

Первинна допомога особам із ВІЛ/СНІД: рекомендації IDSA 2020



Сучасні досягнення антиретровірусної терапії дозволяють людям з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) прожити майже очікувану тривалість життя, уникаючи прогресування клінічних проявів до синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) та передачі ВІЛ іншим особам або немовлятам. З огляду на це актуальними залишаються питання підтримки здоров'я цих людей протягом усього їх життя. Вкрай важливим є комплексний нагляд та керівництво первинної медичної допомоги особам із ВІЛ на основі фактичних даних. Старіння населення та невідкладний ріст неінфекційних захворювань дедалі ускладнюють забезпечення комплексного медичного обслуговування для осіб з ВІЛ з урахуванням необхідності охоплення множинних супутніх захворювань у цих пацієнтів і пов'язані з цим проблеми поліфармації. Експертною групою Асоціації медицини ВІЛ Американського товариства з інфекційних хвороб (HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America), США, нещодавно оновлено попередні рекомендації 2013 р. з первинної медичної допомоги особам із зазначеним захворюванням. У поданій публікації розглянуто загальні аспекти оптимізації лікувальної допомоги, а також розділ первинної оцінки та невідкладних заходів при зверненні з приводу ВІЛ. Повний виклад матеріалу настанови опубліковано у виданні «Clinical Infectious Diseases» 6 листопада 2020 р.

Оптимізація лікувальної допомоги, придбання лікарських засобів, пригнічення вірусної реплікації

Наведені рекомендації спрямовані на оптимізацію медичної допомоги особам з ВІЛ, однак створення довірчих відносин має враховувати порядок отримання медичної інформації, структуру надання лікувальної допомоги. Варто зважати на те, що для людей, які стикаються з дискримінацією та стигматизацією, оптимальні результати догляду залежать від неупередженого ставлення суспільства, де до проблеми відносяться із розумінням та толерантністю.

Усім особам з ВІЛ має надаватися своєчасна планова та невідкладна первинна медична допомога, включаючи можливість розширеного доступу, зокрема у вихідні дні та консультації за допомогою технологій телемедицини.

- Пункти спостереження ВІЛ-інфікованих пацієнтів мають докласти всіх зусиль для надання можливої допомоги, прийнятної з лінгвістичного та культурального поглядів.
- Пункти надання допомоги особам з ВІЛ мають реалізовувати програми, які включають науково обґрунтовані втручання, що сприяють залученню до лікування ВІЛ та пригніченню вірусної реплікації.
- У центрах надання допомоги з приводу ВІЛ варто реалізовувати міждисциплінарну модель, однак при цьому визначати основного лікаря для кожного окремого пацієнта і підтримувати формування та розвиток довірчих довготривалих стосунків між пацієнтом та лікарем.

Первинна оцінка та невідкладні заходи для осіб з ВІЛ

Всебічна оцінка анамнезу включає збір інформації про ВІЛ, лікарський/сімейний/соціальний анамнез, системний огляд та об'єктивні дані фізичального обстеження. Має проводитись у всіх пацієнтів після початку лікування — оптимально протягом першого відвідування або, якщо це неможливо, якомога швидше після цього. Зокрема, в умовах швидкого початку антиретровірусної терапії (АРТ) клініцисти спочатку можуть проаналізувати загальні відомості анамнезу, результати фізичального огляду та проводити подальші цілеспрямовані обстеження з ретельною всебічною оцінкою. Оскільки більшість пацієнтів не можуть згадати подробиці попереднього лікування та результати лабораторних досліджень, варто подавати запит і аналізувати медичні записи, відповідним чином оновлюючи актуальні медичні карти пацієнтів. Первинні лабораторні обстеження мають бути проведені при першому відвідуванні.

Первинна оцінка: історія нинішнього захворювання та анамнез, пов'язаний з ВІЛ

Історія нинішнього захворювання

- Початкові запитання мають бути зосереджені на формуванні певної довіри та взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом, заспокоєнні пацієнта та з'ясування головних обставин, які зумовили звернення пацієнта до лікаря, або просто на тому, щоб допомогти людині отримати допомогу у зв'язку з ВІЛ.
- Оцінити рівень розуміння пацієнтом особливостей лікування та профілактики ВІЛ, оцінити освітні потреби людини та визначити, якої додаткової соціальної підтримки вона може потребувати (оптимально — паралельно з ефективною терапією).
- Якщо АРТ до цього моменту не призначали, оцінити готовність пацієнта терміново розпочати АРТ, за можливості — в день першого відвідування.
- Якщо пацієнт раніше, але не в даний час, отримував АРТ, оцінити його готовність до термінового повторного курсу АРТ, зокрема за можливості в день першого відвідування і за наявності адекватної інформації для вибору відповідної схеми лікування.
- Оцінити потреби в додаткових соціальних послугах (житло, транспорт і доступ до продуктів харчування) і за необхідності — вчасно залучити допоміжний персонал.

ВІЛ-специфічний анамнез

- Орієнтовна дата діагностики ВІЛ.
- Орієнтовна дата інфікування ВІЛ (іноді можна визначити на основі попередніх негативних результатів тесту, появи симптомів, що свідчать про гостру ретровірусну інфекцію) або час дій, що могли призвести до інфікування.
- Попереднє лікування у зв'язку з ВІЛ.
- Найнижче значення CD4 та найвище вірусне навантаження.
- Попереднє та актуальне призначення АРТ:
 - Профілактичне застосування до чи після контакту (включаючи інформацію про лікарські засоби та дату їх останнього застосування).
 - АРТ для профілактики перинатальної передачі.
 - Попередня АРТ:
 - Схеми АРТ та рівень РНК ВІЛ під час лікування.
 - Тривалість терапії.
 - Причини зміни схеми лікування (наприклад вірусологічна невдача, толерантність, спрощення терапії) та труднощі з дотриманням режиму лікування.

- Оцінка попередньої медичної документації (оформити запит, якщо документація недоступна).
- Результати всіх попередніх тестувань резистентності.
- Перенесені ВІЛ-асоційовані стани:
 - Опортуністичні інфекції та/або злоякісні новоутворення відповідно до визначення 3-ї стадії за даними Центру контролю та профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention).
 - Інші ВІЛ-асоційовані стани (наприклад стоматомікоз).
- Особи, які нині вживають ін'єкційні наркотичні речовини:
 - Актуальна ситуація зловживання наркотичними речовинами.
 - Джерело придбання голок та практика поєданого їх використання.

Інші відомості медичного та хірургічного анамнезу

Супутні захворювання: актуальні або попередні хронічні захворювання, які можуть вплинути на вибір терапії та відповідь на неї

- Попередні та наявні нині захворювання шлунково-кишкового тракту.
- Захворювання печінки, включаючи вірусний гепатит.
- Серцево-судинні захворювання та фактори ризику, включаючи гіперліпідемію, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, тютюнопаління.
- Остеопенія чи остеопороз.
- Захворювання нирок.
- Анамнез переливання крові та її продуктів, трансплантації органів чи нанесення татувань.

Інші захворювання в минулому, які можуть мати значення для осіб з ВІЛ

- Вітряна віспа, оперізувальний герпес, кір.
- Інфікування *M. tuberculosis*, лікування; раніше проведена діагностика чи лікування латентного туберкульозу.
- Інфекції, що передаються статевим шляхом, включаючи сифіліс, хламідіоз, гонорею, простий герпес, трихомоніаз, шанкроїд, вірус папіломи людини (ВПЛ).
- Патологічні зміни в результатах цитологічного обстеження анальної ділянки. Аноректальні захворювання в анамнезі.

Гінекологічний та акушерський анамнез

- Вагітність у минулому та планування вагітності. Відомості про штучне запліднення від нествореного донора.
- Практика контролю народжуваності.
- Попередні результати цитології цервікального дослідження; патологічні результати цитологічного скринінгу, кольпоскопії, дані про електрохірургічне втручання, біопсію.
- Менструальний анамнез.
- Інші гінекологічні захворювання, включаючи запальні захворювання органів малого таза.

Психологічний та психіатричний анамнез

- Дані про попередній чи актуальний курс психотерапії та медикаментозне лікування.
- Тривожні розлади, біполярний афективний розлад, клінічна депресія, агресивні поведінкові розлади.
- Суїцидальні думки, гетероагресія; відомості про госпіталізацію внаслідок порушень психічного стану.
- Анамнез травм, зокрема сексуальне та фізичне насилля; посттравматичні стресові розлади (враховуючи непередбачувані емоційні реакції, які можуть бути викликані таким запитом).

Дані про зловживання психоактивними речовинами

- Тютюн, включаючи використання електронних сигарет; стаж у роках та оцінка сукупного впливу.
- Канабіс та канабіноїди, включаючи вейпінг.
- Вейпінг (незалежно від складу сумішей).
- Вживання алкоголю: кількісно визначити тижневе/щомісячне вживання.
- Психостимулятори, включаючи метамфетамін, кокаїн, крек-кокаїн.
- Опіоїди.
- Інші препарати, що відпускаються без рецепта.

- Неправильне або надмірне застосування рецептурних препаратів.
- Інші речовини (амілінітри (поперси), препарати для усунення еректильної дисфункції).
- Вживання ін'єкційних наркотичних речовин в минулому (незалежно від речовини), дані про поєднане застосування голки; госпіталізації, пов'язані з використанням ін'єкційних наркотичних речовин.

Відомості про госпіталізації, хірургічні процедури, переливання крові чи отримання продуктів крові, особливо в період 1975–1985 рр. або за межами США чи Канади.

Імунний статус (за можливістю отримати ці дані з попередніх медичних записів):

- Вакцинація в дитинстві, зокрема від кору, паротиту, краснухи.
- Гепатит А і В.
- ВПЛ.
- Вірус грипу.
- Менінгококова інфекція.
- Пневмокок — 13- та 23-валентні.
- Вітряна віспа.
- Пращець/дифтерія або прашець/дифтерія/кашлюк.
- Туристичні щеплення.

Історія подорожей і тимчасового перебування, що має відношення до ендемічних інфекційних захворювань, які здатні до реактивації (наприклад гістоплазмоз чи кокцидіодомікоз).

Педіатричний анамнез

- Акушерський анамнез та акушерська допомога в пологах матері.
- Застосування АРТ в перинатальний період.
- Чутливість до інфекційних захворювань.
- Ріст та розвиток.

Сімейний анамнез

- Цукровий діабет.
- Серцеві захворювання: інфаркт міокарда у родичів першої лінії у віці до 55 років у родичів чоловічої статі та у віці до 65 років — у родичів жіночої статі.
- Артеріальна гіпертензія.
- Гіперліпідемія.
- Онкологічні захворювання.

Соціальний анамнез

- Раса та етнічна приналежність.
- Гендерна ідентичність і сексуальна орієнтація.
- Місце народження, місце проживання та подорожі.
- Історія трудової зайнятості.
- Освіта.
- Історія перебування в місцях позбавлення волі.
- Фінансове забезпечення.
- Діти: вік, планування народження дітей у майбутньому, ВІЛ-статус дітей.
- Домашні улюбленці.
- Раціон харчування та фізична активність.
- Відомості про сексуальну активність, профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи бар'єрні методи.
- Сімейний стан/відносини:
 - Здоров'я партнера та ВІЛ-статус.
 - Доступ партнера (партнерів) до медичного обслуговування, включаючи ВІЛ-тестування за необхідності.
 - Поширення інформації про ВІЛ-статус партнеру (партнерам).
- Соціальна підтримка та участь у групах підтримки.
- Поширення інформації: друзі, родина, колеги.
- Доступність стабільного житла, харчування, транспорту.
- Стосовно неповнолітніх: перевірка легальності опіки та згоди.

Фармакотерапія

- Актуальні лікарські призначення, в тому числі безрецептурні ліки та харчові добавки.
- Застосування компліментарної та альтернативної терапії чи лікування.

Алергія та непереносимість: дати і типи реакції, включаючи гіперчутливість до АРТ.

Підтримка здоров'я та профілактичні огляди (за необхідності)

Дати останнього огляду: маммографія, денситографія, скринінг аневризми черевної аорти, стоматологічний огляд, огляд очного дна.

Первинне обстеження: огляд за системами та загальне фізикальне обстеження

Огляд за системами органів

Повний системний огляд з особливою увагою до наступного.

- Загальні характеристики: незрозуміла втрата або набір маси тіла, нічне потовиділення, лихоманка.
- Шкіра: зміна кольору, висип, виразки, порушення цілісності шкірного покриву.
- Лімфатичні вузли: локалізоване чи генералізоване збільшення лімфовузлів.
- Очі: зміна чи втрата зору.
- Ротова порожнина: захворювання ясен, виразки, ураження ротової порожнини або біль.
- Серцево-легеневі прояви: біль у грудях, серцебиття, задишка, хрипи, ортопноє.
- Шлунково-кишковий тракт: одинофагія, дисфагія, діарея, нудота, біль.
- Ендокринологічні прояви: симптоми гіперглікемії, захворювання щитоподібної залози, прояви гіпогонадізму.
- Неврологічні та психічні прояви: стійкий та виражений головний біль, порушення пам'яті, втрата концентрації уваги, депресія, апатія, тривожність, манія, різкі зміни настрою, парестезії нижніх кінцівок, біль та оніміння, параліч або парез, когнітивні труднощі, запаморочення, судоми, розлади сну.
- Прояви з боку сечостатевої системи: дизурія, уретральні або вагінальні виділення чи ураження, гематурія.
- Опорно-руховий апарат: біль у стегнах, біль у суглобах, переломи, діагностика або наявність факторів ризику остеопенії / остеопорозу.
- Аноректальна ділянка: анальні виділення, анальна кровотеча, свербіж, біль або тенезми як нестерпний тягучий біль.
- Основні етапи розвитку: для немовлят і дітей раннього віку оцінити ступінь затримки моторного та мовленнєвого розвитку.

Фізикальний огляд

Слід провести повне фізичне обстеження, приділяючи особливу увагу таким параметрам.

- Життєво важливі ознаки: включаючи зріст і масу тіла.
- Загальні характеристики: тілобудова, ознаки ожиріння, виснаження, ліподистрофії, оцінка ступеня виснаженості та здатності до амбулаторного лікування.
- Шкіра: себореїтний дерматит, екхімози, пурпура, петехії, саркома Капоші, простий або оперізувальний герпес, псоріаз, контагіозний моллюск, оніхомікоз, фолікуліт, кондиломи, дерматомікози, акантоз.
- Лімфатичні вузли: генералізована чи локалізована лімфаденопатія.
- Очі: ексудати сітківки або ватяні плями, крововиливи, блідість, жовтяниця.
- Серцево-судинна система: обстеження серця, периферичного пульсу, наявність/відсутність набряків або гематом.
- Грудна клітина: обстеження легень.
- Молочна залоза: наявність вузликів, виділень.
- Живіт: гепатомегалія, спленомегалія, новоутворення, болючість.
- Сечостатева система: виразки, бородавки, шанкри, висипання; гінекологічний огляд, включаючи бімануальний огляд; тестикулярний огляд, оцінка наявності кил.
- Аноректальна ділянка: виразки, бородавки, тріщини, внутрішній або зовнішній геморой, новоутворення, саркома Капоші; обстеження передміхурової залози за необхідності.
- Психоневрологічне обстеження: депресія, манія, тривожність, ознаки розладу особистості, труднощі з концентрацією уваги, пам'яті, ознаки деменції, мовленнєві труднощі, аномалії ходи, вогнищеві дефіцити рухові чи сенсорні, вібраційні відчуття в нижніх кінцівках, оцінка глибоких сухожильних рефлексів.

ВІЛ-специфічні тести для всіх осіб з ВІЛ, а також для скринінгу ВІЛ

Пацієнтам, які не мають документації про свій ВІЛ-статус або які проходили анонімне тестування, слід здійснити скринінговий тест на ВІЛ-антиген/антитіла після початку лікування.

Кількість та % CD4-клітин

- Кількість CD4-клітин із відсотковим співвідношенням варто визначати на початку лікування.
- Вимірювання кількості CD8-клітин та співвідношення CD4 до CD8 не потрібні, оскільки зазначені результати не використовують у подальшому у прийнятті клінічних рішень.

Рівень РНК ВІЛ плазми крові

Кількісний рівень РНК ВІЛ (вірусне навантаження) має визначатися на початку лікування.

Діагностика резистентності ВІЛ до лікування

- Після початку лікування пацієнти мають пройти діагностику щодо набутої лікарської резистентності за допомогою аналізу генотипу стосовно мутацій чутливості до впливу інгібітора протеази, нуклеозидного та нуклеозидного інгібіторів зворотної транскриптази.
- Тестування на резистентність має проводитися для пацієнтів, які звертаються за лікуванням повторно та які на цей час не отримують АРТ або не мають постійного доступу до неї. Водночас, варто визнати, що відсутність мутацій резистентності не гарантує відсутності резистентності.
- Тестування на резистентність, зокрема до інгібітора переносу ланцюга інтегрази, за необхідності показане пацієнтам із неможливістю модифікації АРТ за вірусологічних причин і має призначатися, доки пацієнт отримуватиме неефективну схему АРТ або протягом 4 тиж після відміни АРТ.
- За умов підозри щодо передачі резистентності до інгібітора переносу ланцюга інтегрази варто провести генотиповий аналіз на резистентність до цього засобу.

Тестування на ВІЛ у окремих категоріях осіб та аналіз тропізму корецепторів

Визначення тропізму корецепторів проводиться, якщо розглядається питання про використання антагоніста С-С-рецептора хемокіну 5 (CCR5).

Лейкоцитарний антиген людини підтипу В*5701 (HLA В*5701)

- Перед початком терапії абакавіром необхідно провести діагностику HLA В*5701.
- Пацієнти з позитивним результатом на гаплотип HLA В*5701 мають високий ризик реакції гіперчутливості на абакавір, що є протипоказанням до призначень їм зазначеного препарату (це має бути відповідним чином зафіксовано у медичній карті пацієнта).

Лабораторні тести для оцінки безпеки та загального стану здоров'я

- Перед початком лікування має бути проведений повний клінічний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, здійснена оцінка біохімічних показників із розрахунковим кліренсом креатиніну (або оціненою швидкістю клубочкової фільтрації), рівня глюкози крові та клінічного аналізу сечі.
- Оскільки застосування багатьох антиретровірусних препаратів, власне ВІЛ-інфекція та преморбідні фактори пов'язані із підвищенням рівня холестерину і тригліцеридів, ліпідний профіль варто оцінювати перед початком призначення лікування, а також повторно натще за необхідності.

Скринінг на коінфекції та інфекції, що передаються статевим шляхом

Хламідіоз, гонорея, трихомоніаз

- Особи з ВІЛ мають пройти обстеження на наявність гонореї та хламідіозу на початковому етапі. Скринінг має включати обстеження всіх можливих контактних поверхонь (пероральний, анальний, уретральний [сеча] та вагінальний). Ті, у кого

на початковому скринінгу виявлено гонорею або хламідіоз, мають отримати лікування та пройти повторне обстеження через 3 міс у зв'язку з високим ризиком реінфекції.

- За умови виявлення трихомоніазу при початковому скринінгу пацієнти мають бути проліковані та повторно обстежені через 3 міс у зв'язку з високим ризиком реінфекції.

Сифіліс

- На початку лікування всі пацієнти мають пройти обстеження на сифіліс.
- Люмбальну пункцію завжди необхідно проводити особам із позитивними серологічними даними і тим, які мають невро-

логічні або очні симптоми, незалежно від минулого анамнезу лікування сифілісу.

- Люмбальну пункцію необхідно проводити пацієнтам, у яких спостерігається неефективність лікування за серологічними показниками (титри не знижуються у 4 рази після відповідної стадії терапії або підвищуються у 4 рази, за умов виключення реінфекції).

Латентний туберкульоз

- Після початку лікування особам з ВІЛ, які не хворіли на туберкульоз або раніше мали позитивний результат на наявність туберкульозу, варто пройти скринінг-тест на *M. tuberculosis*

Таблиця. Рекомендований первинний лабораторний скринінг та інші дослідження у осіб з ВІЛ

Тести	Коментар
ВІЛ-специфічні тести для всіх ВІЛ-інфікованих осіб	
Тестування на виявлення антигену/антитіл до ВІЛ	Якщо відсутні письмове підтвердження діагнозу або вірусне навантаження низьке чи не виявляється
Кількість та % CD4	Оцінити потребу в профілактиці опортуністичних інфекцій
Плазмове полімеразна ланцюгова реакція РНК ВІЛ (вірусне навантаження ВІЛ)	Визначити базовий рівень та контролювати вірусну супресію
Тестування резистентності до ВІЛ	Вихідний генотип чутливості до інгібітора протеази, нуклеозидного інгібітора зворотної транскриптази, мутації стосовно нуклеозид-/нуклеотидного інгібітора зворотної транскриптази для осіб, які раніше не розпочинали терапію або повторно звертаються за допомогою, але не отримують терапії або не мають постійного доступу до лікування. Визначення генотипу INSTI (інгібітор переносу ланцюга інтегрази) рекомендовано лише за підозри на передачу мутації INSTI
Тестування на ВІЛ у окремих осіб	
Аналіз корецепторного тропізму	Якщо розглядається можливість застосування антагоніста С-С-рецептора хемокіну 5
Лейкоцитарний антиген людини підтипу В*5701	Якщо розглядається можливість застосування абакавіру
Інші лабораторні тести	
Повний клінічний аналіз крові з формулою	Оцінити наявність анемії, нейтропенії, тромбоцитопенії
Аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, загальний білірубін, лужна фосфатаза	Оцінити ознаки ураження печінки, розвитку гепатиту чи системної інфекції (наприклад підвищений рівень лужної фосфатази при деяких опортуністичних інфекціях)
Загальний білок та альбуміни	Високий вміст загального білка характерний для нелікованої ВІЛ-інфекції за рахунок підвищення фракції імуноглобулінів вторинно до гіперплазії В-клітин. Низький рівень альбуміну може свідчити про недостатнє харчування або розвиток нефротичного синдрому
Електроліти, азот сечовини крові, креатинін	Оцінити функціональну здатність нирок. Враховувати рівень креатиніну для розрахунку передбачуваної швидкості клубочкової фільтрації
Ліпідний профіль та рівень глюкози крові, глікозильований гемоглобін А1с	Первинна оцінка ліпідів та глюкози крові не потребує обов'язкового аналізу натще. У разі виявлення відхилень від фізіологічних значень необхідно повторити дослідження натще. Рівень глікозильованого гемоглобіну А1с варто оцінити до початку АРТ, однак цей показник не використовується в діагностиці цукрового діабету у пацієнтів, які отримують АРТ
Клінічний аналіз сечі	Оцінити наявність протеїнурії, гематурії
Скринінг на коінфекції	
Гонорея, хламідіоз	Тестування ампліфікації нуклеїнових кислот із біоматеріалом на основі анамнезу впливу (наприклад сеча, вагінальні, ректальні, орофарингеальні виділення; оцінка трьох типів зразків рекомендована для всіх пацієнтів)
Трихомоніаз	У всіх осіб
Сифіліс	Використання місцевого протоколу (або швидке відновлення плазми крові, або тести на антитіла, специфічні для трепонем)
Латентне інфікування <i>M. tuberculosis</i>	Туберкуліновий шкірний тест або аналіз вивільнення інтерферону- γ (IGRA); надавати перевагу тесту IGRA за умов вакцинації БЦЖ в анамнезі
Вірус вітряної віспи	Оцінка наявності IgG проти вітряної віспи, якщо немає відомостей про перенесену вітряну віспу або оперізувальний герпес
Вірусні гепатити А, В і С	Антитіла до HBsAg, HBsAb, HBeAb, вірусу гепатиту С; загальний титр антитіл до вірусу гепатиту А або рівень IgG. За умов позитивних результатів HBsAg або HBeAb визначають рівень ДНК вірусу гепатиту В. За умов позитивного результату HCVAb визначають рівень РНК вірусу гепатиту С та його генотип. Протягом тривалого періоду скринінг гепатоцелюлярної карциноми для всіх дорослих пацієнтів із цирозом та осіб без цирозу із хронічним гепатитом В
Кір	Адекватні докази імунітету включають народження в США до 1957 р., письмову документацію про належну вакцинацію або серологічні докази імунітету. Особи, народжені у 1960-х роках, могли бути щеплені вакциною, відмінною від КПК (кір, паротит, краснуха), і можуть мати знижений імунітет. Замість серологічних досліджень пацієнти можуть пройти пришвидшену вакцинацію КПК
Тести, які можна проводити за певних обставин	
Рентгенографія грудної клітини	Для пацієнтів із підтвердженою латентною інфекційним процесом, викликаним <i>M. tuberculosis</i> . Розглянути можливість проведення для пацієнтів, які мають основне захворювання легень для порівняння в оцінці майбутніх респіраторних захворювань
Цитологія: цервікальний та/чи анальний ПАП-тест	Цервікальний; анальний за показаннями. Аномальні результати вимагають подальшого спостереження за допомогою кольпоскопії або аноскопії високої роздільної здатності
Глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа	Скринінг у осіб відповідних расових чи етнічних груп, щоб уникнути призначення ліків з окиснювальними властивостями, включаючи дапсон, примахін, сульфаміаїди
Тест на вагітність у осіб дітородного віку	Статус вагітності необхідний для інформування про вибір АРТ та обговорення планування вагітності в осіб фертильного віку
Рівень тестостерону в сироватці крові	У чоловіків-цисгендерів із втратою маси тіла, зниженням лібідо, еректильної дисфункцією чи депресією або у яких наявні докази зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Перевага надається визначенню ранкового рівня вільного тестостерону
Дослідження, які не рекомендуються з метою загального скринінгу	
Визначення IgG до вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, токсоплазми, а також біомаркери запалення	За відсутності клінічних симптомів не рекомендується проведення рутинного обстеження для всіх осіб на IgG до вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, токсоплазми. Біомаркери запалення не рекомендуються. Визначення IgG до токсоплазми та криптококовий антиген слід призначати за підозри на захворювання. Визначення IgG до токсоплазми може бути проведене у пацієнтів, яким показана профілактика. Визначення IgG до цитомегаловірусу (CMV) може розглядатися, якщо передбачається переливання крові людині з низьким ризиком імовірності цитомегаловірусної інфекції. Негативний результат на IgG до цитомегаловірусної інфекції забезпечує можливість використання безпечних з огляду на CMV препаратів крові
Криптококовий антиген у сироватці крові в осіб з рівнем CD4 $\geq 100/\text{мм}^3$	Визначення криптококового антигену сироватки крові може розглядатися для осіб із кількістю клітин CD4 $< 100/\text{мм}^3$

(туберкуліновий шкірний тест, тест продукції інтерферону- γ). Пацієнти з позитивними результатами мають отримувати лікування щодо латентного інфекційного процесу після виключення активного туберкульозу.

- Особи з ВІЛ, які тісно контактують із людьми з наявним активним туберкульозом, мають отримувати лікування щодо латентної інфекції, викликаной *M. tuberculosis*, незалежно від результатів туберкулінового шкірного тесту або тесту продукції інтерферону- γ , віку або попередніх курсів лікування туберкульозу; активний туберкульоз варто виключити першочергово.

Гепатити А, В і С

- Особи з наявною ВІЛ-інфекцією мають пройти обстеження на наявність вірусу гепатиту В (ВГВ) на початку лікування шляхом діагностики поверхневого антигену гепатиту В (HBsAg), поверхневого антитіла до гепатиту В (HBsAb) та антитіла до загального основного антигену гепатиту В (анти-HBc або HBcAb). Якщо HBsAg позитивний, слід провести діагностику вірусного навантаження.
- Особи з наявною ВІЛ-інфекцією мають пройти обстеження на наявність імунітету до вірусу гепатиту А (ВГА) та присутності IgG до ВГА.
- Перед початком лікування особи з ВІЛ повинні пройти обстеження на наявність антитіл до вірусу гепатиту С (ВГС). При отриманні позитивного результату необхідно провести визначення РНК ВГС для оцінки ступеня активності інфекційного процесу. Усім, у кого діагностовано ВГС, слід розпочинати відповідне лікування.
- Немовлятам, народженим від осіб з ВГВ та/або ВГС, варто призначати відповідні діагностичні обстеження.
- Осіб, які не мають імунітету проти ВГА та ВГВ, варто імунізувати згідно з рекомендаціями Консультативного комітету з питань імунізації (Advisory Committee on Immunization Practices — ACIP).

Кір, паротит і краснуха

- Усім ВІЛ-інфікованим, які народились у 1957 р. або пізніше, слід визначити напруженість імунітету до інфекцій кору, паротиту і краснухи шляхом визначення рівня антитіл.
- Вакцинацію КПК слід проводити, якщо людина народжена у 1957 р. або пізніше і не отримувала цієї вакцини або не має імунітету до цих інфекцій.

Вірус вітряної віспи

Серологічний скринінг на вірус вітряної віспи (VZV) може бути розглянутий для осіб, які не хворіли на вітряну віспу або оперізувальний герпес і раніше не були щеплені.

Тести, які можуть проводитися за певних обставин: рентгенографія грудної клітки

Огляд рентгенографію грудної клітки слід проводити всім ВІЛ-інфікованим особам, які мають позитивний результат скринінгового тесту на туберкульоз, для виключення активного туберкульозного процесу. Це також може бути корисно іншим пацієнтам з раніше наявними захворюваннями легень.

Скринінг раку шийки матки

- Протягом 1 року від початку сексуальної активності, але не пізніше віку 21 року, особам жіночої статі та віком молодше 30 років необхідно оцінити результати ПАП-тесту. Особи з ВІЛ віком 21–29 років, у яких є матка, мають пройти цервікальний ПАП-тест під час первинної діагностики, якщо його

не проводили протягом останнього року. Рутинне тестування на ВПЛ не рекомендується проводити жінкам з ВІЛ віком до 30 років, за винятком випадків, коли тест на ПАП є аномальним.

- Особам жіночої статі з маткою та віком старше 30 років під час діагностики слід проводити цервікальний ПАП-тест. Можна виконати ПАП-тест окремо або в поєднанні з тестом на ВПЛ.
- Особам з атипovими сквамозними клітинами невизначеного походження за цитологічним дослідженням або негативним результатом цитології з позитивним ВПЛ високого ризику (HRHPV) може бути повторно через 1 рік призначений ПАП-тест або кольпоскопічне дослідження. Якщо результат ПАП-тесту негативний, але HRHPV 16 або 18, наявні атипovі сквамозні клітини і неможливо виключити сквамозне інтраепітеліальне ураження високого ступеня (ASC-H), наявні атипovі залозисті клітини, сквамозне інтраепітеліальне ураження, або за ПАП-тестом визначається сквамозна карцинома, пацієнтці призначають кольпоскопію із прицільною біопсією та подальшим лікуванням за результатами діагностики.
- Особам із ВІЛ після гістеректомії у зв'язку з доброякісним онкологічним процесом не рекомендований плановий скринінг на рак вагіни. Пацієнтки, які в анамнезі мали цервікальну інтраепітеліальну неоплазію (CIN) високого ступеня, аденокарциному *in situ* або інвазивний рак шийки матки, мають щорічно проходити ПАП-тест.

Глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа

Скринінг на дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази (G6PD) рекомендується проводити перед початком терапії препаратами з окиснювальними властивостями, такими як дапсон, примахін або сульфаніаміди, у пацієнтів відповідних расових чи етнічних груп.

Тестування на вагітність

Перед початком або повторним курсом АРТ всім особам репродуктивного віку має призначатися тест на вагітність.

Рівень тестостерону в сироватці крові

- Визначення ранкового рівня тестостерону в сироватці крові рекомендується дорослим чоловікам — цисгендерам зі знизженим лібідом, еректильною дисфункцією, недостатньою кістковою масою, травматичними переломами, пітливістю.
- Не рекомендовано визначати рівень тестостерону у жінок на початковому етапі за відсутності належних умов для дослідження.

Тести, не рекомендовані для загальних скринінгових цілей

- Не рекомендовано проводити рутинну діагностику рівня IgG до вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, токсоплазми, а також оцінку біомаркерів запалення.
- Визначення криптококового антигену в сироватці крові може бути розглянуто у пацієнтів із вмістом CD4 <100 клітин/мм³ або в осіб із клінічними проявами захворювання.

Використана література

Thompson M.A., Horberg M.A., Agwu A.L. et al. (2020) Primary care guidance for persons with human immunodeficiency virus: 2020 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis., Nov. 6. doi.org/10.1093/cid/ciaa1391.

Наталія Савельєва-Кулик