ВИЧ-инфекция у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, F02.4, R75, Z11.4 · Национальная вирусологическая ассоциация., Московское онкологическое общество

ВИЧ-инфекция — хроническое медленно прогрессирующее заболевание с поражением иммунной системы и риском оппортунистических инфекций и опухолей. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, клиническому стадированию, раннему началу пожизненной АРТ, профилактике вторичных заболеваний и диспансерному наблюдению взрослых.

Главное

- Клиническую стадию и фазу ВИЧ-инфекции определяют по проявлениям заболевания; уровни CD4 и вирусной нагрузки для стадирования не используют. Стадию указывают по наиболее тяжелому ВИЧ-ассоциированному состоянию, которое когда-либо было у пациента.
- АРТ проводят всем пациентам с подтвержденной ВИЧ-инфекцией независимо от CD4 и вирусной нагрузки; лечение длительное, пожизненное. Основная цель — подавить репликацию ВИЧ до неопределяемой вирусной нагрузки.
- При CD4 < 200 кл/мкл АРТ начинают неотложно, не позднее 1 недели (УУР 2В). Быстрый старт, не позднее 2 недель, также нужен при клинических стадиях 2, 4 и 5, CD4 < 350 кл/мкл, вирусной нагрузке > 100 000 копий/мл и ряде других приоритетных состояний.
- До начала АРТ необходимы консультирование, обсуждение барьеров приверженности, обследование в объеме диспансерного наблюдения, психологическая подготовка и письменное информированное согласие.
- АРТ временно откладывают при тяжелом нестабильном состоянии, требующем лечения вторичного заболевания, высоком риске жизнеугрожающего синдрома восстановления иммунитета, в отдельных случаях беременности в I триместре и у «элитных контроллеров». При туберкулезном менингите АРТ начинают минимум через 4 недели, но в течение 8 недель после начала лечения туберкулезного менингита; при криптококковом менингите — обычно через 2–10 недель противогрибковой терапии после улучшения состояния.
- Профилактика пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза показана при CD4 < 200 кл/мкл; профилактику нетуберкулезных микобактериозов проводят при CD4 < 50 кл/мкл. Перед профилактикой вторичных инфекций необходимо исключить их наличие.
- Диспансерное наблюдение обязательно и проводится пожизненно. После начала АРТ плановые обследования проводят через 1 месяц, через 3 месяца, затем каждые 3–4 месяца до снижения вирусной нагрузки ниже уровня определения и роста CD4 ≥ 500 кл/мкл; далее, при CD4 ≥ 500 кл/мкл и вирусной нагрузке ниже уровня определения, — каждые 6 месяцев.

Диагностика

1. При сборе анамнеза получить информацию о формах поведения с риском заражения ВИЧ, времени и пути заражения, предыдущем тестировании на ВИЧ, заболеваниях с общим механизмом передачи с ВИЧ или способствующих заражению, сексуальном и репродуктивном здоровье, курении, употреблении алкоголя и других психоактивных веществ. Одновременно оценить заболевания, которые могут быть следствием ВИЧ-инфекции, и возможные проявления туберкулеза (УУР 2А; для симптомов туберкулеза — УУР 1А).
2. Провести физикальное обследование: оценить общее состояние, массу тела и телосложение, осмотреть кожу и слизистые, включая перианальную и паховую области, оценить неврологический и психический статус.
3. Установить факт инфицирования лабораторно по алгоритму СП 3.3686-21 и приказа Минздрава России №1051н, используя комбинированные тест-системы с выявлением антител к ВИЧ-1/2 и антигена p24 ВИЧ-1. Тестирование проводят добровольно, с информированным согласием, конфиденциальностью и до- и послетестовым консультированием.
4. Диагноз устанавливает инфекционист Центра СПИД или иной уполномоченной специализированной организации по совокупности эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. После первичного

осмотра составляют план диспансерного наблюдения, а развернутый клинический диагноз оформляют в течение 10 дней.

5. При постановке на диспансерный учет для уточнения стадии заболевания определить CD4+ и CD8+ лимфоциты и количественную РНК ВИЧ-1 в плазме методом ПЦР.
6. При постановке на диспансерный учет обследовать пациента на сифилис, вирусные гепатиты B и C, токсоплазмоз, ЦМВ, туберкулез и хроническую болезнь почек; женщинам выполнить цитологический скрининг рака шейки матки. При CD4 <100 кл/мкл по клиническим показаниям исследовать антиген криптококка и проводить диагностику туберкулеза/микобактериозов.
7. Инструментальные методы используют для диагностики оппортунистических заболеваний, факторов риска и сопутствующих заболеваний: флюорографию или рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, измерение артериального давления, УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников. Специальное инструментальное исследование для самого факта ВИЧ-инфекции не требуется.

Лечение

- Начать АРТ всем пациентам с подтвержденной ВИЧ-инфекцией после консультирования, оценки приверженности, исходного обследования и получения письменного информированного согласия (УУР 1А). При готовности пациента лечение можно начать сразу после установления диагноза, если нет клинических противопоказаний.
- В качестве предпочтительных стартовых вариантов используют комбинации тенофовира с ламивудином или эмтрицитабином и третьим препаратом: эфавирензом, долутегравиром, ралтегравиром или элсульфавирином; возможна фиксированная комбинация. Долутегравир с ламивудином допустим при отрицательном HBsAg, РНК ВИЧ <500 000 копий/мл и отсутствии резистентности к обоим препаратам.
- Эфавиренз 400 мг принимают 1 раз в сутки в составе альтернативной схемы; его не назначают пациентам с туберкулезом, получающим противотуберкулезные препараты, и беременным. В регионах с первичной резистентностью к ННИОТ более 10% эфавиренз 400 или 600 мг не используют.
- При выборе препаратов учитывать безопасность: перед TDF определить креатинин и рассчитать СКФ, перед ABC — HLA-B*5701, перед ZDV/Ф-АЗТ — гемоглобин и нейтрофилы. При клиренсе креатинина 30–49 мл/мин дозу TDF корректируют; при клиренсе <30 мл/мин его применяют только при отсутствии альтернативы.
- Для профилактики пневмоцистной пневмонии при CD4 <200 кл/мкл используют ко-тримоксазол 400/80 мг ежедневно или 800/160 мг 3 раза в неделю; альтернатива при непереносимости — дапсон 100 мг ежедневно. Профилактику продолжают до CD4 >200 кл/мкл и неопределяемой вирусной нагрузки более 3 месяцев (УУР 5С).
- При церебральном токсоплазмозе лечение начинают при малейшем подозрении, не ожидая результатов обследования. Ко-тримоксазол назначают внутрь или внутривенно: начальная доза 50/10 мг/кг/сут или 75/15 мг/кг/сут в два приема до клинического улучшения, затем 37,5/7,5 мг/кг/сут не менее 6 недель; после лечения проводят вторичную профилактику ко-тримоксазолом 160/800 мг 2 раза в сутки ежедневно до достижения CD4 >200 кл/мкл и неопределяемой вирусной нагрузки в течение 6 месяцев.
- При вирусологической неудаче повторно определить вирусную нагрузку через 2–4 недели, оценить приверженность и выполнить тест на лекарственную устойчивость. При подтверждении неудачи у приверженного пациента переходят на схему следующего ряда с учетом результатов теста.
- Постконтактную профилактику назначают после рискованного контакта с кровью, окрашенной кровью слюной, грудным молоком, выделениями из половых органов, спинномозговой, амниотической, перитонеальной, синовиальной, плевральной или перикардиальной жидкостью через слизистые или парентерально. АРВП начинают в первые 2 часа, но не позднее 72 часов, курс продолжают 28 дней; предпочтительная основа — TDF+3TC или TDF+FTC, третьим препаратом — RAL или DRV+r 800/100 мг.

Когда направить и как наблюдать

- Диспансерное наблюдение проводят в Центре СПИД или у врача-инфекциониста по месту жительства в уполномоченной медицинской организации под контролем Центра СПИД. Наблюдение по месту жительства возможно после подтверждения диагноза и выбора режима терапии специалистами Центра СПИД.
- Госпитализировать при тяжелом состоянии, вторичных или сопутствующих заболеваниях, требующих стационарного лечения; выписывать после дополнительного обследования, подбора адекватной терапии и улучшения состояния.

- При ВИЧ-ассоциированной тромбоцитопении госпитализация показана при геморрагическом синдроме III–IV степени, глубокой тромбоцитопении не менее 20×10^9/л при выраженном геморрагическом синдроме в анамнезе, отягощающих сопутствующих заболеваниях, осложнениях лечения или невозможности соблюдать лечебный режим амбулаторно.
- При подозрении на лимфому у пациента с ВИЧ-инфекцией диагноз верифицируют по результатам морфологического и иммуногистохимического исследований опухолевой ткани; перед началом противоопухолевой терапии исследуют CD4+ лимфоциты и актуальную вирусную нагрузку РНК ВИЧ.

Частые вопросы

Нужно ли начинать АРТ при высоком CD4 и низкой вирусной нагрузке?

Да. АРТ проводят всем пациентам с подтвержденной ВИЧ-инфекцией независимо от CD4 и вирусной нагрузки. Исключения для отсрочки ограничены отдельными клиническими ситуациями, включая тяжелое состояние, высокий риск синдрома восстановления иммунитета и некоторых «элитных контроллеров».

Как быстро начинать АРТ при низком CD4?

При CD4 < 200 кл/мкл АРТ начинают не позднее 1 недели. При CD4 < 350 кл/мкл, клинических стадиях 2, 4 или 5 и вирусной нагрузке >100 000 копий/мл рекомендован быстрый старт не позднее 2 недель.

Какой минимальный набор исследований нужен при постановке на диспансерный учет?

Нужны CD4 и CD8, вирусная нагрузка, развернутый общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и исследование липидного обмена. Дополнительно обследуют на туберкулез, вирусные гепатиты B и C, сифилис, токсоплазмоз, ЦМВ и хроническую болезнь почек.

Когда начинать профилактику пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза?

Профилактику обеих инфекций проводят при CD4 < 200 кл/мкл; для пневмоцистной пневмонии также указан критерий менее 15%. Ко-тримоксазол является схемой выбора, а при его непереносимости используют дапсон.

Что делать после аварийного контакта с потенциально зараженным материалом?

Немедленно провести местную обработку, оценить источник и тип контакта, протестировать контактное лицо и источник, если возможно, и решить вопрос о ПКП. АРВП начинают в первые 2 часа, но не позднее 72 часов, принимают 28 дней; тестирование на ВИЧ проводят в день аварии и через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/79-vich-infekciya-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/79_2