



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

03.08.2022

№ 1732-12

г. Екатеринбург

**О проведении химиопрофилактики туберкулеза больным ВИЧ-инфекцией
на территории Свердловской области**

В целях совершенствования оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в части проведения химиопрофилактики туберкулеза в рамках внедрения клинических рекомендаций «Туберкулез у взрослых» (2022 год) на территории Свердловской области.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить правила проведения химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией на территории Свердловской области (далее – Правила) (приложение № 1).
2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, оказывающих помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией обеспечить выполнение Правил (приложение № 1).
3. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение десяти дней с момента его подписания.
4. Копию настоящего приказа направить в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и прокуратуру Свердловской области в течение семи дней после дня его первого официального опубликования.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.В. Ютяеву.

Министр

А.А. Карлов

**Правила
проведения химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией на
территории Свердловской области**

1. Целью химиопрофилактики туберкулеза (далее - ХП ТБ) у ВИЧ-инфицированных пациентов является снижение риска развития туберкулеза в результате заражения (первичного или повторного) и/или реактивации латентной туберкулезной инфекции (далее - ЛТИ).

2. При постановке на диспансерный учет врач-инфекционист определяет принадлежность пациента к группе риска по туберкулезу (в обязательном порядке выясняет наличие контактов с больными туберкулезом и проводит активный опрос о наличии клинических симптомов, характерных для туберкулеза: лихорадки, кашля, снижения массы тела, ночной потливости). При выявлении контакта с больным туберкулезом, клинических симптомов или изменений на рентгенограмме, подозрительных на туберкулез – направляет больного в противотуберкулезный диспансер (далее - ПТД), где проводится консультация врача-фтизиатра и обследование, направленное на исключение активного туберкулеза.

3. Рекомендуются пациентам с ВИЧ-инфекцией в начале диспансерного наблюдения тестировать на наличие латентной туберкулезной инфекции.

4. При отсутствии признаков активного туберкулеза (клинических и рентгенологических) врач-инфекционист определяет показания для проведения ХП ТБ. Назначение режима ХП ТБ проводится врачом-инфекционистом или врачом-фтизиатром по решению врачебной комиссии после получения письменного информированного добровольного согласия пациента.

5. ХП ТБ рекомендуется проводить всем больным ВИЧ-инфекцией при первичном установлении диагноза ВИЧ-инфекция.

6. В случае, если диагноз ВИЧ-инфекция был установлен ранее, но химиопрофилактика туберкулеза не проводилась – рекомендуется проведение химиопрофилактики туберкулеза.

7. ХП ТБ у лиц из контакта с множественной лекарственной устойчивостью к туберкулезу проводить с использованием левофлоксацина.

Режимы химиопрофилактики туберкулеза

Режим	Дозировка
Монотерапия изониазидом 6 или 9 месяцев ежедневно (6Н, 9Н)	5-10 мг/кг в день
Рифампицин 4 месяца ежедневно (4R)	10 мг/кг в день
Изониазид + Рифампицин 3 месяца	Изониазид: 5-10 мг/кг в день

ежедневно (ЗНР)	Рифампицин: 10 мг/кг в день (10–20 мг)
Изониазид + Рифапентин 3 месяца 1 раз в неделю (12 доз), ЗН Rfp	Независимо от веса Изониазид 900 мг/сутки Рифапентин 900 мг/сутки
Рифапентин + изониазид 1 месяц ежедневно (28 доз), 1Н Rfp	Независимо от веса Изониазид 300 мг/сутки Рифапентин 600 мг/сутки
Левифлоксацин 6 месяцев ежедневно (химиопрофилактика для лиц из контакта с МЛУ ТБ)	< 46 кг - 750 мг/сутки; >45 кг - 1г/сутки

8. Выбор режима химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией определяется межлекарственными взаимодействиями, прежде всего с АРТ, доступностью препаратов и с учетом пожеланий пациента. Для лиц с выраженным иммунодефицитом (уровень CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл) - целесообразно использовать схему ХП ТБ, состоящую из двух препаратов на трехмесячный срок.

9. Повторный курс химиопрофилактики туберкулеза может быть проведен по решению врачебной комиссии фтизиатров и (или) инфекционистов при наличии веских клинических показаний.

10. Полная информация о проведенном курсе ХП ТБ врачом-инфекционистом в обязательном порядке вносится в соответствующую вкладку базы данных ГАУЗ СО «ОЦ СПИД» «Клиника».

11. Для повышения приверженности пациентов к ХП ТБ врачу-инфекционисту или врачу-фтизиатру необходимо провести грамотное консультирование о важности профилактического лечения, длительности его проведения и характере нежелательных явлений, которые могут появиться в ходе лечения. В процессе консультирования больному следует разъяснить, как протекает заболевание, обосновать необходимость лечения и подчеркнуть, насколько важно довести курс лечения до конца. Кроме того, пациенту следует объяснить, что ему необходимо обратиться в медицинское учреждение при появлении следующих симптомов: отсутствие аппетита, тошнота, рвота, ощущение дискомфорта в области живота, постоянная усталость или слабость, моча темного цвета, светлый стул или желтуха. Если при возникновении таких симптомов обратиться в медицинское учреждение не удастся, то прием препарата следует немедленно прекратить.

12. При проведении ХП туберкулеза необходимо контролировать функциональное состояние печени (уровень аминотрансфераз, общего билирубина) через 1 месяц после начала ХП и далее 1 раз в 3 месяца при монотерапии изониазидом, и 1 раз в месяц при комбинированной схеме профилактического лечения. При исходно повышенном уровне аминотрансфераз первое исследование биохимического анализа крови следует провести через 2 недели после начала химиопрофилактики и в дальнейшем ежемесячно.

13. При показаниях к назначению АРВТ и ХП у больных ВИЧ-инфекцией при количестве CD4+лимфоцитов менее 100 клеток/мкл с целью профилактики развития синдрома восстановления иммунной системы первоначально назначается химиопрофилактика туберкулеза, а через 5-7 дней присоединяется антиретровирусная терапия.

14. При назначении препаратов из группы рифампицинов вместе с АРВТ необходимо обращать внимание на их взаимодействие с антиретровирусными препаратами.