтобы подменять собой знания и опыт врачей.

Помощь ВИЧ-инфицированным детям включает тщательное клиническое и лабораторное наблюдение, профилактику оппортунистических инфекций, диагностику и лечение нарушений питания, выявление и лечение проявлений ВИЧ-инфекции и проведение антиретровирусной терапии при наличии к ней показаний. Кроме того, ни одна программа не будет успешной, если в ее рамках не будет оказываться психологическая и социальная поддержка ребенку, учитывающая его изменяющиеся с возрастом нужды и потребности. Каждое педиатрическое обследование должно включать сбор анамнеза, физикальное исследование, необходимые лабораторные исследования, определение клинической стадии ВИЧ-инфекции, определение показаний к профилактике пневмоцистной пневмонии и антиретровирусной терапии, составление этапного эпикриза и графика наблюдения. Ниже мы рассмотрим подробно каждый из этапов обследования.

Анамнез

Сбор анамнеза при первичном обследовании

Большинство детей, охваченных программами МЦПС, находятся в грудном возрасте, а их ВИЧ-статус известен благодаря раннему вирусологическому исследованию (см. главу 6.1). Однако в программы могут быть включены и дети более старшего возраста с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Если ребенок наблюдается у специалистов по ВИЧ-медицине с самого рождения, его история болезни будет хорошо знакома врачу. Если же в программу включают более старшего ребенка, необходимо собрать подробнейший и всесторонний анамнез, который позволит врачу быстрее оценить состояние здоровья ребенка.

Во время первичного обследования более старшего ребенка следует поинтересоваться историей родов, в том числе применением антиретровирус-

ных препаратов для профилактики перинатального заражения, если таковая проводилась. То же самое надо сделать при постановке окончательного диагноза ВИЧ-инфекции грудному ребенку, уже охваченному программой. Нужны также сведения об обусловленных ВИЧ-инфекцией госпитализациях, перенесенных заболеваниях и принимаемых препаратах. Предшествующая и проводимая в настоящее время антиретровирусная терапия, вакцинация против туберкулеза (БЦЖ), противотуберкулезное лечение, профилактика оппортунистических инфекций тоже должны быть занесены в историю болезни. Поскольку ВИЧ-инфекция часто поражает ЦНС и вызывает неврологическую симптоматику, задержку психомоторного развития, нарушения познавательных и двигательных навыков, нужно поинтересоваться и историей развития ребенка.

История родов

- Вес ребенка при рождении
- Метод родоразрешения
- Состояние здоровья матери (клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, число лимфоцитов CD4)
- Полученные матерью антиретровирусные препараты
- Полученные ребенком антиретровирусные препараты
- Осложнения в период новорожденности

Сбор анамнеза в ходе наблюдения

Анамнез следует собирать при каждом визите в клинику. Расспрос родителей позволяет врачу узнать, не изменилось ли состояние здоровья ребенка за прошедший период и не произошли ли в семье какие-либо события, способные на него повлиять. Лучше всего задавать вопросы, которые побуждают родителей говорить, а не просто отвечать «да» или «нет», например: «Как себя чувствует наш малыш?» или «Что у вас нового?» Кроме того, во время каждого визита врач проводит оценку симптомов с помощью опросника (рис. 1). Обязательно расспрашивают родителей о питании ребенка, уделяя особое внимание калорийности рациона и доступности пищевых продуктов для семьи. Если ребенок получает медикаментозное лечение, интересуются дозами и кратностью приема препаратов, а также соблюдением врачебных предписаний. Врач должен обязательно поинтересоваться здоровьем остальных членов семьи. Особое внимание уделяют вновь выявленному туберкулезу и появлению характерных для этой инфекции симптомов у домочадцев.

Рисунок 1. Перечень симптомов

Симптом	Да	Симптом	Да
Боль в животе	<input type="radio"/>	Онемение или покалывание в ногах (стопах)	<input type="radio"/>
Боль в мышцах	<input type="radio"/>	Понос	<input type="radio"/>
Боль в ногах (стопах)	<input type="radio"/>	Потеря аппетита	<input type="radio"/>
Боль иной локализации	<input type="radio"/>	Потливость по ночам	<input type="radio"/>
Головная боль	<input type="radio"/>	Похудание, задержка физического развития	<input type="radio"/>
Депрессия	<input type="radio"/>	Слабость	<input type="radio"/>
Кашель	<input type="radio"/>	Сыпь	<input type="radio"/>
Лихорадка	<input type="radio"/>	Тошнота или рвота	<input type="radio"/>
Молочница	<input type="radio"/>	Утомляемость	<input type="radio"/>
Нарушения зрения	<input type="radio"/>	Другое 1 (указать)	<input type="radio"/>
Нарушения памяти	<input type="radio"/>	Другое 2 (указать)	<input type="radio"/>
Одышка, затруднение дыхания	<input type="radio"/>	Другое 3 (указать)	<input type="radio"/>

Анамнез всегда должен включать оценку психомоторного развития ребенка. В норме у детей к определенному возрасту формируются те или иные основные навыки. Задержка психомоторного развития или утрата ребенком уже сформированных навыков могут быть первым признаком ВИЧ-энцефалопатии. С помощью простых вопросов следует оценить познавательные, двигательные, речевые и социальные навыки ребенка. Частично это можно сделать во время осмотра ребенка. Спросите у матери: «Малыш уже пробует ходить?» или «Он уже произносит какие-либо слова?», и вы не только получите важные сведения, но и привлечете мать к активному участию в обследовании. Родители непременно воспользуются шансом поговорить о новых достижениях своего ребенка. В оценке формирования основных навыков может помочь специальный опросник, пример которого приведен в табл. 1.

У детей школьного возраста надо обязательно поинтересоваться, как идет учеба. Частые пропуски занятий в школе из-за болезни могут неблагоприятно сказаться на успеваемости ребенка. Поражение ЦНС вследствие ВИЧ-инфекции может проявиться трудностями с обучением, нарушениями внимания и памяти.

Таблица 1. Формирование основных навыков

Один месяц	Лежа на животе, поднимает голову; отталкиваясь пятками от родительской руки, продвигается вперед; реагирует на звуки
Два месяца	Лежа на животе, приподнимается на руках и непродолжительно удерживает голову; улыбается
Четыре месяца	Переворачивается с живота на спину; смеется
Шесть месяцев	Сидит без поддержки; лепечет
Девять месяцев	Встает, держась за опору; говорит «мама»
12 месяцев	Самостоятельно ходит; произносит комбинации их двух слов
18 месяцев	Расстегивает пуговицы; рисует каракули; употребляет 6 слов; бегает
24 месяца	Моет руки; подпрыгивает; комбинирует слова
36 месяцев	Застегивает пуговицы; понятная речь; удерживает равновесие на одной ноге
48 месяцев	Одевается самостоятельно; рисует человечков; связная речь (использует прилагательные и предлоги); скачет на одной ноге

Физикальное исследование

При каждом визите в клинику оценивают физическое развитие ребенка. У детей младше 2 лет измеряют вес, длину тела, окружность головы и отмечают их на диаграмме физического развития ребенка. У более старших детей измеряют и регистрируют рост и вес. Физическое развитие служит чувствительным показателем тяжести заболевания: похудание или замедленная прибавка в весе могут оказаться первым признаком прогрессирования ВИЧ-инфекции и показанием к началу антиретровирусной терапии. Питанию и физическому развитию детей посвящена глава 4.2.

Физикальное исследование при первичном посещении клиники должно быть полным, включающим все системы органов. При последующих посещениях врач при осмотре руководствуется результатами оценки симптомов с помощью опросника, однако в любом случае уделяет особое внимание симптомам ВИЧ-инфекции — кандидозному стоматиту, лимфаденопатии, спланхномегалии, сыпи.

Лабораторные исследования: определение иммунологической категории ВИЧ-инфекции и лабораторное наблюдение

После подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции нужно провести общий анализ крови с подсчетом лимфоцитов CD4 (числа и доли). Число и доля лимфоцитов CD4 позволяют оценить глубину иммунодефицита у ребенка. У здоровых детей число лимфоцитов CD4 зависит от возраста. У грудных

детей оно обычно очень высоко (3000—4000 мкл⁻¹), с возрастом постепенно снижается и примерно к 6 годам достигает значений, характерных для взрослых. Похожим образом изменяется и доля лимфоцитов CD4. Поэтому определение числа и доли лимфоцитов CD4 дает оценку глубины иммунодефицита в соответствии с возрастом ребенка.

Доля лимфоцитов CD4 считается более надежным и стабильным показателем, чем *число* лимфоцитов CD4. На долю лимфоцитов CD4 в меньшей степени влияют метод подсчета клеток и лейкоцитоз, возникающий во время острых заболеваний. Известно, что у детей старше 1 года число и доля лимфоцитов CD4 предсказывают прогрессирование ВИЧ-инфекции. В программах МЦПС при определении показаний к антиретровирусной терапии используется доля лимфоцитов CD4 (см. ниже).

Определение иммунологической категории ВИЧ-инфекции проводится по классификации Центра по контролю заболеваемости США (CDC)*. На основании возраста ребенка и числа или доли лимфоцитов CD4 состояние его иммунной системы оценивается как (1) нормальный иммунитет; (2) умеренный иммунодефицит или (3) глубокий иммунодефицит. Это простой и удобный способ следить за изменениями лимфоцитов CD4 у ребенка и оценивать эти изменения путем сравнения с возрастными нормами. Например: число лимфоцитов CD4 580 мкл⁻¹ у шестилетнего ребенка означает, что его иммунная система функционирует нормально, а у грудного ребенка с таким же числом лимфоцитов CD4 наблюдается глубокий иммунодефицит. Для детей старше 6 лет используются те же критерии, что и для взрослых: число лимфоцитов CD4 менее 200 мкл⁻¹ у них означает глубокий иммунодефицит.

ВИЧ-инфицированные дети часто страдают анемией, многие из них нуждаются в витаминах и микроэлементах. Программы МЦПС обеспечивают всех своих детей-пациентов поливитаминами. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных детей возможна лейкопения. Если у взрослых общее число лимфоцитов коррелирует с числом лимфоцитов CD4 и может быть использовано вместо него, когда подсчет лимфоцитов CD4 невозможен, то относительно детей подобных данных нет.

Всем ВИЧ-инфицированным детям следует регулярно проводить общий анализ крови и определение числа и доли лимфоцитов CD4. График лабораторного наблюдения представлен ниже. В связи с риском быстрого про-

* CDC. 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1994;43 (no. RR-12):1-10.

Таблица 2. Иммунологические категории ВИЧ-инфекции у детей

Возраст	< 12 месяцев	1—5 лет	6—12 лет
Иммунологическая категория	Число и доля лимфоцитов CD4		
1 Нормальный иммунитет	≥ 1500 мкл ⁻¹ $\geq 25\%$	≥ 1000 мкл ⁻¹ $\geq 25\%$	≥ 500 мкл ⁻¹ $\geq 25\%$
2 Умеренный иммунодефицит	750—1499 мкл ⁻¹ 15—24%	500—999 мкл ⁻¹ 15—24%	200—499 мкл ⁻¹ 15—24%
3 Глубокий иммунодефицит	< 750 мкл ⁻¹ $< 15\%$	< 500 мкл ⁻¹ $< 15\%$	< 200 мкл ⁻¹ $< 15\%$

грессирования ВИЧ-инфекции дети первых месяцев жизни нуждаются в более частом определении числа и доли лимфоцитов CD4:

- В момент постановки диагноза
- Каждые 2 мес в первые шесть месяцев жизни
- Каждые 3 мес в возрасте 6—18 месяцев
- Каждые 6 мес в возрасте старше 18 месяцев

Проводить подсчет лимфоцитов CD4 реже, чем предписывает этот график, нельзя. При появлении новых симптомов и других изменениях состояния ребенка подсчет числа лимфоцитов CD4 проводят дополнительно, вне графика.

Определение клинической стадии ВИЧ-инфекции

Для определения клинической стадии детской ВИЧ-инфекции в настоящее время используются две классификации, разработанные ВОЗ и CDC (приложения А и Б). У каждой есть свои преимущества и недостатки. Классификация ВОЗ различает три детские клинические стадии ВИЧ-инфекции (I, II и III), отражающие нарастающую тяжесть заболевания и ухудшающийся прогноз. Классификацией ВОЗ легко пользоваться, она опирается на клиническую картину, а не на результаты лабораторных исследований и потому хорошо подходит для стран с ограниченными ресурсами, в которых возможности лабораторной диагностики невелики. Однако ради простоты разработчикам классификации ВОЗ пришлось пожертвовать широким разнообразием клинических проявлений ВИЧ-инфекции у детей, и многим детям бывает трудно определить по ней клини-

ческую стадию заболевания. Классификация CDC делит ВИЧ-инфекцию на категории — клинические и иммунологические (последние были представлены выше), которые должны использоваться совместно. Клинические категории CDC отражают тяжесть заболевания и включают большой перечень диагнозов. Диагностические критерии, в отличие от классификации ВОЗ, определены очень четко, однако многие из них опираются на лабораторную диагностику. Кроме того, диагностические критерии разрабатывались экспертами из США и Европы, поэтому в них не попали некоторые проявления ВИЧ-инфекции, которые часто наблюдаются в менее развитых странах.

Каждая программа МЦПС должна выбрать одну из классификаций (ВОЗ или CDC) и пользоваться только ей — для любого ребенка и при любом визите в клинику. Это позволит врачам быстрее освоиться с классификацией, упростить и стандартизировать определение клинической стадии ВИЧ-инфекции у детей.

Нужно подчеркнуть, что в обеих классификациях клиническая стадия ВИЧ-инфекции определяется на основании наихудшего показателя, то есть самого тяжелого из проявлений. Поскольку учитываются и текущие, и *перенесенные* ранее заболевания, у каждого отдельного больного ВИЧ-инфекция может перейти только в следующую, но не в предыдущую клиническую стадию. (Состояние ребенка, конечно же, может улучшиться, даже если стадия заболевания останется той же.) Таким образом, у ребенка со СПИД-индикаторной оппортунистической инфекцией всегда будет детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория C по классификации CDC, даже если он полностью выздоровеет от этой инфекции. Младенцу с задержкой физического развития устанавливают детскую II клиническую стадию по классификации ВОЗ, и она не изменится даже после успешных вмешательств, приведших к прибавке в весе. Поэтому при первичном обследовании более старших детей анамнез должен включать все перенесенные заболевания: они имеют решающее значение для определения клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Профилактика оппортунистических инфекций

Пневмоцистная пневмония

Как говорилось в главе 6.2, пневмоцистная пневмония поражает детей первых месяцев жизни и характеризуется в этом возрасте высокой летальностью. Часто бывает, что пневмоцистная пневмония развивается прежде, чем окончательно установят ВИЧ-статус ребенка. Поскольку пневмоцистная пневмония опасна, а ее профилактика эффективна, мы рекомендуем

всем детям, подвергшимся риску заражения ВИЧ (а не только ВИЧ-инфицированным), назначать в профилактических целях ТМП/СМК. В развитых странах такой подход позволил резко снизить заболеваемость пневмоцистной пневмонией.

Программы МЦПС проводят профилактику пневмоцистной пневмонии всем грудным детям начиная с возраста 4 недели. Всем грудным детям следует продолжать прием ТМП/СМК на протяжении первого года жизни. Надо придерживаться следующих рекомендаций.

- Все дети с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции должны получать ТМП/СМК как минимум до достижения возраста 12 месяцев.
- Продолжение профилактики в возрасте старше 1 года зависит от возраста ребенка и состояния его иммунитета. ВИЧ-инфицированные дети и дети, чей ВИЧ-статус еще окончательно не установлен, должны продолжать прием ТМП/СМК в следующих случаях:
 - ◆ Все дети младше 12 месяцев
 - ◆ Дети в возрасте 1—5 лет: доля лимфоцитов CD4 < 15% или число лимфоцитов CD4 < 500 мкл⁻¹
 - ◆ Дети в возрасте 6—11 лет: доля лимфоцитов CD4 < 15% или число лимфоцитов CD4 < 200 мкл⁻¹
 - ◆ Все дети с пневмоцистной пневмонией в анамнезе.

Под действием антиретровирусной терапии функция иммунной системы может восстановиться. Профилактику можно прекратить, если у ребенка констатирован нормальный иммунитет.

В тех случаях, когда подсчет лимфоцитов CD4 невозможен, продолжение профилактики показано всем детям с детскими II и III клиническими стадиями ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ или с клиническими категориями В и С по классификации CDC.

Как говорилось в главе 6.2, ТМП/СМК назначают в дозе 4 мг/кг (в пересчете на ТМП) один раз в сутки. Существуют и широко используются и другие схемы профилактики пневмоцистной пневмонии, однако для пациентов программ МЦПС рекомендуется именно эта схема.

Самые частые побочные эффекты ТМП/СМК — сыпь и угнетение кроветворения. Препарат способен также привести к дисфункции печени, особенно когда применяется одновременно с другими гепатотоксическими средствами. Дети, как правило, хорошо переносят ТМП/СМК; побочные

Таблица 3. Рекомендации по профилактике пневмоцистной пневмонии

ТМП/СМК, 4 мг/кг (в пересчете на ТМП) один раз в сутки		
Вес ребенка, кг	Суспензия с содержанием ТМП 8 мг/мл (в пересчете на ТМП)	Таблетки, 80 мг ТМП + 400 мг СМК
3,0—4,9	2 мл в сутки	
5,0—6,9	3 мл в сутки	
7,0—9,9	4 мл в сутки	Половина таблетки
10,0—11,9	5 мл в сутки	Половина таблетки
12,0—14,9	7 мл в сутки	Одна таблетка
15—16,9	8 мл в сутки	Одна таблетка
17—19,9	9 мл в сутки	Одна таблетка
20—24,9	11 мл в сутки	Одна таблетка
25—29,9	14 мл в сутки	Две таблетки*
30—34,9	17 мл в сутки	Две таблетки*
> 35	20 мл в сутки	Две таблетки*

* Две обычные таблетки ТМП/СМК (80/400 мг) можно заменить одной двойной таблеткой, содержащей 160 мг ТМП + 800 мг СМК.

эффекты чаще наблюдаются у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. При непереносимости ТМП/СМК детям старше 1 месяца его можно заменить на дапсон. Дапсон назначают в дозе 2 мг/кг один раз в сутки, максимальная доза — 100 мг/сут.

Туберкулез

Туберкулез является самой частой оппортунистической инфекцией у ВИЧ-инфицированных и ведущей причиной смерти больных. Во всем мире одна треть смертей, обусловленных ВИЧ-инфекцией и СПИДом, происходит из-за туберкулеза. ВИЧ-инфицированные дети особенно подвержены этому заболеванию. Риск прогрессирования туберкулеза у них, по-видимому, выше, чем у взрослых; у детей чаще отмечаются тяжелые формы заболевания, в том числе менингит и милиарный туберкулез. Своевременная диагностика и грамотное лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции — залог успеха (см. главу 5.5). Кроме того, предотвратить активный туберкулезный процесс и у детей, и у взрослых позволяет профилактическое лечение *латентного* туберкулеза (см. главу 5.2).

Как уже отмечалось в главе 5.5, диагностика латентного и активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей представляет собой непростую задачу. Для выявления инфицированных *Mycobacterium tuberculosis* детей (то есть детей с латентным туберкулезом) с успехом применяются туберкули-

новые пробы. Два вопроса, касающихся использования туберкулиновых проб, заслуживают отдельного обсуждения.

- Большинство детей, включенных в программы МЦПС, были вакцинированы БЦЖ, а вакцинация может привести к выражению туберкулиновой пробы у не зараженного туберкулезом больного. Тем не менее ряд исследований показал, что туберкулиновые пробы позволяют выявить латентный туберкулез у детей, вакцинированных БЦЖ, и что имеется тесная корреляция между положительным результатом туберкулиновой пробы и предшествующим контактом с больным туберкулезом. В Гане среди детей младше 5 лет, проживающих вместе с больными туберкулезом взрослыми, положительные туберкулиновые пробы обнаруживали в 5 раз чаще, чем среди детей, не контактировавших с больными туберкулезом. Несмотря на то что все участвовавшие в исследовании дети были вакцинированы БЦЖ, частота положительных туберкулиновых проб среди детей, не контактировавших с больными туберкулезом, была очень низкой.
- На результат туберкулиновой пробы может повлиять угнетение иммунитета, обусловленное ВИЧ-инфекцией. Другими словами, у ВИЧ-инфицированного ребенка с активным туберкулезным процессом результат туберкулиновой пробы может оказаться отрицательным, поскольку иммунный ответ, необходимый для положительной реакции на туберкулин, ослаблен из-за иммунодефицита.

Программы МЦПС ратуют за проведение всем ВИЧ-инфицированным детям туберкулиновых проб, что позволяет выявить латентный туберкулез и провести профилактическое лечение тем, кто в нем нуждается. Применение изониазида с целью профилактического лечения значительно снижает частоту активного туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных с положительными туберкулиновыми пробами. У детей исследования практически не проводились. Однако успех предлагаемого нами подхода у взрослых больных и опасность туберкулеза для ВИЧ-инфицированных детей являются аргументами в пользу перенесения его в педиатрическую практику.

МЦПС рекомендует каждому ВИЧ-инфицированному ребенку ежегодно проводить туберкулиновые пробы с 5 ед очищенного туберкулина. Это позволит выявить детей, нуждающихся в профилактическом лечении изониазидом (то есть в лечении латентного туберкулеза).

- Туберкулиновые пробы проводят всем ВИЧ-инфицированным детям ежегодно, начиная с возраста 12 месяцев (или с момента постановки ди-

агноза у более старших детей). Туберкулиновые пробы не проводят детям, у которых уже произошел вираж туберкулиновой пробы, которые получают профилактическое лечение изониазидом или ранее получали противотуберкулезную терапию.

Если туберкулиновая проба положительна (диаметр папулы ≥ 5 мм):

- ◆ Исключают активный туберкулез согласно местным и национальным рекомендациям.
- ◆ Назначают изониазид в дозе 10—15 мг/кг (максимальная доза — 300 мг) один раз в сутки в течение 9 мес (если местные рекомендации того требуют, одновременно назначают пиридоксин).
- Изониазид нельзя назначать детям младше 3 лет, которые контактируют со взрослыми больными туберкулезом.
- Профилактическое лечение изониазидом показано также *любому* ребенку, который контактирует с больными туберкулезом.
- Изониазид нельзя назначать детям, которые ранее получали профилактическое лечение изониазидом или противотуберкулезную терапию либо имеют противопоказания к изониазиду, а также детям, у которых подозревается активный туберкулез.

Вакцинация

Всесторонняя медицинская помощь детям включает вакцинацию. У ВИЧ-инфицированных детей может быть ослаблен иммунный ответ на вакцины, особенно в случае глубокого иммунодефицита. Тем не менее им проводят обычную вакцинацию, и осложнения нечасты. Детей, охваченных программами МЦПС, вакцинируют согласно местному или национальному календарю прививок. Вакцинацию детям всех возрастов проводят во время повторных визитов к специалистам по ВИЧ-медицине. В некоторых странах вакцинацией могут заниматься иные медицинские учреждения, например детские поликлиники. В этом случае сотрудники программы должны занести в историю болезни ребенка название вакцины и дату ее введения. У детей, включаемых в программу в более старшем возрасте, надо запросить индивидуальную карту прививок. Недостающие или незарегистрированные дозы вакцин вводят заново.

Определение показаний к АРТ

Антиретровирусная терапия (АРТ) является ключевым компонентом помощи ВИЧ-инфицированным детям. Она подробно обсуждается в главе

6.4. Решение о начале АРТ требует учета не только медико-биологических, но и психосоциальных факторов. Во время каждого визита ВИЧ-инфицированного ребенка в клинику врач должен взвешивать показания к АРТ. Они включают возраст ребенка, клиническую стадию ВИЧ-инфекции и глубину иммунодефицита:

Грудные дети (1—12 месяцев)

- Задержка физического развития (нет прибавки в весе, либо похудание, либо Z-индекс* менее -2) *или*
- Выраженные клинические проявления ВИЧ-инфекции (детская II клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория В по классификации CDC) *или*
- СПИД-индикаторное заболевание (детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория С по классификации CDC) *или*
- Доля лимфоцитов CD4 менее 20%

Остальные дети (старше 1 года)

- Задержка физического развития (нет прибавки в весе, либо похудание, либо Z-индекс* менее -2) *или*
- Выраженные клинические проявления ВИЧ-инфекции (детская II клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория В по классификации CDC) *или*
- СПИД-индикаторное заболевание (детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория С по классификации CDC) *или*
- Доля лимфоцитов CD4 менее 15% (категория 3 по классификации CDC)**

* Z-индекс — разница между весом больного и возрастной нормой, выраженная в стандартных отклонениях.

** Врач может принять решение отложить начало АРТ у ребенка старше 6 лет без клинических проявлений ВИЧ-инфекции до тех пор, пока доля лимфоцитов CD4 не станет меньше 10% или пока не появятся признаки быстрого снижения иммунитета. Данных по этому вопросу почти нет. Тем не менее трудности с поддержанием приверженности ребенка к терапии в отсутствие симптомов и возможные побочные эффекты антиретровирусных препаратов перевешивают пользу от раннего начала АРТ. Если в подобной ситуации врач решает отложить начало АРТ, мы рекомендуем определять ребенку число и долю лимфоцитов CD4 чаще, чем обычно (каждые 3—4 мес).

МЦПС рекомендует начинать подготовку детей к АРТ при соблюдении любого из перечисленных выше критериев. Данные рекомендации не подменяют собой клиническое мышление специалистов по детской ВИЧ-инфекции. Они набрасывают лишь общую схему действий, которую врач вправе изменить, тщательно взвесив пользу и риск АРТ.

Завершение обследования: этапный эпикриз и график наблюдения

Каждый визит в клинику должен заканчиваться составлением этапного эпикриза, то есть заключения о состоянии здоровья ребенка. Полученные во время обследования сведения можно обдумывать и излагать в следующем порядке:

- Сделаны ли новые находки во время сбора анамнеза и физикального исследования?
- Обнаружены ли острые состояния, требующие безотлагательного обследования и лечения?
- Имеются ли признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции?
- Нет ли критериев, согласно которым ВИЧ-инфекцию нужно перевести в следующую клиническую стадию (по классификации ВОЗ или CDC)?
- Какие лабораторные исследования проводились со времени предыдущего визита? Каковы их результаты?
- Не нужно ли сегодня провести ребенку подсчет лимфоцитов CD4?
- Показана ли ребенку профилактика пневмоцистной пневмонии?
- Показано ли ребенку профилактическое лечение изониазидом (лечение латентного туберкулеза)?
- Есть ли у ребенка показания к АРТ?
- Нуждаются ли ребенок и его семья в консультациях специалистов и услугах вспомогательных служб?
- Когда назначить следующий визит в клинику?

График наблюдения зависит от возраста ребенка, клинической стадии ВИЧ-инфекции и глубины иммунодефицита. Грудных детей и детей младшего возраста следует осматривать чаще в связи с риском быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Таблица 4. График наблюдения за ВИЧ-инфицированными детьми

Возраст	Визиты в клинику
0—6 месяцев	Ежемесячно
6—24 месяца	Каждые 3 мес
> 24 месяцев	
Имеются клинические проявления	Каждые 3 мес
Нет клинических проявлений	Каждые 6 мес
Проводится АРТ	Еженедельно в течение первых 8 нед лечения, затем ежемесячно

Больные, охваченные программами МЦПС, должны иметь возможность обратиться за помощью в любой момент. У родителей или опекунов должен быть способ быстро связаться с одним из членов многопрофильной бригады, если с ребенком что-либо случится в промежутке между визитами в клинику. Сотрудник программы по телефону может дать совет или назначить внеочередной визит к врачу. Объединение обычной и неотложной медицинской помощи в рамках одной программы идет на пользу здоровью ребенка.

Помощь ВИЧ-инфицированным детям немислима без учета психологических и социальных потребностей самих детей и их семей. Большую помощь детям оказывают индивидуальное и групповое консультирование, поддержка по принципу «равный — равному», социальная адаптация. Некоторые дети с задержкой психомоторного развития нуждаются в специализированной помощи, другим нужны дополнительные занятия, чтобы преодолеть трудности с обучением. В рамках программы МЦПС могут предоставляться не все необходимые детям услуги, но члены многопрофильной бригады должны проявлять внимание к потребностям детей и задействовать им в помощь имеющиеся местные ресурсы.

Разговор с родителями

Редкая семья оказывается готовой к тяготам и неотвратимости ухода за ВИЧ-инфицированным ребенком. Доверительные отношения между персоналом программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе и родителями больного ребенка помогают привлечь семью к активному уча-

стию в организации ему долговременной помощи. Открытость и искренность при обсуждении здоровья ребенка, доступный язык без специальных терминов и участие родителей в принятии решений позволяют выстроить прочные отношения между многопрофильной бригадой и семьей. Вопросы раскрытия диагноза ВИЧ-инфекции детям детально обсуждаются в главе 3.4.

Никто лучше родителей не знает своего ребенка. Их догадки и опасения могут дать врачам ценную информацию о здоровье ребенка. С другой стороны, родителям свойственны страх и тревога за ребенка. Выберите время во время каждого визита в клинику, чтобы обсудить их заботы и ответить на возникшие вопросы, и вы будете вознаграждены доверием и уважением. Оказание помощи ВИЧ-инфицированному ребенку строится на сотрудничестве врача, родителей и самого ребенка, особенно когда он подрастет. Признание той важной роли, которую играют сам больной ребенок и его семья, уважительное отношение к их проблемам и всемерная поддержка их усилий укрепляют приверженность пациентов к помощи и лечению.

Медицинская помощь подросткам

Подросткам оказывается помощь практически во всех программах МЦПС. Девочкам-подросткам во время беременности и в послеродовом периоде помощь оказывают согласно рекомендациям, разработанным для взрослых пациентов. Для других подростков выбор наиболее подходящего медицинского учреждения зависит от возраста и физической зрелости. Во всем, что касается определения клинической стадии ВИЧ-инфекции и показаний к АРТ, на детей старше 13 лет распространяются рекомендации, разработанные для взрослых (см. главы 5.1. и 5.3). Однако дозы препаратов для них лучше подбирать не по возрасту, а по степени физической зрелости. В раннем подростковом возрасте препараты назначают исходя из рекомендаций для детей. После достижения подростком 5-й стадии полового развития по Таннеру* вступают в действие рекомендации для взрослых.

Независимо от того, в каком медицинском учреждении оказывают помощь подросткам, от врачей зачастую требуются специальные знания и внимательное отношение к нуждам взрослеющих молодых людей. Необходимо учитывать потребности созревающего организма, пробуждающуюся сексуальность, роль подростка в семье и наличие у него психологической под-

* Пятая стадия полового развития по Таннеру: лобковое оволосение по взрослому типу; размеры и форма полового члена и яичек, как у взрослых, либо зрелые молочные железы (соски приподняты, а околососковые кружки не возвышаются над поверхностью молочных желез).

держки, находить особые подходы к укреплению в подростке приверженности к помощи и терапии. Только в этом случае сотрудничество врача и подростка будет долговременным и плодотворным.

Приложение А. Классификация детской ВИЧ-инфекции Центра по контролю заболеваемости США (CDC)

Иммунологические категории CDC, основанные на возрастных нормах числа и доли лимфоцитов CD4

Возраст	< 12 месяцев	1—5 лет	6—12 лет
Иммунологическая категория	Число лимфоцитов CD4, мкл^{-1} (доля лимфоцитов CD4, %)		
1: Нормальный иммунитет	≥ 1500 (≥ 25)	≥ 1000 (≥ 25)	≥ 500 (≥ 25)
2: Умеренный иммунодефицит	750—1499 (15—24)	500—999 (15—24)	200—499 (15—24)
3: Глубокий иммунодефицит	< 750 (< 15)	< 500 (< 15)	< 200 (< 15)

Клинические категории CDC

Категория N: нет клинических проявлений

Дети, у которых нет клинических проявлений, обусловленных ВИЧ-инфекцией, и дети с единственным из состояний, перечисленных в категории А.

Категория А: легкие клинические проявления

Дети с двумя или более состояниями, перечисленными ниже, но не имеющие ни одного из состояний, перечисленных в категориях В и С:

- Лимфаденопатия (лимфоузлы диаметром $\geq 0,5$ см; увеличение более двух групп лимфоузлов или двустороннее увеличение одной группы)
- Гепатомегалия
- Спленомегалия
- Дерматит
- Паротит
- Рецидивирующие или хронические инфекция верхних дыхательных путей, синусит или средний отит

Категория В: умеренные клинические проявления

Дети с клиническими проявлениями, обусловленными ВИЧ-инфекцией, но не перечисленными в категориях А и С. Приведенный ниже перечень не исчерпывает всех возможных клинических проявлений:

- Анемия (< 80 г/л), нейтропения (< 1000 мкл⁻¹) или тромбоцитопения ($< 100\ 000$ мкл⁻¹) на протяжении ≥ 30 сут
- Бактериальные менингит, пневмония или сепсис (однократный)
- Кандидоз рта и глотки (молочница) на протяжении > 2 мес у детей старше 6 месяцев
- Кардиомиопатия
- Цитомегаловирусная инфекция, начавшаяся в возрасте менее 1 месяца
- Понос, рецидивирующий или хронический
- Гепатит
- Герпетический стоматит, рецидивирующий (более двух рецидивов в течение 1 года)
- Герпетические бронхит, пневмония или эзофагит, начавшиеся в возрасте менее 1 месяца
- Опоясывающий лишай (herpes zoster), два или более эпизода либо поражение более одного дерматома
- Лейомиосаркома
- Лимфоидная интерстициальная пневмония или гиперплазия бронхолегочных лимфоузлов
- Нефропатия
- Нокардиоз
- Длительная лихорадка (длительностью > 1 мес)
- Токсоплазмоз, начавшийся в возрасте менее 1 месяца
- Ветряная оспа, диссеминированная (осложненная ветряная оспа)

Категория С: тяжелые клинические проявления

Перечень клинических проявлений, обусловленных ВИЧ-инфекцией и включенных в категорию С:

- Тяжелые бактериальные инфекции, множественные или рецидивирующие (то есть любое сочетание как минимум двух инфекций, подтвержденных посевом, на протяжении 2 лет): сепсис, пневмония, менингит, остеомиелит, гнойный артрит, эмпиемы и абсцессы внутренних органов (за исключением среднего отита, абсцессов кожи и слизистых, катетерных инфекций)
- Кандидоз пищевода, бронхов, трахеи или легких
- Кокцидиоз, диссеминированный (любая локализация, за исключением легких и шейных или бронхолегочных лимфоузлов)
- Криптококкоз, внелегочный
- Криптоспориديоз или изоспориаз, сопровождающиеся поносом на протяжении > 1 мес
- Цитомегаловирусная инфекция, начавшаяся в возрасте более 1 месяца (любая локализация, за исключением селезенки, печени и лимфоузлов)
- ВИЧ-энцефалопатия (как минимум один из признаков, прогрессирующий на протяжении 2 мес или более, в отсутствие сопутствующих заболеваний и иных состояний, сопровождающихся аналогичной симптоматикой): (1) задержка психомоторного развития, или утрата уже сформированных навыков, или утрата когнитивных функций, подтвержденные оценкой по стандартной шкале психомоторного развития или нейропсихологическим тестированием; (2) нарушение развития головного мозга или роста черепа, подтвержденные измерением окружности головы или выявлением атрофии головного мозга при КТ или МРТ (для детей младше 2 лет требуется динамическая визуализация); (3) приобретенные симметричные двигательные расстройства, проявляющиеся двумя или более следующими признаками — парез, патологические рефлексы, атаксия или нарушение походки
- Герпес: хронический язвенный (не заживающая > 1 мес язва кожи или слизистых) либо герпетические бронхит, пневмония или эзофагит (любой длительности), начавшиеся в возрасте более 1 месяца
- Гистоплазмоз диссеминированный (любая локализация, за исключением легких и шейных или бронхолегочных лимфоузлов)
- Саркома Капоши
- Первичная лимфома ЦНС
- Лимфома: лимфома Беркитта (из мелких клеток с нерасщепленными ядрами), или иммунобластная лимфома, или диффузная В-крупноклеточная лимфома, или лимфома с неизвестным иммунофенотипом
- Туберкулез, милиарный или внелегочный
- Инфекция, вызванная *Mycobacterium avium-intracellulare* или *Mycobacterium kansasii*, диссеминированная (любая локализация, за исключением легких, кожи и шейных или бронхолегочных лимфоузлов)
- Инфекция, вызванная другими атипичными микобактериями, диссеминированная (любая локализация, за исключением легких, кожи и шейных или бронхолегочных лимфоузлов)
- Пневмоцистная пневмония
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- Сальмонеллезный сепсис, рецидивирующий
- Токсоплазменный энцефалит, начавшийся в возрасте более 1 месяца
- ВИЧ-кахексия (в отсутствие сопутствующих заболеваний и иных состояний, сопровождающихся аналогичной симптоматикой): (1) постоянное снижение веса более чем на 10% от исходного, **или** (2) кривая изменения веса у ребенка 1 года и старше пересекает как минимум две процентильные линии на диаграмме физического развития в координатах «вес—возраст» в направлении от большего процентиля к меньшему (например, от 95-го к 75-му или от 50-го к 25-му и затем к 5-му), **или** (3) вес < 5-го процентиля на диаграмме физического развития в координатах «вес—рост» при двух последовательных измерениях, разнесенных на ≥ 30 сут, **ПЛЮС** (1) хронический понос (жидкий стул как минимум 2 раза в день на протяжении > 30 сут) **или** (2) подтвержденная лихорадка (постоянная или перемежающаяся, на протяжении ≥ 30 сут)

Приложение Б. Классификация детской ВИЧ-инфекции ВОЗ*

Детская I клиническая стадия по классификации ВОЗ	Детская II клиническая стадия по классификации ВОЗ	Детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ
<ul style="list-style-type: none"> • Нет клинических проявлений • Персистирующая генерализованная лимфаденопатия 	<ul style="list-style-type: none"> • Необъяснимый хронический понос • Тяжелый упорный или рецидивирующий кандидоз после окончания периода новорожденности • Похудание или задержка физического развития • Длительная лихорадка • Рецидивирующие тяжелые бактериальные инфекции 	<ul style="list-style-type: none"> • СПИД-индикаторные оппортунистические инфекции • Тяжелая задержка физического развития • ВИЧ-энцефалопатия • Злокачественные опухоли • Рецидивирующий сепсис или менингит
<p>* При необходимости классификацию можно адаптировать к местным условиям.</p>		



АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ

В развитых странах внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ) привело к резкому падению смертности и частоты осложнений ВИЧ-инфекции среди детей и подростков. Там, где АРТ стала общедоступной, детская ВИЧ-инфекция из изнуряющей смертельной болезни раннего детского возраста превратилась в обычное хроническое заболевание, поддающееся лечению. Уже многие дети, заразившиеся ВИЧ в перинатальном периоде, стали подростками или достигли зрелости.

АРТ приносит огромную пользу ребенку, она укрепляет его здоровье и продлевает жизнь, однако применение антиретровирусных средств у детей почти всегда сопряжено с трудностями. Помимо побочных эффектов препаратов и риска возникновения лекарственной устойчивости ВИЧ — проблем, которые мы обсуждали при описании АРТ у взрослых (см. главу 5.3), — лечение детей осложняется еще и своими собственными трудностями. Это и сложность дозирования антиретровирусных препаратов для детей, и необходимость участия в терапии взрослого человека, ухаживающего за ребенком, и пристальное внимание к стадии развития ребенка, которому оказывается помощь.

В то время как АРТ становится все более и более доступной, лечению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом детей, к сожалению, не всегда отдается приоритет. Несмотря на трудности, страны с ограниченными ресурсами вполне способны оказывать квалифицированную и эффективную помощь ВИЧ-инфицированным детям. Об этом свидетельствует опыт программы «Расширенная инициатива по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus). Мы считаем, что дети должны иметь доступ к АРТ и что педиатрическая помощь должна быть компонентом любой из программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе.

В этой главе будут представлены рекомендации и терапевтические алгоритмы МЦПС по проведению АРТ детям. Однако не надо забывать, что АРТ, несмотря на всю свою важность, является не единственным компо-

нением педиатрической помощи при ВИЧ-инфекции. В главе 6.1 описывается диагностика ВИЧ-инфекции у детей, в главе 6.2 — медицинская помощь детям, подвергшимся риску заражения ВИЧ, в главе 6.3 — тактика ведения ВИЧ-инфицированного ребенка. Вопросы приверженности детей к помощи и терапии обсуждаются в главе 2.4, вопросы раскрытия диагноза ВИЧ-инфекции ребенку — в главе 3.4, вопросы питания детей — в главе 4.2.

В данной главе мы обсудим:

- Ключевые моменты при проведении АРТ у детей
- Когда и как начинать АРТ у детей
- Как наблюдать за детьми, получающими АРТ (клиническое и лабораторное наблюдение)
- Когда и как пересматривать схему АРТ вследствие побочного действия препаратов
- Когда и как пересматривать схему АРТ вследствие неудачи лечения

Ключевые моменты при проведении АРТ у детей

Готовность пациента. Подготовка к АРТ в педиатрической практике — сложный процесс, поскольку для успешного лечения сотрудничать с врачами должны не только дети, но и их родители. Недостаточно, чтобы больной ребенок согласился принимать лекарства, необходимо, чтобы взрослый человек два раза в день давал ему эти лекарства или контролировал, как ребенок их принимает. В некоторых случаях требуется минимальная подготовка пациентов, в других, прежде чем антиретровирусные препараты будут выписаны, персоналом проводится огромная вспомогательная работа. Заслуживают внимания следующие моменты.

- Родители (или лица, ухаживающие за ребенком) вовсе не круглосуточно наблюдают за своими детьми. Некоторые дети посещают школу или работают, другие проводят много времени с остальными родственниками или нянями. Именно нормальная жизнь ребенка и создает наивысшие трудности для проведения АРТ, которая подразумевает ежедневный прием препаратов в одно и то же время без пропусков. Если семья не готова к раскрытию диагноза ребенка окружающим, аккуратный прием антиретровирусных препаратов обеспечить крайне сложно. Многопрофильная

бригада перед назначением АРТ должна быстро и тщательно выяснить ситуацию в семье и вместе с родителями найти приемлемое решение имеющихся проблем.

- Привлечь больного ребенка к участию в оказании помощи самому себе — одно из слагаемых успеха. По мере взросления ребенка меняются его потребности и восприятие окружающего. Мать двухлетнего ребенка может с удивлением обнаружить, что ее сын, всегда прежде послушно принимавший лекарства, прячется под стол, как только увидит у нее в руках флаконы с препаратами. Другой пример: дочка, с семи лет привыкшая напоминать матери, что пора принимать лекарства, превратилась в подростка и наотрез отказывается от лечения. Многопрофильная бригада должна помогать родителям справляться с подобными возрастными трудностями, ведь ребенку предстоит получать АРТ всю свою жизнь.

Сведение к минимуму риска лекарственной устойчивости ВИЧ. Медицинские работники могут повлиять на развитие лекарственной устойчивости ВИЧ двумя путями: во-первых, всемерно укрепляя в больных приверженность к терапии (см. главу 2.4) и, во-вторых, соблюдая правила назначения АРТ. Вот эти правила:

- АРТ никогда не проводят в отрыве от надежной и мощной системы мероприятий, укрепляющих приверженность.
- Необходимо помочь семье устранить все препятствия для соблюдения схемы лечения.
- Любые лекарственные средства, принимаемые больным, и любые используемые им методы лечения следует оценивать с точки зрения возможного взаимодействия с антиретровирусными препаратами.
- Для лечения ВИЧ-инфекции никогда не используются моно- и двухкомпонентные схемы АРТ.
- Никогда нельзя добавлять один новый препарат к терпящей неудачу схеме АРТ.
- Если АРТ решено прекратить, следует отменить сразу все препараты.

Лекарственные взаимодействия. Антиретровирусным препаратам, особенно ингибиторам протеазы ВИЧ, свойственны множественные лекарствен-

ные взаимодействия. Ни один из них нельзя выписывать, не проанализировав внимательно полный список принимаемых больным лекарственных средств, включая травы и средства альтернативной медицины. Проведение АРТ больным туберкулезом требует особого внимания (см. главу 5.5).

Взаимодействия лекарственных средств с пищевыми продуктами. Схемы АРТ первого ряда, используемые в программах МЦПС, не сопряжены с жесткими требованиями в отношении питания, однако прием некоторых антиретровирусных препаратов второго ряда должен быть определенным образом привязан к приему пищи. Это может создать особые трудности при проведении АРТ у грудных детей и детей младшего возраста, которые нуждаются в частом кормлении.

Лекарственные формы. Не все антиретровирусные препараты выпускаются в лекарственных формах для детей. Схемы АРТ первого ряда, используемые в программах МЦПС, составлены из препаратов, которые имеют приятный вкус, хорошо переносятся и легки в применении. Однако многие другие антиретровирусные средства не имеют лекарственных форм, пригодных для детей младшего возраста. Некоторые из них неприятны на вкус и плохо переносятся, что ставит под угрозу соблюдение схемы лечения. Многопрофильная бригада должна убедиться, что назначенные препараты не вызывают у ребенка отвращения. В главе 2.4 (приложение А) обсуждались способы, как можно помочь родителям давать детям лекарства.

Дозирование антиретровирусных препаратов. В отличие от взрослых, которым препараты обычно назначают в стандартных дозах, детские дозы зависят от возраста и размеров ребенка (веса и/или площади поверхности тела). Во время каждого визита в клинику надо измерять рост и вес ребенка и по мере необходимости пересчитывать дозу принимаемых им антиретровирусных средств. Во время полового созревания изменяется обмен веществ, и в это время надо переходить на ведение больного согласно рекомендациям для взрослых. «Расширенная инициатива по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку» (МТСТ-Plus) совместно с Всемирной программой по СПИДу и Отделом профилактики ВИЧ/СПИДа Центра по контролю заболеваемости США, а также с Бейлорской международной педиатрической инициативой разработала детальные инструкции по дозированию антиретровирусных средств у детей (приложение Б).

АРТ у детей, больных туберкулезом. В большинстве стран, где имеются опорные пункты МЦПС, лечение туберкулеза проводится в рамках местных противотуберкулезных программ в соответствии с местными или на-

циональными рекомендациями. Рифампицин вступает в лекарственные взаимодействия со многими антиретровирусными препаратами. Взаимодействие между учреждениями ВИЧ-медицины и противотуберкулезными службами имеет первостепенное значение. Оно необходимо для того, чтобы избежать лекарственных взаимодействий, способных поставить под угрозу успех лечения, и чтобы повысить настороженность врачей в отношении синдрома восстановления иммунитета. Лечение ВИЧ-инфекции на фоне туберкулеза посвящена глава 5.5.

Когда начинать антиретровирусную терапию?

АРТ никогда не начинают без подготовки больного и его семьи к этому сложному и пожизненному лечению. Точно так же АРТ никогда не начинают до тех пор, пока в данной местности не налажено бесперебойное снабжение антиретровирусными препаратами: перерывы в лечении могут привести к его неудаче.

Принимать решение о начале проведения АРТ грудному ребенку особенно сложно. Одни специалисты считают, что АРТ показана всем ВИЧ-инфицированным грудным детям, независимо от того, есть у них клинические проявления ВИЧ-инфекции или нет, есть признаки иммунодефицита или таковые отсутствуют. Сторонники этого подхода утверждают, что ВИЧ-инфекция в грудном возрасте может прогрессировать очень быстро и что ни лимфоциты CD4, ни вирусная нагрузка не способны предсказать, какому из грудных детей завтра станет совсем плохо. Только проведение АРТ всем грудным детям способно защитить тех, кому суждено стремительное развитие болезни. Противники данного подхода апеллируют к сложностям в соблюдении схемы лечения, опасности побочных эффектов и возможной неэффективности АРТ. Оптимальные дозы многих антиретровирусных препаратов для грудных детей не установлены. В нескольких исследованиях показано, что, несмотря на хороший терапевтический эффект АРТ, у многих грудных детей не удается полностью подавить репликацию ВИЧ и они находятся под угрозой возникновения лекарственной устойчивости возбудителя. Кроме того, совсем не изучены отдаленные побочные эффекты АРТ, начатой в первые месяцы жизни и продолжающейся на протяжении всего детства.

В свете всего вышесказанного МЦПС рекомендует начинать терапию у ВИЧ-инфицированных грудных детей с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции и/или признаками иммунодефицита согласно рекомендациям ВОЗ. С появлением новых данных наши рекомендации будут пересмотрены.

Показания к началу АРТ у детей

Дети младше 12 месяцев

- Задержка физического развития (нет прибавки в весе, либо похудание, либо Z-индекс* менее -2)
- Выраженные клинические проявления ВИЧ-инфекции (детская II клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория В** по классификации CDC)
- СПИД (детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория С по классификации CDC)
- Все дети с долей лимфоцитов CD4 менее 20%

Дети в возрасте 1—12 лет

- Задержка физического развития (нет прибавки в весе, либо похудание, либо Z-индекс* менее -2)
- Выраженные клинические проявления ВИЧ-инфекции (детская II клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория В** по классификации CDC)
- СПИД (детская III клиническая стадия по классификации ВОЗ или категория С по классификации CDC)
- Все дети с долей лимфоцитов CD4 менее 15%***

Дети 13 лет и старше (согласно рекомендациям для взрослых****)

- IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (СПИД), независимо от числа лимфоцитов CD4
- III клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ при числе лимфоцитов CD4 ≤ 350 мкл⁻¹
- Число лимфоцитов CD4 ≤ 200 мкл⁻¹, независимо от клинической стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ

* Z-индекс — разница между весом больного и возрастной нормой, выраженная в стандартных отклонениях.

** При некоторых из состояний, перечисленных в категории В, АРТ может потребоваться только в том случае, если они сочетаются с иммунодефицитом. Например, при однократной пневмонии или легком угнетении кроветворения начинать АРТ не обязательно. Рекомендации ВОЗ тоже предлагают учитывать долю лимфоцитов CD4 при решении вопроса о начале АРТ у детей с II клинической стадией по классификации ВОЗ. Врач должен каждый раз взвешивать возможную пользу АРТ, с одной стороны, и риск побочного действия и несоблюдения схемы лечения — с другой.

*** Врач может принять решение отложить начало АРТ у ребенка старше 6 лет без клинических проявлений ВИЧ-инфекции до тех пор, пока доля лимфоцитов CD4 не станет меньше 10% или пока не появятся признаки быстрого снижения иммунитета. Данных по этому вопросу почти нет. Тем не менее трудности с поддержанием приверженности ребенка к терапии в отсутствие симптомов и возможные побочные эффекты антиретровирусных препаратов перевешивают пользу от раннего начала АРТ. Если в подобной ситуации врач решает отложить начало АРТ, мы рекомендуем определять ребенку число и долю лимфоцитов CD4 чаще, чем обычно (каждые 3—4 мес).

**** МЦПС рекомендует подросткам 13 лет и старше определять *показания* к началу АРТ согласно рекомендациям для взрослых. Решение о том, по каким рекомендациям выбирать для подростка *схему АРТ* и *дозы* препаратов — детским или взрослым, должно основываться на степени физической зрелости подростка (то есть на стадии полового развития по Таннеру), а не на его возрасте (см. выше).

Схемы АРТ первого ряда для детей

Все схемы АРТ, рекомендуемые МЦПС, высокоактивны. В них уравновешены эффективность, побочное действие, переносимость и стоимость препаратов, а также предусмотрена возможность чередования препаратов для дальнейшего лечения. МЦПС поддерживает провозглашенный ВОЗ подход к лечению ВИЧ-инфекции, основанный на «применении методов общественного здравоохранения», и требует, чтобы в каждой программе для всех детей использовалась только одна схема АРТ первого ряда. Мы отдаем предпочтение сочетанию зидовудина и ламивудина с нуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы. Это высокоактивная схема АРТ, эффективная, хорошо переносимая, с изученным переносимым побочным действием. Из нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы препаратом выбора для детей младше 3 лет и весящих менее 10 кг является неврирапин. Для детей 3 лет и старше и весящих 10 кг и больше мы рекомендуем либо эфавиренз, либо неврирапин. В особых случаях могут быть использованы другие схемы.

Рекомендуемые схемы первого ряда

Дети < 3 лет с весом < 10 кг

Зидовудин + ламивудин + неврирапин

Ставудин + ламивудин + неврирапин

Дети ≥ 3 лет с весом ≥ 10 кг

Зидовудин + ламивудин + неврирапин или эфавиренз

Ставудин + ламивудин + неврирапин или эфавиренз

При выборе для ребенка схемы АРТ первого ряда принимают во внимание следующие соображения.

- Применение ставудина затруднено отсутствием лекарственных форм, подходящих для детей раннего возраста. Выпускается жидкая лекарственная форма ставудина, но она требует охлаждения на всех этапах транспортировки и хранения («холодовой цепи»), что обычно оказывается невозможным там, где работают программы МЦПС. Другой способ — открывать капсулы со ставудином и растворять порошок в небольшом

количестве воды. Однако для этого надо обучить родителей тонкостям приготовления лекарства и отмеривания нужной дозы. Это обременительно и занимает много времени. После того как вес ребенка достигнет 7 кг, можно использовать капсулы для взрослых, содержащие 15 мг stavudina (см. приложение Б).

- Для детей младше 3 лет и весящих менее 10 кг оптимальные дозы эфавиренза не установлены. Следовательно, для детей младшего возраста нужно использовать невирапин, у которого имеется жидкая лекарственная форма. Эфавиренз выпускается в маленьких капсулах по 50 мг, его можно принимать один раз в сутки. Многим маленьким детям удается научиться глотать эти капсулы. В противном случае капсулы открывают и гранулы перемешивают с чем-нибудь сладким (джемом, вареньем), чтобы скрыть горький вкус препарата.
- Хотя многие подростки получают медицинскую помощь в рамках детских программ, лицам 13 лет и старше нужно определять клиническую стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ согласно рекомендациям для взрослых больных, описанным в главе 5.1. Аналогичным образом решение о начале АРТ подростку нужно принимать исходя из критериев, разработанных для взрослых. К назначению эфавиренза девочкам-подросткам, вступающим в детородный возраст, надо подходить с очень большой осторожностью. Эфавиренз может вызвать аномалии развития плода и противопоказан в первом триместре беременности. Молодые девушки, начинающие вести половую жизнь, вряд ли смогут регулярно пользоваться контрацептивами. В такой ситуации лучше воздержаться от назначения эфавиренза. МЦПС рекомендует не применять эфавиренз у таких больных.
- Применение схем АРТ, включающих невирапин, у грудных детей, которые ранее получали этот препарат для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, заставляет задуматься о возможной лекарственной устойчивости возбудителя. Многие грудные дети и дети младшего возраста, у которых устанавливают диагноз ВИЧ-инфекции, получали в первые дни своей жизни одну дозу невирапина для профилактики перинатального заражения. В нескольких исследованиях показано, что после однократного приема этого препарата и у женщин, и у детей обнаруживаются мутации устойчивости к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы. Мутантные штаммы ВИЧ обычно выявляют в первые месяцы жизни ребенка, а затем на протяжении первого года жизни они постепенно перестают выявляться. Есть опасения, что эти мутации могут неблагоприятно сказаться на эффективности схем АРТ, содержа-

щих ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы^{*}. Однако исследования, посвященные изучению этого вопроса у детей, не проводились. В настоящее время МЦПС рекомендует детям схемы АРТ, включающие ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. С появлением новых данных мы пересмотрим свои рекомендации и при необходимости изменим их.

Из-за риска устойчивости ВИЧ к ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы у грудных детей, получавших одну дозу невирапина для профилактики перинатального заражения, некоторые программы отказались от использования схем АРТ первого ряда, включающих эти препараты. Если местные или национальные рекомендации предписывают избегать применения ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы у таких грудных детей, используют схему АРТ первого ряда, содержащую ингибитор протеазы ВИЧ. Рекомендуются следующие схемы.

Рекомендуемые схемы первого ряда при противопоказаниях к ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы

Зидовудин или ставудин + ламивудин + лопинавир/ритонавир

Или, если нет «холодовой цепи»

Зидовудин или ставудин + ламивудин + нелфинавир

При выборе для ребенка схемы АРТ первого ряда, содержащей ингибиторы протеазы ВИЧ, принимают во внимание следующие соображения.

- Лопинавир/ритонавир требует охлаждения на всех этапах транспортировки и хранения («холодовой цепи») вплоть до отпуска пациенту. Его можно хранить при температуре 25°C не более 30 сут. Родители должны осознать важность соблюдения условий хранения. Если в доме нет холодильника, препарат можно хранить в прохладном месте вдали от прямого солнечного света, однако перепадов температур он не выдерживает. Если у семьи нет подходящего места для хранения препарата, лучше использовать вместо него нелфинавир.
- Нелфинавир включают в схемы АРТ первого ряда там, где нет условий для хранения на холоде лопинавира/ритонавира. Однако у нелфинавира нет жидких лекарственных форм, и его применение у детей младшего

^{*} N Eng J Med 2004; 351:229—240.

возраста затруднительно. Нелфинавир в порошке плохо переносится, а таблетки необходимо измельчать и взбалтывать в небольшом количестве воды.

- Еще одна проблема, которая возникает при использовании схем АРТ первого ряда, содержащих ингибиторы протеазы ВИЧ, — выбор схемы второго ряда. Относительно схем второго ряда для детей, у которых схема с ингибитором протеазы ВИЧ потерпела неудачу, очень мало данных. Эффективность схем с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы в этой ситуации неизвестна и сомнительна, если принять во внимание устойчивость возбудителя к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, развившуюся при неудаче лечения.

Как начинать АРТ у детей?

Прежде чем назначить АРТ, нужно ответить на следующие основные вопросы:

- **Имеются ли медицинские показания к АРТ?** Показания к АРТ были изложены выше.
- **Имеются ли медицинские противопоказания к планируемой схеме первого ряда?** После того как показания к АРТ установлены, нужно на основании анамнеза, оценки симптомов с помощью опросника, физикального исследования и лабораторных исследований установить, нет ли у ребенка противопоказаний к схеме АРТ первого ряда. Эти противопоказания перечислены в табл. 1. Минимальный объем лабораторных исследований — оценка функции печени и почек и общий анализ крови.
- **Имеются ли немедицинские противопоказания к АРТ?** Одна из целей всесторонней оценки, которую проводит многопрофильная бригада (в том числе оценки психосоциального статуса и оценки приверженности), — исключить «немедицинские» противопоказания к АРТ и убедиться, что ребенок и его семья подготовлены к постоянному и аккуратному приему препаратов. Многие больные оказываются готовы к началу лечения. В остальных случаях многопрофильной бригаде следует выявить и по возможности устранить преграды, стоящие на пути к лечению. Назначение АРТ откладывают до проведения соответствующих вмешательств.
- **Все ли сделано для обеспечения приверженности?** Всестороннее и детальное обсуждение вопросов приверженности читатель найдет в главе 2.4. Четырехкомпонентный подход к обеспечению приверженности включа-

Таблица 1. Медицинские противопоказания к схемам АРТ первого ряда

Противопоказание	Определение	Примечания	Рекомендации
Тяжелая анемия	Гемоглобин ≤ 69 г/л	Противопоказан зидовудин	Используют другую схему первого ряда: Ставудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз)
Глубокая нейтропения	Абсолютное число нейтрофилов ≤ 250 мкл ⁻¹	Применение зидовудина требует тщательного наблюдения	Можно начать лечение и в течение первых 2 нед наблюдать за абсолютным числом нейтрофилов. Если оно будет падать, заменить в схеме первого ряда один препарат: Ставудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз)
Тяжелая почечная недостаточность	Креатинин более чем в 3 раза выше нормы	Противопоказана АРТ	В настоящее время АРТ проводить нельзя. Необходимо обследование в соответствии с местными рекомендациями. Если функция почек улучшится, заново рассматривают вопрос о назначении АРТ. Рекомендуется консультация специалиста
Тяжелая печеночная недостаточность	Биохимические показатели функции печени более чем в 5 раз выше нормы	Противопоказан невирапин	У детей старше 3 лет и весящих более 10 кг используют эфавиренз. Для детей младше 3 лет используют схемы, содержащие ингибиторы протеазы ВИЧ
Непереносимость антиретровирусных препаратов в анамнезе	При непереносимости зидовудина назначают: ставудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз) При непереносимости ставудина назначают: зидовудин + ламивудин + невирапин (или эфавиренз) В остальных случаях нужна консультация специалиста		
Предшествующее применение АРТ (за исключением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку)	Применение любых антиретровирусных средств на протяжении более 4 нед	Возможна лекарственная устойчивость ВИЧ	Вопрос решается индивидуально. Необходима консультация местного специалиста или специалистов МЦПС
Противотуберкулезное лечение, включающее рифампицин	Прием рифампицина	Лекарственные взаимодействия с невирапином	См. главу 5.5. При высоком числе лимфоцитов CD4 АРТ можно отложить до окончания противотуберкулезного лечения. При низком числе лимфоцитов CD4 используют схемы АРТ с ритонавиром для детей младше 3 лет и схемы АРТ с эфавирензом для детей 3 лет и старше

ет обучение, подготовку, текущую оценку и поддержку. До того как будут выписаны препараты, нужно найти ответы на четыре вопроса:

- 1) **Кто** будет давать лекарства ребенку?
- 2) **Какие** лекарства будут давать ребенку?
- 3) **Когда** будут давать лекарства ребенку?
- 4) **Как** будут давать лекарства ребенку?

Многопрофильной бригаде следует проработать с родителями эти вопросы и устранить выявленные преграды, чтобы повысить шансы на успех терапии.

Нарращивание дозы невирапина:

200 мг один раз в сутки в течение 14 суток, затем 200 мг два раза в сутки

- **Каковы должны быть дозы антиретровирусных препаратов для этого ребенка в настоящее время?** Дозы для детей рассчитываются на основании их веса или площади поверхности тела. По мере роста ребенка нужно соответствующим образом корректировать дозы. Это особенно важно для детей с задержкой физического развития, которые под действием АРТ начинают быстро прибавлять в весе. В подобных случаях дозы приходится увеличивать часто и резко. Дозы антиретровирусных препаратов пересчитывают при каждом визите ребенка в клинику после измерения его роста и веса. Родителям бывает непросто понять «манипуляции» с дозами. Возможно, им потребуется консультация, во время которой специалист объяснит, что увеличение дозы обусловлено ростом ребенка и вовсе не означает, что лечение ему не помогает.

У грудных детей и детей младшего возраста лекарственные средства обычно метаболизируются очень быстро. Суточная доза некоторых препаратов у детей превышает суточную дозу для взрослых. Считается, что дети должны получать детские дозы и в период полового созревания. Если при определении *показаний* к АРТ подросткам 13 лет и старше врачи должны следовать рекомендациям для взрослых, то *дозы* препаратов у этой категории больных должны быть детскими вплоть до достижения ими физической зрелости (5-й стадии полового развития по Таннеру). После этого переходят на стандартные дозы для взрослых.

Прием невирапина всегда начинают с половины суточной дозы во избежание побочных эффектов. Препарат принимают один раз в сутки в течение 14 дней, и только потом увеличивают дозу до полной и принимают невирапин 2 раза в сутки.

Совместно с Всемирной программой по СПИДу и Отделом профилактики ВИЧ/СПИДа Центра по контролю заболеваемости США, а также с Бейлорской международной педиатрической инициативой МЦПС разработаны детальные инструкции по дозированию антиретровирусных средств у детей (табл. 2 и приложение Б). На основании расчетов соотношений между площадью поверхности тела, ростом и весом были установлены дозировки жидких и твердых лекарственных форм для детей с разным весом.

Как наблюдать за детьми, получающими АРТ?

Для того чтобы АРТ была успешной, необходимо тщательное наблюдение за больными, которое позволяет своевременно выявлять побочные эффекты, проводить мероприятия, укрепляющие приверженность, и периодически

Таблица 2. Дозы антиретровирусных препаратов, входящих в схемы первого ряда

Вес, кг	Ламивудин (Эпивир®)		Зидовудин (Ретровир®)		Ставудин (Зерит®)		Невиралапин (Вирамун®)				Эфавиренз (Сустива®, Стокрин®)		
	Жидкость, 10 мг/мл	Таблетки, 150 мг	Жидкость, 10 мг/мл	Капсулы, 100 мг; таблетки, 300 мг	1 мг/кг 2 раза в сутки	Начальная доза 4 мг/кг 1 раз в сутки в течение 14 сут	Жидкость, 10 мг/мл	Таблетки, 200 мг	Жидкость, 10 мг/мл	Таблетки, 200 мг	Жидкость, 10 мг/мл	Таблетки, 200 мг	Указанная доза 1 раз в сутки
5,0—6,9	2 мл		7 мл			2 мл		4 мл					
7,0—9,9	3 мл		9 мл	1 капсула	15 мг	3 мл		6 мл					
10,0—11,9	4 мл		12 мл	1 капсула	15 мг (или 20 мг)	4 мл		8 мл	1/2 таблетки			200 мг	
12,0—14,9	5 мл		14 мл	1 капсула	15 мг (или 20 мг)	5 мл		9 мл	1/2 таблетки			200 мг	
15—16,9	6 мл	1/2 таблетки	15 мл	2 капсулы	15 мг (или 20 мг)	6 мл		10 мл	1/2 таблетки			200 мг + 50 мг	
17—19,9	7 мл	1/2 таблетки	17 мл	2 капсулы	20 мг	7 мл		13 мл	1 таблетка утром + 1/2 таблетки вечером			200 мг + 50 мг	
20—24,9	9 мл	1/2 таблетки	20 мл	2 капсулы	20 мг	9 мл	1/2 таблетки	16 мл	1 таблетка утром + 1/2 таблетки вечером	9 мл	1/2 таблетки	200 мг + 100 мг	
25—29,9	11 мл	1 таблетка	24 мл	3 капсулы или 1 таблетка	30 мг	11 мл	1/2 таблетки	20 мл	1 таблетка	11 мл	1/2 таблетки	200 мг + 100 мг + 50 мг	
30—32,9	13 мл	1 таблетка	27 мл	3 капсулы или 1 таблетка	30 мг	13 мл	1 таблетка			13 мл	1 таблетка утром + 1/2 таблетки вечером	200 мг + 100 мг + 50 мг	
33—34,9	13 мл	1 таблетка	27 мл	3 капсулы или 1 таблетка	30 мг	13 мл	1 таблетка			13 мл	1 таблетка утром + 1/2 таблетки вечером	200 мг + 200 мг	
35—40	15 мл	1 таблетка	30 мл	3 капсулы или 1 таблетка	30 мг	15 мл	1 таблетка			15 мл	1 таблетка утром + 1/2 таблетки вечером	200 мг + 200 мг	

ски оценивать эффективность лечения. Характер и частота обследований отчасти зависят от местных ресурсов. Рекомендации по клиническому и лабораторному наблюдению, которые приводятся ниже, представляют собой *минимальные* требования к наблюдению за детьми, получающими АРТ в рамках программ МЦПС. Врач вправе менять их в зависимости от потребностей того или иного ребенка.

Клиническое наблюдение за детьми, получающими АРТ

После начала АРТ больным рекомендуется посещать клинику еженедельно в течение первых 8 нед лечения. Во время этих «начальных» визитов основное внимание уделяют оценке приверженности к терапии и укрепляющим ее мероприятиям, а также выявлению побочных эффектов лекарственных средств, которое проводится с помощью специального опросника по симптомам. Антиретровирусные средства обычно выдаются в количестве, достаточном только для одной недели лечения: это делается для того, чтобы сосредоточить больных на строгом соблюдении схемы лечения. Если при опросе выявлена симптоматика, проводят прицельное физикальное исследование. Через месяц после начала АРТ проводят полное физикальное исследование, включающее антропометрию. Если вес ребенка изменился, пересчитывают дозы антиретровирусных препаратов.

Еженедельные визиты в течение первых 8 недель лечения

Первый визит

- Начало АРТ: выдача препаратов на одну неделю
- Убедитесь, что больной или его семья поняли, как действовать в случае возникновения вопросов и проблем

Второй визит: через неделю после начала АРТ

- Оценка симптомов по опроснику (и прицельное физикальное исследование при необходимости)
- Оценка и укрепление приверженности
- Выдача препаратов на одну неделю

Третий визит: через 2 недели после начала АРТ

- Оценка симптомов по опроснику (и прицельное физикальное исследование при необходимости)
- Оценка и укрепление приверженности
- Выдача препаратов на одну неделю. Если используется невирапин, увеличьте дозу до полной

Четвертый визит: через 3 недели после начала АРТ

- Оценка симптомов по опроснику (и прицельное физикальное исследование при необходимости)
- Оценка и укрепление приверженности
- Выдача препаратов на одну неделю

Пятый визит: через 4 недели после начала АРТ

- Оценка симптомов по опроснику
- Полное физикальное исследование. Пересчитайте дозы антиретровирусных препаратов после измерения веса и роста ребенка
- Оценка и укрепление приверженности
- Выдача препаратов на одну неделю

Шестой—восьмой визиты: через 5—7 недель после начала АРТ

- Оценка симптомов по опроснику (и прицельное физикальное исследование при необходимости)
- Оценка и укрепление приверженности
- Выдача препаратов на одну неделю

Девятый визит: через 8 недель после начала АРТ

- Оценка симптомов по опроснику
- Полное физикальное исследование. Пересчитайте дозы антиретровирусных препаратов после измерения веса и роста ребенка
- Оценка и укрепление приверженности
- Выдача препаратов: если состояние ребенка хорошее и схема лечения строго соблюдается, выдают препараты на один месяц

Еженедельный прием не обязательно должен вести врач. Оценкой приверженности вполне могут заниматься другие члены многопрофильной бригады. Например, консультант может оценить приверженность к терапии и провести опрос по симптомам. Если будут выявлены новые симптомы или иные проблемы, он направит ребенка к врачу. В некоторых ситуациях уместно организовать посещение ребенка на дому: подобные визиты в первые недели АРТ способствуют соблюдению схемы лечения.

Дети обычно неплохо переносят антиретровирусные препараты, однако необходима осторожность в отношении побочных эффектов. Первые признаки побочного действия препаратов зависят от используемой схемы АРТ; среди них нередки сыпь, тошнота, понос, головная боль, утомляемость, раздражительность, снижение аппетита. Некоторые из этих симптомов, в частности головная боль и утомляемость, часто разрешаются сами по

себе с течением времени. Другие (понос, тошнота) требуют симптоматического лечения. У детей эти симптомы часто бывают слабовыраженными, их трудно дифференцировать с признаками острого заболевания. Некоторые побочные эффекты могут потребовать изменения дозы препаратов или пересмотра схемы АРТ. У некоторых детей вскоре после начала АРТ появляется симптоматика (например, кашель, лихорадка, лимфаденопатия), свидетельствующая о реактивации скрытой инфекции вследствие резкого улучшения функции иммунной системы. Это синдром восстановления иммунитета, который наблюдается у многих детей, особенно у детей старшего возраста и подростков. Все эти состояния требуют лечения в соответствии с правилами, принятыми в данной клинике.

Через 8 нед после начала АРТ, если ребенок чувствует себя хорошо, можно посещать клинику один раз в месяц. Во время каждого визита следует оценивать приверженность к терапии (в беседе с родителями или самим ребенком, в зависимости от возраста).

Ежемесячные визиты

- Анамнез (за прошедшее между визитами время)
- Оценка симптомов по опроснику
- Прицельное физикальное исследование
- Оценка питания и физического развития ребенка
- Оценка психомоторного развития
- Оценка психосоциального статуса
- Направление на консультирование и в другие вспомогательные службы (по показаниям)
- Назначение антиретровирусных препаратов (при необходимости с пересчетом доз)
- Назначение ТМП/СМК

Лабораторное наблюдение за детьми, получающими АРТ

Как мы уже говорили, перед назначением АРТ обязательно проводят лабораторные исследования. Они включают оценку функции почек (креатинин сыворотки и азот мочевины крови) и печени (АлАТ и/или АсАТ), общий анализ крови и подсчет лимфоцитов CD4. Результаты этих исследований позволяют определить, есть ли у ребенка показания к АРТ, нет ли у него медицинских противопоказаний к схеме АРТ первого ряда и насколько он нуждается в лабораторном наблюдении.

МЦПС считает, что за детьми, получающими АРТ, следует вести клиническое наблюдение. Лабораторное наблюдение за побочными эффектами антиретровирусных средств обычно не требуется; исключение составляют дети, у которых перед назначением АРТ были выявлены отклонения лабо-

ракторных показателей от нормы (повышенная активность печеночных ферментов, анемия, нейтропения). Данные анамнеза и физикального исследования, конечно же, могут дать повод для срочной лабораторной диагностики; анализы в этом случае назначают по усмотрению лечащего врача. Получив результаты лабораторных исследований, врач должен разобраться, чем вызваны изменения — побочным действием антиретровирусных средств, интеркуррентным заболеванием или прогрессированием ВИЧ-инфекции. Дальнейшее обследование проводится в соответствии с местными и национальными рекомендациями. В то же время лабораторные показатели, представленные в табл. 4, могут потребовать прекращения АРТ (подробно об этом будет рассказано ниже). За детьми, которым АРТ начали на фоне измененных лабораторных показателей (особенно повышенной активности печеночных ферментов), целесообразно организовать лабораторное наблюдение до тех пор, пока эти показатели не нормализуются или не стабилизируются.

Для оценки эффективности АРТ всем детям надо каждые 6 мес определять число и долю лимфоцитов CD4. В отсутствие иммунологического улучшения нужно безотлагательно оценить приверженность к терапии и посмотреть, не соблюдаются ли критерии неудачи лечения. Этот вопрос будет подробно обсуждаться ниже.

Когда пересматривать схему АРТ?

Схемы АРТ первого ряда эффективны и рассчитаны на длительное применение. Если больной соблюдает схему лечения, терапевтический и иммунологический эффекты могут сохраняться подолгу. К пересмотру схемы лечения надо подходить осторожно, поскольку всегда есть риск возникновения устойчивости и перекрестной устойчивости возбудителя, а чередование антиретровирусных препаратов может оказать значительное терапевтическое воздействие. Кроме того, преждевременный пересмотр может существенно ограничить возможности лечения в дальнейшем. Есть две причины, требующие пересмотра схемы лечения: **побочное действие препаратов** и **неудача лечения**. В первом случае можно заменить только один препарат, во втором следует заменить схему АРТ целиком.

Пересмотр схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов

Побочные эффекты антиретровирусных препаратов могут проявляться клинически или только изменениями лабораторных показателей. Одни побочные эффекты легкие и преходящие, другие требуют симптоматического лечения (например, назначения противорвотных или антидиарей-

ных средств) или более частых обследований. Тяжелые побочные эффекты могут потребовать прекращения АРТ. Если тяжелое побочное действие оказывает какой-либо один препарат, заменяют только его. Однако в некоторых случаях приходится менять схему лечения целиком. В табл. 3 и 4 приведены критерии пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов, а в табл. 5 — рекомендуемые замены. В приложении А дана характеристика распространенных антиретровирусных средств и перечислены их наиболее частые побочные эффекты.

К пересмотру схемы АРТ на основании лабораторных показателей следует подходить осторожно; врач должен оценить лабораторные данные в контексте клинической картины, опираясь на свои знания и опыт. Нельзя пересматривать схему АРТ на основании одного-единственного лабораторного показателя. Исключение составляют случаи, когда лабораторные исследования выявляют тяжелые побочные эффекты (степень тяжести IV): этим детям надо немедленно, не дожидаясь лабораторного подтверждения, отменить антиретровирусные препараты. Причиной изменения лабораторных показателей часто бывают интеркуррентные заболевания и другие лекарственные средства, принимаемые больным. Спустя некоторое время надо провести повторные лабораторные исследования и оценить динамику показателей. Если показано изменение схемы АРТ, новые антиретровирусные средства не назначают до тех пор, пока степень тяжести побочного эффекта не снизится до II или ниже. В приложении А приведены рекоменда-

Таблица 3. Клинические критерии для пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия

Симптом	
Тошнота	Мучительная, либо отвращение к пище на протяжении ≥ 3 сут
Рвота	Неукротимая рвота на протяжении 24 ч, ортостатическая гипотония или необходимость внутривенной регидратации
Понос	Кровавый понос, ортостатическая гипотония или необходимость внутривенной регидратации
Лихорадка	Необъяснимая лихорадка $\geq 39,6^{\circ}\text{C}$ на протяжении более 1—2 нед
Головная боль	Мучительная или требующая наркотических анальгетиков
Сыпь	Отслойка эпидермиса, эрозии, поражение слизистых, полиморфная экссудативная эритема, подозрение на синдром Стивенса—Джонсона или токсический эпидермальный некролиз, эксфолиативная эритродермия или требующий хирургического вмешательства некроз кожи
Аллергическая реакция	Отек Квинке или анафилактический шок
Периферическая нейропатия	Сильная боль, мышечная слабость, выпадение 2—3 рефлексов или утрата чувствительности в пределах 2—3 дерматомов
Утомляемость	Снижение повседневной активности $\geq 50\%$

Таблица 4. Лабораторные критерии для пересмотра схемы АРТ вследствие побочного действия препаратов

Показатель	Степень тяжести III
Общий анализ крови	
Гемоглобин	≤ 69 г/л
Абсолютное число нейтрофилов	≤ 250 мкл ⁻¹
Биохимический анализ крови	
Билирубин	$\geq 3,0$ — $7,5$ раза выше нормы
Креатинин	$\geq 1,2$ — $1,5$ раза (младше 2 лет) или $1,7$ — $2,0$ раза (старше 2 лет) выше нормы
Биохимические показатели функции печени	
АсАТ	≥ 10 раз выше нормы или быстро увеличивается
АлАТ	≥ 10 раз выше нормы или быстро увеличивается
Ферменты поджелудочной железы	
Амилаза, липаза	≥ 2 — 3 раза выше нормы

ции по тактике ведения детей при сыпи и дисфункции печени, вызванных невирапином.

Пересмотр схемы АРТ вследствие неудачи лечения

Успешная АРТ приводит к клиническому улучшению, восстановлению иммунитета и подавлению репликации ВИЧ. У больных с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции следует ожидать клинического улучшения через 3 мес после начала АРТ. Через 6 мес обычно увеличивается число лимфоцитов CD4, однако степень увеличения зависит от их исходного числа. Тем не менее у большинства детей при условии подавления репликации ВИЧ происходит значительный подъем числа и доли лимфоцитов CD4.

Неудача лечения чаще всего бывает обусловлена несоблюдением схемы лечения. **Прежде чем пересматривать схему АРТ, необходимо оценить приверженность к терапии.** Если выяснилось, что схема лечения не соблюдается, следует сначала установить причину и попытаться ее устранить. С изменением схемы АРТ следует подождать до тех пор, пока ребенок и его семья не будут готовы тщательно соблюдать врачебные назначения. Однако, если несоблюдение схемы лечения связано с неудобной лекарственной формой препарата или его неприятным вкусом, пересмотр схемы АРТ может привести к укреплению приверженности. Нужно убедиться, что ребенок может принимать новые антиретровирусные препараты, и только потом назначать их. Способы оценки и укрепления приверженности к терапии у детей обсуждались в главе 2.4.

Таблица 5. Замена одного препарата при раннем побочном действии АРТ

Схема первого ряда	Замена одного препарата
Зидовудин + ламивудин + невирапин	
	При непереносимости зидовудина: ставудин + ламивудин + невирапин
	При непереносимости невирапина: зидовудин + ламивудин + нелфинавир
	* Если ребенку ≥ 3 лет, вес ≥ 10 кг и нет поражения кожи IV степени тяжести: зидовудин + ламивудин + эфавиренз
Схема первого ряда	Замена одного препарата
Ставудин + ламивудин + невирапин	
	При непереносимости ставудина: зидовудин + ламивудин + невирапин
	При непереносимости невирапина: ставудин + ламивудин + нелфинавир
	* Если ребенку ≥ 3 лет, вес ≥ 10 кг и нет поражения кожи IV степени тяжести: ставудин + ламивудин + эфавиренз
Схема первого ряда	Замена одного препарата
Зидовудин + ламивудин + эфавиренз*	
	При непереносимости зидовудина: ставудин + ламивудин + эфавиренз
	При нейротоксичности, вызванной эфавирензом: зидовудин + ламивудин + невирапин
	При поражении кожи или гепатотоксичности, вызванных эфавирензом: зидовудин + ламивудин + ингибитор протеазы ВИЧ
Схема первого ряда	Замена одного препарата
Ставудин + ламивудин + эфавиренз*	
	При непереносимости ставудина: зидовудин + ламивудин + эфавиренз*
	При нейротоксичности, вызванной эфавирензом: ставудин + ламивудин + невирапин
	При поражении кожи или гепатотоксичности, вызванных эфавирензом: ставудин + ламивудин + ингибитор протеазы ВИЧ
Схема первого ряда	Замена одного препарата
Зидовудин + ламивудин + нелфинавир	
	При непереносимости зидовудина: ставудин + ламивудин + нелфинавир
	При непереносимости нелфинавира: зидовудин + ламивудин + эфавиренз* или невирапин
Схема первого ряда	Замена одного препарата
Ставудин + ламивудин + нелфинавир	
	При непереносимости ставудина: зидовудин + ламивудин + нелфинавир
	При непереносимости нелфинавира: ставудин + ламивудин + эфавиренз* или невирапин

Таблица 5. Замена одного препарата при раннем побочном действии АРТ (окончание)

Схема первого ряда	Замена одного препарата
Зидовудин + ламивудин + лопинавир/ритонавир	
	При непереносимости зидовудина: ставудин + ламивудин + лопинавир/ритонавир
	При непереносимости лопинавира/ритонавира: зидовудин + ламивудин + нелфинавир
Схема первого ряда	Замена одного препарата
Ставудин + ламивудин + лопинавир/ритонавир	
	При непереносимости ставудина: зидовудин + ламивудин + лопинавир/ритонавир
	При непереносимости лопинавира/ритонавира: ставудин + ламивудин + нелфинавир
* Эфавиренз назначают только детям ≥ 3 лет, весящим ≥ 10 кг.	

Критерии неудачи лечения

- Отсутствие клинического улучшения либо ухудшение состояния спустя 3 мес после начала АРТ
 - ◆ Отсутствие прибавки в весе и/или росте либо похудание
 - ◆ Новое СПИД-индикаторное заболевание или рецидив имеющегося СПИД-индикаторного заболевания*
 - ◆ Утрата сформированных навыков или возникновение ВИЧ-энцефалопатии
- Отсутствие иммунологического улучшения
 - ◆ Через 6 мес после начала АРТ число и доля лимфоцитов CD4 не повысились (примерно на 50 мкл^{-1} или на 3%)
 - ◆ Падение доли лимфоцитов CD4 до исходного уровня, бывшего до начала лечения, или ниже этого уровня**
 - ◆ Снижение доли лимфоцитов CD4 более чем на 30% от максимального уровня у данного ребенка**

* Исключают синдром восстановления иммунитета.

** У детей старше 6 лет, кроме доли лимфоцитов CD4, можно ориентироваться на число лимфоцитов CD4.

Схемы АРТ второго ряда

Приводимые ниже рекомендации по чередованию препаратов адресованы врачам, которые не имеют возможности определить вирусную нагрузку и чувствительность ВИЧ к антиретровирусным средствам. При выборе схемы второго ряда в первую очередь принимают во внимание устойчивость возбудителя, которая могла развиться в ходе неудавшегося лечения, и подбирают новые препараты так, чтобы к ним не было перекрестной устойчивости. В рекомендуемых схемах второго ряда учтены также эффективность, побочное действие и стоимость препаратов, наличие удобных лекарственных форм. С появлением новых данных рекомендации по схемам АРТ второго ряда могут измениться.

Рекомендации по замене схемы АРТ, содержащей нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Зидовудин или ставудин	→	Абакавир
+		+
Ламивудин	→	Диданозин
+		+
Невирапин или эфавиренз	→	Лопинавир/ритонавир или, если нет «холодовой цепи», Нелфинавир

Рекомендации по замене схемы АРТ, содержащей ингибитор протеазы ВИЧ

Зидовудин или ставудин	→	Абакавир
+		+
Ламивудин	→	Диданозин
+		+
Лопинавир/ритонавир или нелфинавир	→	Невирапин (детям младше 3 лет) или Эфавиренз (детям 3 лет и старше)

Проблемы, которые возникают при использовании лопинавира/ритонавира, нелфинавира и нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, мы уже обсуждали. Информацию о побочном действии антиретровирусных препаратов читатель найдет в приложении Б. Остановимся лишь на некоторых важных моментах. Лопинавир/ритонавир имеет горький вкус и намного лучше переносится детьми, если его дают вместе с пищей. Напротив, диданозин необходимо принимать на пустой желудок — либо не позже чем за полчаса до еды, либо не раньше чем через два часа после нее. В связи с этим

ежедневный прием препаратов приходится дробить на две части: диданозин дают ребенку отдельно, на пустой желудок, а лопинавир/ритонавир с абакавиром — в другое время, лучше всего вместе с пищей. Это существенно затрудняет лечение. Родителям нужно очень четко объяснить, когда и как надо принимать эти антиретровирусные препараты.

Заключение

Антиретровирусная терапия практически всегда планируется заблаговременно. От правильной подготовки больных детей и их родителей зависит, принесет ли терапия пользу или закончится неудачей. Обдуманый выбор схем АРТ первого и второго ряда, наблюдение за побочными эффектами, постоянная оценка и укрепление приверженности к терапии, а также внимание к психологическим и социальным потребностям ребенка и его семьи являются неотъемлемыми компонентами успешной антиретровирусной терапии у детей.

Приложение А. Информация о некоторых антиретровирусных препаратах

Зидовудин обычно хорошо переносится, однако у некоторых детей отмечаются головная боль, тошнота и утомляемость. Эти симптомы обычно носят преходящий характер, поэтому зидовудин отменяют только тогда, когда они сильно выражены (табл. 3 и 4). Возможно также угнетение кроветворения: анемия обычно развивается в течение 4—6 нед, нейтропения — в первые 6 мес лечения. При появлении бледности, утомляемости, одышки и слабости у детей, принимающих зидовудин, следует исключить анемию. Почти у всех больных возникает макроцитоз, который не является показанием к пересмотру схемы АРТ и не требует дальнейшего обследования. Более редкие побочные эффекты зидовудина — миопатия с поражением скелетных мышц и миокарда и лактацидоз.

Ламивудин переносится очень хорошо и оказывает минимальное побочное действие. Как и все нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ламивудин вызывает лактацидоз и жировую дистрофию печени, однако намного реже, чем это делает ставудин.

Ставудин обычно хорошо переносится детьми. Однако лечение этим препаратом сопряжено с развитием периферической нейропатии и лактацидоза, особенно если его назначают в комбинации с дидазином. У детей эти побочные эффекты отмечаются реже, чем у взрослых. При периферической нейропатии обычно достаточно симптоматического лечения, однако в тяжелых случаях препарат приходится отменять. Хотя у большинства больных вообще не возникает никаких побочных эффектов, врач должен быть насторожен в отношении лактацидоза — редкого, но опасного осложнения. Лактацидоз с клиническими проявлениями возникает менее чем в 0,1% случаев, однако повышенный уровень лактата в крови отмечается почти у 5% больных, принимающих нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. Симптомы лактацидоза включают утомляемость, боль в животе, тошноту, рвоту и похудание; лабораторные исследования выявляют повышенный уровень лактата в крови в сочетании с метаболическим ацидозом или без него. Возможны также увеличение анионного интервала, активности креатинфосфокиназы, аминотрансфераз и лактатдегидрогеназы. Прежде всего следует отменить препарат, вызвавший данное осложнение; лактацидоз обычно разрешается через 3—6 мес. Для во-

зобновления АРТ часто требуется консультация специалиста. Безопасность повторного назначения нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы таким больным пока не доказана.

Невирапин. Самый частый побочный эффект препарата у взрослых и детей — сыпь, которая возникает почти у 20% больных. Высыпания, как правило, носят легкий или среднетяжелый характер, однако в 2—5% случаев из-за них приходится отменять препарат. Возможны нарушение общего состояния и развитие синдрома Стивенса—Джонсона или токсического эпидермального некролиза. Высыпания обычно появляются в первые 2—6 нед после начала лечения. Для снижения риска этого осложнения невирапин в первые 14 сут назначают в уменьшенной дозе, а затем наращивают ее до полной. Такая схема приема препарата является стандартной во всех программах МЦПС. Если в первые 2 нед приема невирапина у ребенка появилась сыпь, дозу не увеличивают до разрешения высыпаний. Ребенка обследуют в поисках системных нарушений, а при высыпаниях II степени тяжести и более определяют биохимические показатели функции печени. При поражении кожи I и II степени тяжести лечение, как правило, продолжают, при III и IV степени невирапин отменяют.

Невирапин также оказывает гепатотоксическое действие, которое у детей отмечается реже, чем у взрослых. Дисфункция печени, вызванная невирапином, может быть как легкой (проявляющейся лишь небольшим повышением активности аминотрансфераз), так и тяжелой, вплоть до молниеносного холестатического гепатита, острого некроза печени и острой печеночной недостаточности. После отмены препарата функция печени обычно восстанавливается, однако сообщалось и о летальных исходах. Гепатотоксическое действие обычно наблюдается в первые недели лечения, но может проявиться в любое время. Лечащий врач должен наблюдать за функцией печени по своему усмотрению. Обнаружив дисфункцию печени, нужно выяснить ее причину. Невирапин отменяют и никогда больше не назначают при поражении печени III степени тяжести или более, а также у всех детей с клинической картиной гепатита (утомляемость, отсутствие аппетита, тошнота, гипербилирубинемия, желтуха, болезненность печени при пальпации, гепатомегалия).

Степень поражения кожи

Степень I (легкое поражение)

- Эритема с зудом или без него

Степень II (поражение средней тяжести)

- Распространенная пятнисто-папулезная сыпь *или*
- Шелушение *или*
- Крапивница *или*
- Мишеневидные элементы сыпи без везикул, пузырей и эрозий
- И отсутствие системных нарушений (лихорадки, миалгии, артралгии, повышенной активности аминотрансфераз).

Внимание: всем больным с поражением кожи II степени тяжести необходимо определить биохимические показатели функции печени

Степень III (тяжелое поражение)

- Везикулярная сыпь *или*
- Отслойка эпидермиса *или*
- Эрозии *или*
- Распространенная сыпь и сывороточная болезнь (лихорадка, лимфаденопатия, миалгия и артралгия) *или*
- Распространенная сыпь, иногда с образованием пузырей, и системные нарушения (лихорадка, повышенная активность аминотрансфераз)

Степень IV (угрожающее жизни поражение)

- Поражение слизистых *или*
- Подозрение на синдром Стивенса—Джонсона или токсический эпидермальный некролиз *или*
- Полиморфная экссудативная эритема *или*
- Эксфолиативная эритродермия

Эфавиренз обычно хорошо переносится детьми. Однако он может оказать побочное действие на ЦНС: у детей наблюдаются яркие устрашающие сновидения, нарушения сна, возбуждение, галлюцинации, диссоциативные расстройства, депрессия и другие нарушения настроения. Многие из этих побочных эффектов с течением времени прекращаются. Симптомы ослабевают, если принимать препарат на ночь. Однако некоторые больные не в силах вынести эти побочные эффекты, и тогда эфавиренз приходится отменять. Самый частый побочный эффект эфавиренза у детей — пятнисто-папулезная сыпь, которая, как правило, носит легкий или среднетяжелый характер и не требует отмены препарата. Гепатотоксическое действие эфавиренза у детей обычно не отмечается.

Нелфинавир обычно хорошо переносится детьми. Он может стать причиной жидкого стула или поноса,

боли или неприятных ощущений в животе. В большинстве случаев достаточно симптоматического лечения. Подобно другим ингибиторам протеазы ВИЧ, нелфинавир вызывает метаболические нарушения, в том числе липодистрофию, гиперхолестеринемию и гипертриглицеридемию, а также способен спровоцировать развитие сахарного диабета.

Лопинавир/ритонавир вызывает неприятные ощущения в животе, тошноту и головную боль. Дети обычно хорошо переносят этот препарат. Подобно другим ингибиторам протеазы ВИЧ, лопинавир/ритонавир может вызвать гипергликемию, гиперлипотемию и липодистрофию.

Диданозин обычно хорошо переносится. Наиболее часто отмечаются тошнота и понос. Самый тяжелый побочный эффект — панкреатит, однако у детей он встречается редко. При подозрении на панкреатит

препарат отменяют. Кроме того, диданозин может вызвать периферическую нейропатию и, как все остальные нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, лактацидоз и жировую дистрофию печени. Однако эти осложнения при лечении диданозином более редки, чем при использовании других нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, особенно ставудина.

Абакавир. Самый тяжелый побочный эффект препарата — аллергическая реакция, которая возникает почти у 5% детей, начавших принимать абакавир.

Проявления этой аллергической реакции включают гриппоподобные симптомы, лихорадку, кашель, озноб, недомогание, сыпь, рвоту, понос, нарушения дыхания, головную боль, миалгию и артралгию. При подозрении на аллергическую реакцию препарат немедленно отменяют. После отмены абакавира симптомы обычно разрешаются, однако продолжение приема препарата и повторное его назначение могут привести к гибели больного. Родителей надо предупредить о возможности этого осложнения; они должны обратиться к врачу при появлении любого из подозрительных симптомов.

Приложение Б. Дозирование антиретровирусных препаратов и ТМП/СМК у детей: рекомендации для стран с ограниченными ресурсами

Вес, кг	Абакавир (Зиаген®)	Ставудин (Зерит®)	Ламивудин (Эпивир®)	Зидовудин (Ретровир®)	Дидазиин (Видекс®)	Невиралапир (Вирамуни®)	Эфавиренз (Сустива®, Стокрин®)
	8 мг/кг 2 раза в сутки	1 мг/кг 2 раза в сутки	4 мг/кг 2 раза в сутки	240 мг/м ² 2 раза в сутки	120 мг/м ² 2 раза в сутки	Начальная доза 4 мг/кг 1 раз в сутки в течение 14 сут., затем увеличить дозу до полной	Указанная доза 1 раз в сутки
	Жидкость, 20 мг/мл	Таблетки, 300 мг	Жидкость, 10 мг/мл	Жидкость, 10 мг/мл	Жевательные таблетки, 25, 50 и 100 мг	Жидкость, 10 мг/мл	Жидкость, 10 мг/мл
5,0—6,9	2 мл	Капсулы, 15, 20 и 30 мг	Жидкость, 10 мг/мл	Жидкость, 7 мл		Жидкость, 2 мл	Капсулы, 50, 100 и 200 мг
7,0—9,9	3 мл	15 мг	3 мл	9 мл	25 мг + 25 мг	3 мл	
10,0—11,9	4 мл	15 мг (или 20 мг)	4 мл	12 мл	25 мг + 25 мг	4 мл	200 мг
12,0—14,9	5 мл	15 мг (или 20 мг)	5 мл	14 мл	50 мг + 25 мг	5 мл	200 мг
15—16,9	6 мл	15 мг (или 20 мг)	6 мл	15 мл	50 мг + 25 мг	6 мл	200 мг + 50 мг
17—19,9	7 мл	20 мг	7 мл	17 мл	50 мг + 50 мг	7 мл	200 мг + 50 мг
20—24,9	9 мл	20 мг	9 мл	20 мл	50 мг + 50 мг	9 мл	200 мг + 100 мг
	Жидкость, 25—27,9 кг 28—29,9 кг	1/2 таблетки 1 таблетка	Жидкость, 11 мл 12 мл	Жидкость, 24 мл	100 мг + 25 мг	Жидкость, 11 мл	Жидкость, 11 мл
25—29,9	13 мл	30 мг	11 мл	3 капсулы или 1 таблетка	100 мг + 25 мг	11 мл	200 мг + 100 мг + 50 мг
	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	100 мг + 25 мг	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка
30—34,9	13 мл	30 мг	13 мл	27 мл	100 мг + 25 мг	13 мл	200 мг + 100 мг + 50 мг
	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	100 мг + 25 мг	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка
35—40	15 мл	30 мг	15 мл	30 мл	100 мг + 25 мг	15 мл	200 мг + 200 мг
	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	1/2 таблетки 1 таблетка	100 мг + 25 мг	15 мл	200 мг + 200 мг

Приложение Б. Дозирование антиретровирусных препаратов и ТМП/СМК у детей: рекомендации для стран с ограниченными ресурсами

продолжение

Вес, кг	Лопинавир/ритонавир (Калетра®)	Нефнавир (Вирасепт®)	Индинавир (Криксиван®)	Триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК, Бактрим®, Другие)
	Дозы в пересчете на лопинавир: < 15 кг: 12 мг/кг 2 раза в сутки ≥ 15 кг: 10 мг/кг 2 раза в сутки	60 мг/кг 2 раза в сутки	500 мг/м ² каждые 8 ч	Примерно 4 мг/кг (в пересчете на ТМП) 1 раз в сутки (Для профилактики оппортунистических инфекций. Для лечения бактериальных и протозойных инфекций используют более высокие дозы, чем те, которые здесь указаны)
	Жидкость, 80 мг/кг (в пересчете на лопинавир)	Таблетки, 250 мг	Капсулы, 200 мг	Жидкость, 8 мг/мл (в пересчете на ТМП)
5,0—6,9		2 таблетки	1 капсула	3 мл
7,0—9,9	1,5 мл	2 таблетки	1 капсула	4 мл
10,0—11,9	2 мл	2 таблетки	1 капсула	5 мл
12,0—14,9	2 мл	3 таблетки	1 капсула	7 мл
15—16,9	2,5 мл	3 таблетки	2 капсулы	8 мл
17—19,9	2,5 мл	4 таблетки	2 капсулы	9 мл
20—24,9	3 мл	5 таблеток	2 капсулы	11 мл
25—29,9	3,5 мл	5 таблеток	2 капсулы	14 мл
30—34,9	4 мл	5 таблеток	3 капсулы	17 мл
35—40	5 мл	5 таблеток	3 капсулы	20 мл
				Таблетки, 80/400 мг (80 мг ТМП + 400 мг СМК)
				1/2 таблетки
				1/2 таблетки
				1 таблетка
				1 таблетка
				1 таблетка
				1 таблетка
				2 таблетки
				2 таблетки
				2 таблетки

Приложение Б. Дозирование антиретровирусных препаратов и ТМП/СМК у детей: рекомендации для стран с ограниченными ресурсами

окончание

Абакавир. Таблетки можно глотать целиком либо размельчить и растворить в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления.

Ставудин. Капсулы можно открыть и растворить содержимое в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Ставудин в капсулах не рекомендуется для детей весом менее 7 кг, поскольку даже самые маленькие капсулы содержат слишком большую дозу препарата. Ставудин в виде раствора для приема внутрь можно хранить при комнатной температуре в течение 24 ч, в холодильнике — 30 сут. В местности, где домашние холодильники отсутствуют, раствор для приема внутрь применять нельзя. В случае если капсулы по 15 мг недоступны, для детей весом 10—16,9 кг можно использовать капсулы по 20 мг. Доза будет превышать рекомендуемую (1 мг/кг), однако в клинических испытаниях применялись и более высокие дозы, и все они хорошо переносились. В то же время для детей весом менее 10 кг можно использовать капсулы только по 15 мг.

Ламивудин. На таблетках нет насечки, но их можно разделить на две равные части в аптеке с помощью специального резака. Таблетки можно размельчить и растворить в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Для детей весом менее 15 кг нужно использовать раствор для приема внутрь, поскольку точная дозировка препарата при использовании таблеток невозможна. Раствор для приема внутрь можно хранить при комнатной температуре. Когда вес ребенка достигает этих значений, разовую дозу препарата меняют с половины таблетки до целой. Поскольку ламивудин оказывает мало побочных эффектов, увеличение дозы переносится хорошо.

Зидовудин. Капсулы можно открыть и растворить содержимое в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Таблетки можно размельчить и растворить в воде или смешать с небольшим количеством пищи;

принимать сразу после приготовления. Для детей весом менее 7 кг нужно использовать раствор для приема внутрь, поскольку точная дозировка препарата при использовании капсул невозможна. Раствор для приема внутрь можно хранить при комнатной температуре. Для определения доз на единицу веса были использованы значения площади поверхности тела, рассчитанные исходя из средних значений роста и веса.

Диданозин. Разовая доза препарата должна состоять из двух таблеток, чтобы содержащегося в них щелочного буфера хватило для нейтрализации кислого желудочного сока. Это необходимо для всасывания препарата. Таблетки можно растворить в воде перед приемом. Их можно жевать или глотать. Диданозин необходимо принимать на пустой желудок — не позже чем за 30 мин до еды и не раньше чем через 2 ч после еды. К суспензии для приема внутрь нужно добавлять антацид или воду. Суспензию можно хранить при комнатной температуре в течение 24 ч, в холодильнике — 30 сут. В местности, где домашние холодильники отсутствуют, суспензию для приема внутрь применять нельзя. Прием диданозина и прием индинавира должны быть разнесены во времени на один час. Для определения доз на единицу веса были использованы значения площади поверхности тела, рассчитанные исходя из средних значений роста и веса.

Невирапин. На таблетках есть насечка, и их можно разделить на две равные части. Таблетки можно размельчить и растворить в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Раствор для приема внутрь можно хранить при комнатной температуре. Начальная доза невирапина составляет 4 мг/кг один раз в сутки в течение 14 сут. Если за это время не появляется сыпь, то дозу увеличивают до полной: детям младше 8 лет назначают 7 мг/кг 2 раза в сутки, детям 8 лет и старше — 4 мг/кг 2 раза в сутки. В начальном периоде лечения невирапином у детей с таким весом лучше использовать жидкие лекарственные формы для более точной дозировки. Если у

детей с таким весом используют таблетки, то назначают по одной таблетке утром и по половине таблетки вечером. Это позволяет создать такую же суточную дозу, как при использовании жидких лекарственных форм. Период полувыведения невирапина достаточно велик, поэтому колебания сывороточной концентрации препарата при такой схеме приема считаются приемлемыми.

Эфавиренз. Капсулы можно открыть и растворить содержимое в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Раствор для приема внутрь можно хранить при комнатной температуре. При использовании раствора для приема внутрь дозы препарата больше, чем при использовании капсул и таблеток. Дозы и фармакокинетика препарата при использовании раствора для приема внутрь изучены намного хуже, чем при использовании капсул и таблеток. Даже если жидкие лекарственные формы эфавиренза доступны, рекомендуется применять капсулы или таблетки.

Лопинавир/ритонавир. Дозы препараты даются в пересчете на лопинавир. Капсулы **нельзя** открывать и размельчать, их нужно глотать целиком. Капсулы используют только в том случае, если ребенок может их глотать. Капсулы и раствор для приема внутрь нужно принимать вместе с пищей. Капсулы и раствор для приема внутрь должны храниться на холоде вплоть до отпуска пациенту. После того как их вынут из холодильника, капсулы и раствор для приема внутрь могут храниться при комнатной температуре (не выше 25°C) не более 60 сут. Если температура окружающей среды превышает 25°C, препарат следует отпускать в более мелких количествах (например, в количестве, достаточном для одного месяца лечения). Лопинавир/ритонавир не рекомендуется детям младше 6 месяцев. Объем раствора округлен с точностью до 0,5 мл согласно рекомендациям производителя для простоты дозирования. У детей весом 17—19,9 кг две капсулы 2 раза в сутки примерно на 40—60% превышают рекомендованную суточную дозу. Однако одна капсула 2 раза в сутки на 20—30% ниже рекомендованной суточной дозы. Для детей с таким весом желательно использовать жидкие лекарственные формы.

Разработчики:

Всемирная программа по СПИДу и Отдел профилактики ВИЧ/СПИДа Центра по контролю заболеваемости США, Национальный центр по борьбе с ВИЧ-инфекцией, ЗППП и туберкулезом, Центр по контролю заболеваемости (CDC), Атланта, Джорджия, США

Нелфинавир. Таблетки можно размельчить и растворить в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Для улучшения всасывания препарат необходимо принимать вместе с пищей. Порошок для приема внутрь нужно отмерять и разводить с соблюдением ряда правил; это сложно и в странах с ограниченными ресурсами вряд ли возможно. Дозы для детей младше 2 лет окончательно не установлены. Приведенные в таблице дозы для детей весом менее 10 кг не превышают дозы 75 мг/кг 2 раза в сутки, которая уже применялась рядом специалистов.

Индинавир. Капсулы можно открыть и растворить содержимое в воде или смешать с небольшим количеством пищи; принимать сразу после приготовления. Индинавир необходимо принимать на пустой желудок — не позже чем за 1 ч до еды и не раньше чем через 2 ч после еды. Больным, принимающим индинавир, нужно потреблять много жидкости во избежание поражения почек. Прием индинавира и прием диданозина должны быть разнесены во времени на один час. Для определения доз на единицу веса были использованы значения площади поверхности тела, рассчитанные исходя из средних значений роста и веса.

Триметоприм/сульфаметоксазол. В рекомендациях по профилактике оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей обычно указывается доза 5 мг/кг (в пересчете на ТМП) 2 раза в сутки на протяжении трех дней подряд каждую неделю. Однако, если принять во внимание концентрацию препарата в суспензии ТМП/СМК и необходимость всемерно укреплять приверженность к терапии, то проще и удобнее принимать препарат один раз в сутки каждый день. Чтобы получить дозу 4 мг/кг (в пересчете на ТМП), надо взять по 0,5 мл суспензии ТМП/СМК на каждый килограмм веса ребенка. Для лечения бактериальных и протозойных инфекций используют более высокие дозы ТМП/СМК; их можно найти в других источниках.

Национальная программа помощи при СПИДе — Тороро, Уганда, Всемирная программа по СПИДу, CDC—Уганда, Энтеббе, Уганда

Расширенная инициатива по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (MTCT-Plus) и Международный центр программ по СПИДу, Институт общественного здравоохранения им. Мэйлмэна Колумбийского университета, Нью-Йорк, Нью-Йорк, США

Бейлорская международная педиатрическая инициатива по борьбе со СПИДом, Бейлорский Медицинский колледж, Хьюстон, Техас, США

РАЗДЕЛ 7. ПОМОЩЬ ПОМОГАЮЩИМ



ПОМОЩЬ ПОМОГАЮЩИМ

Оказание поддержки людям, которые помогают ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, — еще один обязательный компонент программ помощи и лечения. В других главах мы описывали, как оказывать поддержку родным и близким больных. Эта глава посвящена помощи персоналу программ.

Психологическая и социальная поддержка

Во время эпидемий работники здравоохранения испытывают колоссальные психические перегрузки. Как и всех остальных людей, их окружают смерть и несчастья. Переутомление, тревога, опустошенность, а также реальный риск заразиться от своих пациентов создают предпосылки для личностных, профессиональных и этических конфликтов.

В своем романе «Чума» Камю описал состояние врача, оказавшегося безоружным во время опустошительной эпидемии:

«К концу этих изнуряющих недель, когда все в тех же сумерках весь город выплескивался наружу и бессмысленно кружил по улицам, Риэ вдруг отдал себе отчет, что ему не требуется больше защищаться от жалости. Очень уж утомительна жалость, когда жалость бесполезна... И, поняв, как постепенно замыкается в самом себе его сердце, доктор впервые ощутил облегчение, единственное за эти навалившиеся на него, как бремя, недели...»*

Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе дают врачам средства для борьбы с болезнью и побуждают к действию, а следовательно, вселяют в них надежду. Однако при этом на врачей ложится еще больший груз ответственности, связанный с распределением медицинских услуг, выбором тактики лечения и обеспечением доступа к антиретровирусной терапии.

* Camus, Albert. *La Peste*. Librairie Gallimard, Paris, 1947. Цитата дана в переводе Н. Жарковой.

Для персонала программ психосоциальная поддержка не менее важна, чем для пациентов. Формы поддержки многообразны, простейшие из них — солидарность, товарищеские отношения и взаимное уважение между членами многопрофильной бригады, совместное противостояние трудностям, внимательное отношение к идеям, выдвинутым сослуживцами, обмен радостными новостями.

Регулярные совещания многопрофильной бригады, описанные в главе 1, дают прекрасную возможность поделиться друг с другом соображениями относительно тех или иных больных, обсудить работу программы и планы на будущее, а также поддержать и приободрить товарища, высказать ему свою симпатию, оказать поддержку, помочь советом.

Переподготовка и повышение квалификации персонала позволяют людям приобрести новые знания и навыки, а заодно сблизиться и подружиться, расслабиться и отвлечься от суровых клинических будней.

Персоналу может потребоваться и более серьезная помощь, в том числе поддерживающее консультирование или лечение у психиатра, например, по поводу депрессии. Возможности оказания специализированной помощи, естественно, будут зависеть от местных ресурсов. Следует иметь под рукой перечень местных служб поддержки и время от времени обновлять его.

Универсальные меры предосторожности

Все сотрудники программы, от врачей до уборщиц, должны соблюдать универсальные, или стандартные, меры предосторожности, призванные охранить их от заражения болезнетворными микроорганизмами, передающимися с кровью. ВОЗ и Центр по контролю заболеваемости США рекомендуют персоналу медицинских учреждений исходить из того, что каждый пациент может быть заражен. Ношение перчаток (и, в зависимости от обстоятельств, халатов), отказ от повторного использования игл и надевания колпачков на использованные иглы, соблюдение правил утилизации и обработки игл и острых инструментов снижают риск заражения. Каждый сотрудник программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должен быть проинструктирован заранее, что ему следует делать в случае угрозы заражения.

Постэкспозиционная профилактика

Все члены многопрофильной бригады должны уметь оказать помощь сослуживцам в случае контакта с инфицированным ВИЧ материалом. В раз-

ных медицинских учреждениях правила могут слегка различаться, однако каждый опорный пункт программы МЦПС должен иметь письменную инструкцию, включающую следующие основные действия:

- Регистрация случая
- Обработка раны
- Эпидемиологическое обследование и тестирование на ВИЧ
- Консультирование
- Постэкспозиционная профилактика (по показаниям)
- Наблюдение

Помощь ВИЧ-инфицированному персоналу

В местности, где ВИЧ-инфекция широко распространена среди работоспособного взрослого населения, работники здравоохранения имеют равные шансы быть инфицированными ВИЧ. Весьма вероятно, что среди персонала каждого опорного пункта МЦПС окажутся ВИЧ-инфицированные лица. МЦПС считает, что этим лицам должны быть обеспечены помощь и лечение. Показания к антиретровирусной терапии и схемы лечения для них разрабатываются руководителями опорных пунктов.

