

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ**

**(Депздрав Югры)**

**П Р И К А З**

Об организации работы медицинских организаций в части выявления,

диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

от 04.04.2016 № 334

г. Ханты-Мансийск

 В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 ноября 2012 г. № 689н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», методическими рекомендациями Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД» МР 3.1.0087 – 14 «Профилактика заражения ВИЧ», методическими рекомендациями научного общества инфекционистов под редакцией акад. В.В. Покровского «Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией» (2014 г.) в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по распространению ВИЧ-инфекции, медико-демографических и социальных последствий инфицирования граждан, в целях совершенствования мер, направленных на противодействие распространению заболеваемости среди населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее также ХМАО-Югра, автономный округ), координации профилактических, противоэпидемических и лечебно-диагностических мероприятий,

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:
	1. Перечень медицинских организаций автономного округа, осуществляющих диспансерное наблюдение и лечение ВИЧ-инфицированных пациентов (приложение 1).
	2. Функции медицинских организаций, осуществляющих диспансерное наблюдение и лечение больных ВИЧ-инфекцией (приложение 2).
	3. Порядок диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов (приложение 3).
	4. Лист-вкладыш «Развитие заболевания» в медицинскую карту амбулаторного больного (приложение 4).
	5. Перечень контингентов, рекомендуемый для медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию и Коды обследования (приложение 5).

1.6. Алгоритм назначения антиретровирусной терапии (приложение 6).

1.7. Отчетную форму «Ежеквартальный мониторинг движения диспансерных больных и эффективности антиретровирусной терапии» (приложение 7).

1.8. Основные критерии оценки качества работы руководителей медицинских организаций по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по разделу противодействия распространению ВИЧ-инфекции (приложение 8).

1.9. Основные индикаторы качества оказания медицинской помощи больному ВИЧ-инфекцией (приложение 9).

1.10. Список врачей-инфекционистов казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД», курирующих территории для оказания организационно-методической и консультативной помощи по вопросам ВИЧ-инфекции (приложение 10).

2. Главным врачам медицинских организаций автономного округа, оказывающим населению первичную медико-санитарную помощь обеспечить:

2.1. Оказание плановой и неотложной специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях по всем профилям в соответствии с действующим стандартам.

2.2. Обследование на антитела к ВИЧ лиц, проходящих профилактические медицинские осмотры в рамках диспансеризации (приложение 5).

2.3. Организацию и проведение участковой службой мероприятий по предупреждению, снижению и профилактике распространения социально значимых болезней, в том числе ВИЧ-инфекции среди прикрепленного населения.

2.4. Взаимодействие при проведении профилактической работы с другими некоммерческими общественными организациями и объединениями, а также средствами массовой информации.

2.5. Укомплектовать квалифицированными медицинскими кадрами структурные подразделения (кабинеты инфекционных заболеваний, кабинеты по работе с больными ВИЧ-инфекцией), оказывающие первичную медицинскую помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией.

2.6. Систематически проводить повышение квалификации специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией.

2.7. Предоставление отчета «Ежемесячный мониторинг эффективности антиретровирусной терапии» на бумажном носителе и в электронном виде в адрес казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД» (E-mail: 86spid@mail.ru) ежемесячно, не позднее 5 числа, следующего за отчетным периодом (приложение 7).

3. Главным врачам бюджетных учреждений Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», «Сургутская окружная клиническая больница», «Нижневартовская окружная больница №2», «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив», «Няганская окружная больница»:

3.1. Предусмотреть выделение коек в составе инфекционных отделений для ВИЧ-инфицированных пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи по профилю «инфекционные болезни» и обеспечить условия для их комплексного обследования, проведения плановых и внеплановых обследований.

4. Не допускать отказов в оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам на общих основаниях при обращении их в медицинские организации, как в экстренном, так и в плановом порядке.

5. Главному врачу казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД» (далее - Центр профилактики и борьбы со СПИД) осуществлять методическое руководство и координацию комплексных мероприятий по противодействию распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека на территории автономного округа, направленных на:

5.1. Повышение качества и эффективности работы в соответствии с нормативными актами, методическими рекомендациями и утвержденными критериями результативности деятельности.

5.2. Использование современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных пациентов.

5.3. Достижение рекомендуемых показателей по предупреждению перинатальной передачи инфекции.

5.4. Мониторинг профилактики и лечения сопутствующих заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением.

5.5. Достижение целевых показателей снижения смертности от ВИЧ-инфекции.

6. Признать утратившими силу приказы Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа № 143 от 11.05.2004 г. «О повышении эффективности профилактической, лечебно-диагностической, противоэпидемической работы по ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа», от 20.03.2006 г. № 97 «О предоставлении данных статистического наблюдения за диспансерным учетом больных ВИЧ-инфекцией», от 18.01.2008 г. № 12 «Об организации специализированной медицинской помощи по вопросам ВИЧ/СПИДа в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И. о. директора Департамента В.А. Нигматулин

Приложение 1

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Перечень

медицинских организаций, осуществляющих диспансерное наблюдение

 и лечение ВИЧ-инфицированных пациентов

|  |  |
| --- | --- |
| Филиалы казенного учреждения ХМАО-Югры «Центр СПИД": в г. Нижневартовске (восточная зона обслуживания)в. г Сургуте (центральная зона обслуживания)  в г. Пыть-Ях (центральная зона обслуживания) | кабинеты врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией:- БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская районная больница» пгт. Излучинск; - БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» г. Радужный;- БУ ХМАО-Югры «Лангепаская городская больница» г. Лангепас;- БУ ХМАО-Югры «Городская больница № 1» г. Мегион;- БУ ХМАО-Югры «Покачевская городская больница» г. ПокачиСургутский район,  БУ ХМАО-Югры «Когалымская городская больница» г. Когалым; БУ ХМАО-Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив» г. Нефтеюганск- БУ ХМАО-Югры «Нефтеюганская районная больница», пгт. Пойковский. |
| Казенное учреждение ХМАО-Югры «Центр СПИД»  | Ханты-Мансийский район,кабинеты врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией:- БУ ХМАО-Югры «Няганьская городская поликлиника» МО г.Нягань; - БУ ХМАО-Югры «Кондинская районная больница», п. Междуреченский;- БУ ХМАО-Югры «Урайская городская клиническая больница» г. Урай;- БУ ХМАО-Югры «Октябрьская районная больница» п. Октябрьское;- БУ ХМАО-Югры «Белоярская районная больница» г. Белоярский;- БУ ХМАО-Югры «Березовская районная больница», п. Березово;БУ ХМАО-Югры «Игримская районная больница»- АУ ХМАО-Югры «Советская районная больница» г. Советский;- БУ ХМАО-Югры «Югорская городская больница» г. Югорск |
| Окружные учреждения, оказывающие стационарную медицинскую помощь, в том числе специализированные | Медицинские организации, имеющие  лицензию на оказание стационарной, в том числе специализированной медицинской помощи   по инфекционным болезням |

В Перечень медицинских организаций могут вноситься дополнения и изменения соответствующим приказом Депздрава Югры.

Приложение 2

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Функции медицинских организаций, осуществляющих диспансерное наблюдение и лечение больных ВИЧ-инфекцией

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Функции учреждений | Медицинские учреждения, имеющие в составекабинеты по работе с ВИЧ-инфицированными | ФилиалыКУ«Центр СПИД» | КУ «Центр СПИД» |
| Выявление, учет и регистрация случаев ВИЧ-инфекции | + | + | + |
| Скрининг населения на определение антител к ВИЧ с обязательным консультирование до и после теста | + | + | + |
| Проведение медицинскогоосвидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в т. ч. анонимного,с заполнением «Информированного добровольного [согласия](http://kamishlovcrb.ru/aid/490-2012-10-15-12-27-02#Par1421) на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ» | + | + | + |
| Анализ обращений всех впервые выявленных  с сомнительным и положительным иммуноблотом | + | + | + |
| Категория ВИЧ-инфицированных пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению  | ВИЧ + жители муниципального образования,  независимо  от стадии заболевания | ВИЧ+ жители   муниципальных образований  г Нижневартовск и Нижневартовский район, г. Сургут и Сургутский район,г. Пыть-Ях,г. Нефтеюганск и Нефтеюганский районнезависимо  от стадии заболевания | ВИЧ+ жители  муниципального  образования г. Ханты-Мансийск и Ханты-Мансийский район;жители автономного округа для оказания консультативной помощи |
| Установление диагноза ВИЧ-инфекции, стадии заболевания | + | + | + |
| Диспансерное наблюдение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным  | + | + | + |
| Проведение эпидемиологического расследования в очагах ВИЧ-инфекции с целью выявления источника инфекции, путей заражения и установления контактных лиц(в том числе, в медицинских организациях для исключения внутрибольничного инфицирования с правом получения необходимых документов) | + | + | + |
| Проведение исследований в соответствии со стандартами | **+** | **+** | **+** |
| Проведение  специализированных исследований (иммунный статус, вирусная нагрузка) | \_ (+ при наличии соответствующего медицинского оборудования) | **+** | **+** |
| Проведение арбитражных и экспертныхисследований с целью верификации диагноза и установление окончательного диагноза | **\_** | **+** | **+** |
| Проведение лабораторныхисследований с целью определения резистентности  ВИЧ к АРВ препаратам | **\_** | **\_** | **+** |
| Приобретение диагностических средств и расходных материалов для проведенияспециализированных исследований | **\_** | **\_** | **+** |
| Организация лекарственного обеспечения больных ВИЧ-инфекцией на территории обслуживания, в том числе организация универсальногодоступа к лечению | **+** | **+** | **+** |
| Диагностика и  лечение побочных реакций, развивающихся на фоне антивирусной терапии | **+** | **+** | **+** |
| Диагностика, профилактика  и лечение вторичных заболеваний в соответствии со стандартами | **+** | **+** | **+** |
| Консультация пациентов получающих АРВТ специалистами Центра СПИД 1 раз в год | **-** | **+** | **+** |
| Проведение химиопрофилактики туберкулеза по заключению врача-фтизиатра, с учетом клиники и данных лабораторного мониторинга состояния  пациента | **+** | **+** | **+** |
| Осуществление учета больных ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в паллиативной помощи, с предоставлением данных в реестр Центра СПИД | **+** | **+** | **+** |
| Направление ВИЧ-инфицированных пациентов на МСЭ | **-** | **+** | **+** |
| Оказание на дому паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией со сниженной или утраченной способностью к самообслуживаниюсовместно с центрамисоциального обслуживания  населения | **\_** | **+** | **+** |
| Консультированиеродственников ВИЧ-инфицированных больных, нуждающихся  в паллиативной помощи | **\_** | **+** | **+** |
| Осуществление взаимодействия с общественными,религиозными и другими организациямипо оказаниюпаллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией | **\_** | **+** | **+** |
| Диспансерное наблюдение ВИЧположительных беременных женщин в соответствии с приказами  Минздрава РФ | **+** | **+** | **+** |
| Проведение химиопрофилактики перинатальной передачи инфекции | **+** | **+** | **+** |
| Консультирование по планированию семьи | + | + | + |
| Диспансерное наблюдение детей рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и ВИЧ-инфицированных детей | **+** | **+** | **+** |
| Консультация ВИЧ инфицированных детей педиатром КУ «Центр СПИД» 1 раз в год | **-** | **+** | **+** |
| Проведение исследований ИФА ВИЧ детям в 9, 12, 15, 18 мес.  | **+** | **+** | **+** |
| Постановка реакции Манту/Диаскин-тест 2 раза в год детям с подтвержденным диагнозом: ВИЧ-инфекция | **+** | **+** | **+** |
| Психосоциальная поддержка семьи | **+** | **+** | **+** |
| Определение риска заражения и необходимостипостконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, а также ее проведение и наблюдение контактных лиц | **+** | **+** | **+** |
| Обучение и подготовка  медицинских кадров медицинских организаций  по диагностике, лечению и профилактике, проведению до и после тестового консультирования | **+** | **+** | **+** |
| Обучение специалистовмедицинских организаций по вопросам клинического течения, лечения ВИЧ-инфекции, особенностям  сестринского ухода на дому  за больнымиВИЧ-инфекцией | **\_** | **+** | **+** |
| Осуществлениепатронажа больныхВИЧ-инфекцией,патронажной бригадой в составеврача-инфекциониста (врача-терапевта) медицинской сестры | **+** | **+** | **+** |
| Направление больных ВИЧ-инфекцией по  медицинским показаниям на стационарное лечение | **+** | **+** | **+** |
| Комиссионный разбор случаев смерти от ВИЧ-инфекции (В20 –В24) | **+** | **+** | **+** |
| Осуществление аудита медицинских организаций автономного округа по качеству оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам | **-** | **+** | **+** |
| Оказание медицинской помощи лицам находящимся в учреждениях ФСИН РФ по ХМАО-Югре в рамках заключенных Соглашений  | **-** | **+** | **+** |
| Участие и проведениеклинических испытаний лекарственных,диагностических средств, реактивов, иных медицинских технологий, включая новые методы профилактики, диагностики,  лечения,профилактических,социальных, реабилитационных и других программ | **\_** | **+** | **+** |

Приложение 3

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Порядок диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов

1. Целью диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни. Основными задачами являются формирование приверженности диспансерному наблюдению, своевременное выявление у них показаний к назначению антиретровирусной терапии, химиопрофилактике и лечению вторичных заболеваний, обеспечение оказания им своевременной медицинской помощи, в том числе психологической поддержки и лечению сопутствующих заболеваний.
2. ВИЧ-инфицированные лица подлежат приглашению на первичное и периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору, выраженному в письменной форме.
3. Лица с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции должны быть взяты на диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции.
4. Всех вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией осматривает врач-фтизиатр, отмечая в медицинской карте амбулаторного пациента подробный анамнез в отношении повышенного риска заболевания туберкулезом.
5. По каждому случаю ВИЧ-инфекции (в том числе, при выявлении положительного результата лабораторного исследования на ВИЧ-инфекцию секционного материала) проводится эпидемиологическое расследование. На основании результатов эпидемиологического расследования дается заключение о причинах заболевания, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих консультирование инфицированных и контактных лиц, рекомендация средств неспецифической профилактики.
6. Эпидемиологическое расследование в отношении половых партнеров и партнеров по употреблению наркотиков проводится методом "оповещения партнеров" (в случае обнаружения ВИЧ-инфицированного лица проводится идентификация контактных лиц, индивидуальное консультирование по вопросам профилактики). Инфицированному предоставляется возможность либо самостоятельно сообщить партнерам о риске заражения ВИЧ, либо предоставить консультанту контактную информацию о партнерах (ФИО, номер телефона, адрес проживания). Консультант, следуя принципу анонимности информации, должен гарантировать первому и всем последующим участникам оповещения полную конфиденциальность.

При отказе пациента сообщить сведения о контактных лицах, информация о заболевании передается в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре для проведения ими дальнейших мероприятий.

1. Диспансерное наблюдение за детьми осуществляет участковый врач педиатр, а при его отсутствии врач-инфекционист медицинской организации совместно со специалистами Центра СПИД.
2. При диспансерном наблюдении проводится консультирование, плановое обследование, назначение АРВТ, обследование на туберкулез (не реже 1 раза в 6 месяцев), оппортунистические инфекции по показаниям, профилактика туберкулеза и пневмоцистной пневмонии, в соответствии с требованиями нормативных документов.
3. Диспансерные приемы врача-инфекциониста проводятся:

- пациентам со стадией 3 ВИЧ-инфекции при количестве CD4+-лимфоцитов ≥ 500 клеток/мкл – через каждые 6 мес.;

- пациентам с другими стадиями ВИЧ-инфекции или при количестве CD4+- лимфоцитов < 500 клеток/мкл – каждые 3 мес.

При проведении диспансерных приемов пациентов с уровнем CD4+- лимфоцитов < 500 клеток/мкл необходимо мотивировать на необходимость начала антиретровирусной терапии.

При количестве CD4+-лимфоцитов < 100 клеток/мкл пациентам каждые 6 мес. рекомендуется проводить консультации окулиста (для выявления ретинопатии).

Согласно клинических данных, эпидемиологической обстановки периодичность приемов может варьировать.

1. Лечение больных ВИЧ-инфекцией проводится на добровольной основе и включает в себя следующие направления:

- психосоциальная адаптация пациента,

- антиретровирусная терапия,

- химиопрофилактика вторичных заболеваний,

- лечение вторичных и сопутствующих заболеваний.

1. Антиретровирусная терапия является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции, проводится пожизненно. Назначение, контроль эффективности и безопасности осуществляется на базе КДК, Центра СПИД.
2. Для оценки эффективности и безопасности АРВТ в рамках диспансерного наблюдения проводятся регулярные исследования вирусной нагрузки (ВН), уровня CD4 лимфоцитов, клинические и биохимические исследования крови, инструментальные и клинические исследования. Основным критерием эффективности АРВТ является снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня.
3. Эффективная (с достижением неопределяемого уровня вирусной нагрузки) АРВТ является профилактической мерой, снижающей опасность пациента как источника инфекции.
4. При выявлении инфицированных ВИЧ, находящихся на стационарном лечении, следует обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста медицинской организации или Центра СПИД, лабораторных исследований, необходимых для уточнения стадии заболевания и решения вопроса о назначении АРВТ.
5. С целью повышения эффективности диспансерного наблюдения и формирования приверженности к АРВТ должен использоваться мультипрофессиональный подход с привлечением лечащего врача, среднего медицинского персонала, узких медицинских специалистов, психологов, социальных работников. Формирование приверженности пациентов диспансерному наблюдению осуществляется на основе технологии консультирования в рамках пациент-центрированного подхода.
6. Для оценки динамики заболевания, эффективности и безопасности проводимой терапии и настоящего состояния пациента необходимо вести в медицинской карте амбулаторного больного лист-вкладыш «Развитие заболевания» (приложение 4).

Приложение 4

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Лист-вкладыш «Развитие заболевания»

 в медицинскую карту амбулаторного больного

Предполагаемая дата заражения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата положительного ИБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата постановки на диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала АРВТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лет с момента заражения |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПоложительногоИБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Началодиспансерного наблюдения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стадии ВИЧ-инфекции |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4А прогресс |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4А ремиссия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4Б прогресс |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4Б ремиссия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4В прогресс |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4В ремиссия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CD 4-лимфоциты (клеток/мкл) |
| 500 и более |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 350-499 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200-349 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50-199 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| < 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| РНК ВИЧ (копий/мл) |
| >100 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 000-99 999 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 000- 9 999 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 400 -999 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50-399 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Неопределяемаяконцентрация |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Схема АРВТ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 5

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Перечень контингентов, подлежащих медицинскому обследованию на ВИЧ-инфекцию. Коды обследования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контингенты | Длительность наблюдения и кратность обследования | Код обследования |
| 1 | 2 |  |
| Обязательному медицинскому обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат  |
| Доноры крови, плазмы крови, спермы и др. биологических жидкостей, тканей, органов, а так же беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для производства биологических препаратов | При каждом взятии донорского материала | 108 |
| Реципиенты компонентов крови (органов) | Перед трансфузией, через 6 и 12 месяцев после трансфузии. | 118-е |
| Врачи, средний, младший медицинский персонал Центров СПИД, медицинских организаций, специализированных отделений, структурных подразделений занятые непосредственно обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с ВИЧ-инфицированными лицами, имеющие с ними непосредственный контакт | При поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах | 115 |
| Врачи, средний, младший медицинский персонал лабораторий, которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биоматериалов полученных от ВИЧ-инфицированных лиц |
| Медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля |
| Лица, проходящие военную службу и поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по призыву и контракту | При поступлении на службу по контракту, при поступлении в военные ВУЗы министерств и ведомств, устанавливающих ограничения для приема на службу лиц с ВИЧ-инфекцией | 118-б |
| Иностранные граждане и лица без гражданства, в т.ч. трудовые мигранты, беженцы  | При обращении за получением разрешения на гражданство, вида на жительство или работы в РФ, при въезде на территорию РФ на срок более 3 –х месяцев | 200 |
| 200-у |
| Рекомендуются для добровольного обследования на ВИЧ |
| Беременные не зависимо от планов женщины по вынашиванию или прерыванию беременности | При первичном обращении в медицинское учреждение по поводу беременности и на 28-30 неделе беременности | 109 |
| Роженицы и родильницы, необследованные во время беременности или обследованные однократно  | При поступлении в акушерский стационар экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением |
| Беременные имеющие ВИЧ-инфицированных половых партнеров, или употребляющих ПАВ | При постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а так же при поступлении на роды | 109-а |
| Обследованные добровольно | При обращении | 118-а |
| Мужья, половые партнеры беременных женщин | Оптимально при планировании беременности, а также при первичном обращении беременной женщины в медицинское учреждение, в дальнейшем по клиническим, либо эпидемиологическим показаниям | 118-н |
| Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями  | Исследование на антитела к ВИЧ методом ИФА: при рождении, в 9 - 12, 18 месяцев.Исследование на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ: при рождении (при подозрении на внутриутробное инфицирование), в возрасте 1-2 месяца и 4-6 месяцев | 124 |
| Дети, рожденные матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов | Исследование на антитела к ВИЧ методом ИФА при рождении, дальнейшая тактика наблюдения определяется по результатам тестирования | 120 |
| Дети, получавшие грудное вскармливание от ВИЧ-инфицированной женщины | Исследование на ДНК или РНК ВИЧ после полного прекращения грудного вскармливания: через 4-6 недель, 3,6 мес.Исследование на антитела к ВИЧ: после полного прекращения грудного вскармливания: через 3,6 месяцев, далее по показаниям до верификации диагнозаОбследование на антитела к ВИЧ по контакту проводится в возрасте 3-х лет | 124 |
| Лица, относящиеся к уязвимым группам населения (группам повышенного риска) |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом «наркомания», употребляющие наркотики с вредными последствиями, потребители иньекционных наркотиков (ПИН) | При обращении за медицинской помощью, в последующем - 1 раз в 6 месяцев | 102 |
| Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) | При обращении за медицинской помощью | 103 |
| Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг, проституцией (КСР) | При обращении за медицинской помощью | 104-а |
| Выявленные контактные лица при проведении эпидемиологического расследования (контакт с ВИЧ-позитивным, при котором имелся риск заражения ВИЧ) | При выявлении лица, имевшего с ВИЧ-инфицированным контакт, в результате которого могло произойти заражение ВИЧ, при взятии на учет, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта | 120121-половые контакты123-наркотическиеконтакты |
| Участники аварийной ситуации: потенциальный источник ВИЧ-инфекции и контактировавшее лицо (обследуются с целью профилактики профессионального заражения) | При возникновении на рабочем месте аварийной ситуации в течение 1-2-х дней после аварии и через полтора, 3, 6, 12 месяцев после аварии | 115-а |
| Лица, находящиеся в местах лишения свободы и помещенные впервые в ИВС | При поступлении в места лишения свободы и ИВС, в последующем – в соответствии с клиническими и эпидемиологическим показаниями | 112 |
| Лица положительные в ИФА и отрицательные или сомнительные в ИБ | Через 1, 3, 6 месяцев (до отрицательного результата ИФА или ДНК ВИЧ) | По коду выявления с добавлением буквы «с» |
| Больные с подозрением или подтвержденными инфекциями, передаваемыми половым путем | При обращении за медицинской помощью | 104 |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита В или С | При постановке диагноза, через 6 и 12 месяцев | 113 |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом хронического гепатита В или гепатита С, а также лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита В или С | При постановке диагноза, далее 1 раз в год  | 113 |
| Лица, обследуемые по клиническим показаниям |
| Больные с хотя бы одним из следующих клинических проявлений:- лихорадка более 1 месяца;- увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 см;-диарея, длящаяся более 1 месяца;- необъяснимая потеря массы тела на 10 и более процентов; | При выявлении клинических признаков | 113 |
| Больные с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными или паразитарными заболеваниями, сепсисом; | При подозрении или постановке диагноза | 113 |
| Больные с затяжными, рецидивирующими и возвратными пневмониями и пневмониями, не поддающиеся терапии; |
| Больные с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц; |
| Больные с волосистой лейкоплакией языка |
| Больные с хроническими и рецидивирующими бактериальными, грибковыми, вирусными заболеваниями кожи и слизистых в т.ч. с рецидивирующей пиодермией |
| Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии |
| Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом |
| Саркомы Капоши | При подозрении или постановке диагноза | 113 |
| Лимфомы головного мозга, первичной |
| Т-клеточного лейкоза |
| Легочного и внелегочного туберкулеза |
| Цитомегаловирусной инфекции (печени, селезенки, лимфоузлов) у пациента старше одного месяца |
| Цитомегаловирусного ренита (с потерей зрения) |
| Инфекции, вызванной вирусом простого герпеса: хроническое(ие) изъязвление(я) продолжительностью более 1 месяца; бронхит, пневмония, эзофагит у пациентов старше одного месяца |
| Рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет |
| Инфекционного мононуклеоза | При постановке диагноза и через 3 месяца после начала заболевания |
| Пневмоцистоза (пневмонии) | При подозрении или постановке диагноза |
| Токсоплазмоза с поражением центральной нервной системы |
| Криптококкоза (внелегочного) |
| Критоспородиоза кишечника с диареей более 1 месяца |
| Изоспороза кишечника с диареей более 1 месяца |
| Гистоплазмоза диссеминироваанного или внелегочного |
| Стронгилоидоза |
| Кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких |
| Глубоких микозов |
| Атипичных микобактериозов |
| Прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии |
| Анемии различного генеза |
| Рака шейки матки(инвазивного) у взрослого или подростка (13 лет и старше) |
| Кокцидиомикоза (диссеминированного или внелегочного) |
| Энцефалопатию, обусловленную ВИЧ-инфекцией |
| Лимфомы Беркитта |
| Иммунобластной лимфомы |
| Сальмонеллезных (не тифоидных) септицемий возвратных |
| Синдрома истощения (кахексии) вызванной ВИЧ-инфекцией |
| Оппортунистических инфекций не уточненных |
| Бактериальных инфекций (множественных или возвратных) у ребенка в возрасте до 13 лет |
| Интерстициальной пневмонии у ребенка в возрасте до 13 лет |
| Онкологических заболеваний у ребенка в возрасте до 13 лет |
| Дети до 13 лет со следующими клиническими проявлениями:- длительная необъяснимая гепатоспленомегалия;- персистирующий/рецидивирующий необъяснимый паротит;- резкая задержка психомоторного развития;- нейтропения < 0,5x109/л;-тромбоцитопения < 50 x109/л | При выявлении клинических проявлений | 113 |
| Вышеуказанные контингенты проходят освидетельствование на наличие антител к ВИЧ добровольно с обязательным до- и после тестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и оформлении информированного согласия |
| Подлежат обследованию по патологоанатомическим показаниям |
| Умершие, в случае выявления патологоанатомических изменений, указывающих на СПИД (СПИД-ассоциированные заболевания);Лица, у которых на вскрытии было обнаружено генерализованное увеличение лимфоузлов, туберкулез;  | При вскрытии трупа | 113 |
| наркопотребители, умершие в результате передозировки наркотиков, сепсиса,  | 102 |
| лица, умершие вследствие суицида | 118 |

Приложение 6

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Алгоритм назначения антиретровирусной терапии (АРВТ)

1.К принципам АРВТ относятся:

- добровольность – осознанное участие пациента в принятии решения о начале лечения и его проведении, основанное на понимании преимуществ АРВТ и связанных с ней проблем, выраженное информированным согласием;

- своевременность – как можно более раннее начало АРВТ при появлении показаний к ней;

- адекватность - тщательный выбор лекарственных препаратов с подбором оптимального для данного конкретного пациента, их сочетания на основании существующих рекомендаций;

- непрерывность – постоянный приём антиретровирусных препаратов.

2.Показания для начала АРВТ основываются на:

- наличии клинической симптоматики вторичных заболеваний, которая свидетельствует о иммунодефиците (стадия и фаза ВИЧ-инфекции по Российской классификации ВИЧ-инфекции);

- снижении количества CD4+-лимфоцитов в крови;

- наличии и выраженности репликации ВИЧ, оцениваемой по уровню РНК ВИЧ в плазме крови (ВН).

3. По клиническим и иммунологическим показаниям АРВТ необходимо назначить:

1. пациентам со стадиями заболевания 2В, 4 и 5 (пациентам с вторичными заболеваниями) независимо от количества CD4 лимфоцитов и РНК ВИЧ в крови;
2. пациентам с количеством CD4+-лимфоцитов < 350 клеток/мкл вне зависимости от стадии и фазы болезни;
3. следующим категориям пациентов с количеством CD4+ -лимфоцитов 350–499 клеток/мкл:

– пациентам с ВН > 100 000 копий/мл;

– пациентам старше 50 лет;

– больным ХГС;

4) следующим категориям пациентов, независимо от стадии заболевания, количества CD4+-клеток и уровня РНК ВИЧ:

– больным ХГВ;

– больным туберкулезом;

– больным с хроническими заболеваниями почек;

– больным с нарушениями познавательной деятельности (когнитивными расстройствами);

– пациентам с выраженной анемией или тромбоцитопенией, если они являются проявлениями ВИЧ-инфекции;

– пациентам с заболеваниями, требующими длительного применения терапии, угнетающей иммунитет (лучевая терапия, кортикостероидные гормоны, цитостатики);

– беременным женщинам.

4. По эпидемиологическим показаниям АРВТ рекомендуется назначать:

- инфицированному партнеру, имеющему постоянного ВИЧ-негативного партнера, при условии предварительного консультирования обоих;

- при подготовке ВИЧ-инфицированного пациента к применению вспомогательных репродуктивных технологий.

Кроме того, учитывая рекомендации о расширении показаний к АРВТ как профилактическому мероприятию, она может быть назначена любому пациенту, желающему и готовому получать ее.

Если у пациента с количеством CD4+ - лимфоцитов 350–499 клеток/мкл повышение ВН > 100 000 копий/мл выявлено впервые, для решения вопроса о назначении АРВТ рекомендуется повторное обследование через 3 мес.

При сохранении высокого уровня ВН рекомендуется начать АРВТ.

Приложение 7

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Отчетная форма

«Ежеквартальный мониторинг движения диспансерных больных и эффективности

антиретровирусной терапии (АРВТ)» за \_\_\_\_\_\_квартал 20\_\_\_ г.

(предоставляется до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом на электронный адрес:egorov@aids-86.info)

наименование медицинского организации

Движение диспансерных больных в \_\_\_\_\_\_ квартале 20\_\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Состоят на Д учете | Из них взяты на Д учет в \_\_\_ квартале текущего года | Из числа состоящих на Д учете с 2015 г. и ранее и прошедших обследование в отчетном квартале | Из числа впервые выявленных в текущем году и прошедших обследование в отчетном квартале | Из общего числа Д больных нуждались в химиопрофилактике туберкулеза | Проведение химиопрофилактики туберкулеза ( с нарастающим итогом) |
| начата | продолжается | закончена |
| СD4350-500 | CD4<350 | CD4<200 |
| CD4350-500 | CD4<350 | CD4<200 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Антиретровирусная терапия по состоянию на\_\_\_\_\_ квартал 20\_\_\_года

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ПолучаютАРВТ(Взрослые)*(с нарастающим итогом*) | Из них взяты на АРВТ в \_\_\_ квартале текущего года | Получают АРВТ (дети)*(с нарастающим итогом*) | Прекратили АРВТ в отчетном квартале | Из всех получающих АРВТ имели неопред. уровень вирусной нагрузки на конец отчетного квартала |
| смерть | непереносимость | отказ | выбыл |
| муж | жен | муж | жен |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель медицинской организации Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Ответственное лицо за заполнение формы, должность, Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . (тел , e-mail)

Приложение 8

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Основные критерии оценки качества работы руководителей медицинских организаций по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по разделу противодействия распространению ВИЧ-инфекции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование индикатора качества работы | Рекомендуемыйпоказатель | Неэффективный результат работы |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Скрининг населения на определение антител к ВИЧ
 |
| 1.1. | Обследование представителей уязвимых групп:больных наркоманией, состоящих на учете в наркологических диспансерах | До 95% от числа, не имеющих ВИЧ- статуса | <90% |
| 1.2. | Лиц, употребляющих психоактивные вещества с вредными последствиями | 95% | <90% |
| 1.3. | Больных с заболеваниями, передающимися половым путем | 95% |  |
| 1.4. | Обследование всех поступающих на стационарное лечение | 99% | < 95% |
| 1. Организация диспансерного наблюдения
 |
| 2.1. | Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных состоящих на диспансерном (Д) учете в том числе: лиц, впервые взятых на Д учет | 90% от числа состоящих на Д учете | <85% |
| 2.2. | Контроль за показателями иммунного статуса и ВН диспансерного контингента с целью своевременного назначения АРВТ, химиопрофилактики вторичных инфекций (туберкулеза, пневмоцистной пневмонии) | Обследование - 90%не менее 1 раза в год (в соответствии с клиническими показаниями число исследований может увеличиваться**)** | Лабораторное обследование < 85% |
| 2.3. | Доля пациентов, охваченных АРВТ | Не менее 40% от числа состоящих на Д учете в 2016 г., 50% - в 2017 г. | <40% |
| 2.4. | Доля пациентов, получающих АРВТ с показателем ВН до уровня - неопределяемой  | Не менее 60% | <55% |
| 1. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции
 |
| 3.1. | Процент охвата химиопрофилактикой женщин во время беременности | Не менее 95% | <95% |
| 3.2. | Процент охвата химиопрофилактикой женщин в родах  | Не менее 95% | <95% |
| 3.3. |  Процент охвата химиопрофилактикой новорожденных не менее; | Не менее 99% | <99% |
| 3.4. | Процент инфицированности детей ВИЧ-инфекцией | Не более 2,0% от числа детей, рожденных двумя годами ранее | >2% |
| 1. Профилактика вторичных инфекций
 |
| 4.1. | Охват химиопрофилактикой туберкулеза  | Не менее 80% от числа нуждающихся (имеющих CD4< 350 кл) . |  |
| 4.2. | Химиопрофилактика пневмоцистной пневмонии | 90% приуровне CD4<200 кл/мкл  |  |
| 4.3. | Профилактические осмотры на туберкулез | 85% от числа состоящих на учете |  |

Приложение 9

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Основные индикаторы качества оказания медицинской помощи

больному ВИЧ-инфекцией

Процессуальные индикаторы:

1. Пациенту, имеющему показания к АРВТ она назначена (индикатор качества работы врача), и он начал ее получать (индикатор качества работы медицинской организации).

2. При назначении схемы АРВТ или ее смены в амбулаторной карте приводится обоснование выбора схемы.

3. При отсутствии вирусологического, иммунологического или клинического эффекта АРВТ на любом этапе наблюдения в амбулаторной карте имеется запись с констатацией этого факта, его оценкой и обоснованием дальнейшей тактики АРВТ.

Временные индикаторы:

1. Исследование ВН было проведено перед началом АРВТ, через 4 и 13 нед. после ее начала.

2. Пациент с количеством CD4+-лимфоцитов < 350 клеток/мкл или наличием вторичных заболеваний начал получать АРВТ в течение 2 недель после определения показаний к ее началу.

3. Исследование количества CD4+-лимфоцитов назначается (индикатор качества работы врача) и проводится (индикатор качества работы медицинской организации) при плановых визитах:

пациентам с отсутствием показаний к АРВТ на стадии 3 при количестве CD4+-лимфоцитов > 500 клеток/мкл не реже 1 раза в 6 мес.;

пациентам на других стадиях и с меньшими показателями иммунного статуса – не реже 1 раза в 3 мес.;

4. Исследование количества CD4+-лимфоцитов и ВН при плановых визитах проводится пациентам, получающим АРВТ, не реже 1 раза в 3 мес.

Профилактические индикаторы:

1. В течение года пациент проходил рентгенологическое обследование грудной клетки.

2. При постановке на диспансерное наблюдение проведено обследование на гепатиты В, С и сифилис.

3. Беременной назначена (индикатор качества работы врача) АРВТ, и она ее получает (индикатор качества работы медицинской организации).

4. Пациент, имеющий ВИЧ-негативного полового партнера, получает АРВТ.

5. Пациенту с количеством CD4+-лимфоцитов < 350 клеток/мкл назначена (индикатор качества работы врача) химиопрофилактика туберкулеза, и он ее получает (индикатор качества работы медицинской организации).

6. Пациенту с количеством CD4+-лимфоцитов < 200 клеток/мкл назначена (индикатор качества работы врача) химиопрофилактика пневмоцистной пневмонии, и он ее получает (индикатор качества работы медицинской организации).

Примечание:

Исключение составляют пациенты, получающие АРВТ в течение не менее полутора года, при отсутствии в течение 6 и более месяцев клинических проявлений вторичных заболеваний и количестве CD4+-лимфоцитов > 500 клеток/мкл, а ВН – ниже 50 копий/мл в двух последних исследованиях, сделанных с интервалом в 3 и более месяцев. В этом случае плановые исследования CD4+-лимфоцитов и ВН можно проводить с интервалом 6 мес.

Приложение 10

к приказу Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 04.04.2016 № 334

Список врачей-инфекционистов казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД», курирующих территории для оказания организационно-методической и консультативной помощи по вопросам ВИЧ-инфекции

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Территория | Ф.И.О. куратора |
| 1. | г. Сургут и районг. Когалым | Заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением филиала в г. Сургутеврач -инфекционистМеншикова Н.А. |
|
| 2.  | г. Пыть-Яхг. Нефтеюганск и районп.г.т. Пойковский | Заведующий филиалом  в г. Пыть-Яхеврач-инфекционист Ушакова А.А. |
| 3. | г. Нижневартовск и Нижневартовский районг. Радужныйг. Лангепасг. Мегионг. Покачи | Заведующий филиалом в г. Нижневартовскеврач-инфекционист Найдина О.Ю. |
| 4. | г. Ханты-Мансийск и районг. Нягань Березовский районБелоярский районОктябрьский районСоветский районг. Югорск Кондинский районг. Урай | Заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением врач-инфекционистПетровец А.И. |