

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН КОМИТЕТ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО  
БЛАГОПОЛУЧИЯ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ПО БОРЬБЕ СО СПИД**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «КРИПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У  
ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ»**

**Ташкент – 2025**



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ « КРИПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У  
ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ»**

**Ташкент 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОКОККОВОЙ  
ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

## Оглавление:

<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ ЖИВУЩИХ С ВИЧ .....</b>	<b>5</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРИПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ ЖИВУЩИХ С ВИЧ.....</b>	<b><u>22</u></b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКА И/ЛИ РЕАБИЛИТАЦИЯ КРИПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ ЖИВУЩИХ С ВИЧ.....</b>	<b><u>24</u></b>

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы) МКБ-11:

<b>1F27</b>	Криптококкоз
<b>1F27.0</b>	Диссеминированный криптококкоз
<b>1F27.1</b>	Другой уточненный криптококкоз
<b>1F27.2</b>	Криптококкоз неуточненный

**Дата разработки** 05.05.2025

**Планируемая дата пересмотра протокола** проведение следующего пересмотра планируется в 2028 году, или по мере появления новых ключевых доказательств

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский центр по борьбе со СПИДом**

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад: Республиканский центр по борьбе со СПИДом**

**По организации процесса члены рабочей группы по направлению ВИЧ/СПИД:**

**Юсупалиев Б.К.**- Заместитель министра здравоохранения РУ - Начальник Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья, д.м.н.профессор

**Атабеков Н.С.**-Первый зам.руководителя Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья, д.м.н.профессор

**Игамбердиев Б.Н.** директор, Республиканский центр по борьбе со СПИДом,  
**Мустафаева Д.А.** заместитель директора по лечебной работе, Республиканский центр по борьбе со СПИДом, инфекционист, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, преподаватель курса “Проблемы ВИЧ-инфекции”, к.м.н.

**Гиясова Г. М.** преподаватель, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, к.м.н.

**Папина Е.С.**-Республиканский центр по борьбе со СПИДом, заведующая поликлиники, инфекционист

**Ашурова Х.М** - Республиканский центр по борьбе со СПИДом, инфекционист

**Мавлонова Г. А.**-Республиканский центр по борьбе со СПИДом, педиатр

## Список авторов:

<b>Руководитель рабочей группы</b>	<b>Игамбердиев Бахром Нагматович</b> Республиканский центр по борьбе со СПИДом, директор
<b>Ответственные и исполнители</b>	<b>Мустафаева Дилдора Асатовна</b> Республиканский центр по борьбе со СПИДом, заместитель директора по лечебной работе, инфекционист, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, преподаватель курса “Проблемы ВИЧ-инфекции”, к.м.н.
	<b>Юлдашев Кахрамон Халдарович</b> Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, руководитель курса “Проблемы ВИЧ-инфекции”, д.м.н.
	<b>Умиров Сафар Эргашевич</b> Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, профессор “Проблемы ВИЧ-инфекции”, д.м.н.
	<b>Папина Евгения Сергеевна</b> Республиканский центр по борьбе со СПИДом, заведующая поликлиники, инфекционист
	<b>Ашурова Хулкарой Махкамовна</b> Республиканский центр по борьбе со СПИДом, инфекционист
	<b>Мавлонова Гулнора Аъзамовна</b> Республиканский центр по борьбе со СПИДом, педиатр
	<b>Раджабова Сайёрахон Олимжановна</b> Республиканский центр по борьбе со СПИДом, врач

## Рецензенты:

<b>Рецензенты:</b>	<b>Маматмусаева Ф.Ш</b> – Кафедра Микробиология, вирусология и иммунология, Ташкентский медицинский академия. Доцент. PhD
	<b>Бердиева З.И</b> - старший научный сотрудник лаборатории «Общая эпидемиология» Ташкентского научно-исследовательского института вакцин и сывороток, к.ф.н.

Обсуждения клинического протокола были проведены на Научном Совете по координации научно-исследовательской деятельности и инновационных разработок в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции при Республиканском центре по борьбе со СПИДом- протокол №\_\_\_ от \_\_\_\_\_

<b>Техническая экспертная оценка и редактирование:</b>	<b>Рахимова В.Ш.</b> Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра инфекционных заболеваний, доцент, к.м.н.
	<b>Гиясова Г.М.</b> Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, курс «Проблемы ВИЧ- инфекции», к.м.н

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Пользователи протокола:**

- организаторы здравоохранения
- специалисты высших учебных заведений
- специалисты научно-практических медицинских центров
- специалисты ведомственной медицинской службы
- врач общей практики
- инфекционисты
- терапевты
- неврологи
- дерматовенерологи
- акушер-гинекологи
- анестезиологи-реаниматологи

**Категория пациентов:**

ВИЧ-инфицированные взрослые

### Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АТ	Антитела
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИФА	иммуноферментный анализ
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СМЖ	Спинномозговая жидкость
ФГДС	Фиброгастродуоденоскопия
ЦНС	центральная нервная система
ЭКГ	Электрокардиография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
IgG	иммуноглобулины класса G
IgM	иммуноглобулины класса M

### Шкала уровня доказательности

УДД	Уровень достоверности доказательств
А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или

	невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### Введение

Криптококкоз – это инфекционный патологический процесс, спровоцированный грибами криптококками. Возбудитель криптококковой инфекции, присутствует в окружающей среде во всем мире. Путь передачи инфекции воздушно-пылевой. От человека к человеку заболевание не передаётся. Возбудитель может находиться в почве, загрязнённой птичьим помётом. Также возбудитель может находиться в фекалиях кошек, собак, лошадей и кур. Криптококк не является представителем нормальной микрофлоры человека; его выделение всегда указывает на клинически выраженную или субклиническую инфекцию (в том числе у людей без нарушений иммунитета).

Инкубационный период при криптококкозе составляет от нескольких дней до нескольких месяцев. Клинические проявления заболевания зависят от локализации поражений и выраженности иммунодефицита. Чаще всего возникает поражение ЦНС с картиной энцефалита (около 80 %). Самая частая клиническая форма криптококкоза — менингит (до 90% всех случаев криптококкоза), который развивается у 2,0–7,5% больных СПИДом.

Заболевание обычно носит генерализованный характер, кроме ЦНС, возбудитель часто поражает легкие и кожу, реже — другие органы (костный мозг, лимфатические узлы, печень, почки, надпочечники, суставы, миокард, перикард, селезенку). При поражении легких возникают симптомы атипичной пневмонии с непродуктивным кашлем и болями в грудной клетке. Могут возникать кожные поражения, которые на начальных этапах выглядят как контагиозный моллюск, а позже сливаются, образуя крупные язвенные дефекты.

<https://www.hiv-spb.ru/assets/docs/specialist/%D0%92%D0%98%D0%A7%202014-15.pdf>

### 2.2. Определение

**Криптококкоз**—это инфекционное заболевание вызываемое дрожжевыми грибами *Cryptococcus neoformans*, который характеризуется поражением ЦНС, лёгких, кожи, слизистых оболочек.

## Клиническая классификация криптококковой инфекции

- Легочная форма;
- Диссеминированная форма;
- Менингит криптококковый;

### Осложнения:

- прогрессирующее снижение зрения или полная утрата зрительной функции;
- осложнения со стороны органа слуха;
- когнитивные расстройства;
- энцефалопатия;
- нарушение мышления;

Снижение памяти;

[https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\\_neurology/cryptococcal-meningitis](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cryptococcal-meningitis)

### 3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии:

Определение жалоб пациента		
при легочной форме:	при поражении ЦНС:	при поражениях кожных покровов:
<ul style="list-style-type: none"><li>- общую слабость;</li><li>- головные боли;</li><li>- одышку;</li><li>- скачки температуры тела;</li><li>- кашель с примесью крови;</li><li>- тошноту и рвоту;</li><li>- раздражительность;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- общую слабость;</li><li>- упорные головные боли в течение длительного времени;</li><li>- скачки температуры тела;</li><li>- тошноту и рвоту;</li><li>- раздражительность;</li><li>- двоение в глазах;</li><li>- нарушения походки, слуха и зрения;</li><li>- парезы;</li><li>- изменение психического статуса (от спутанности сознания до летаргии и комы);</li><li>- судороги;</li><li>- повышение внутричерепного давления.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- образование эритемы либо пятен на кожном покрове;</li><li>- контагиозный моллюск;</li><li>- сливающие крупные язвенные дефекты.</li></ul>

### Анамнеза:

- Криптококкоз является СПИД-индикаторной оппортунистической инфекцией (обычно это связано со снижением количества CD4-клеток < 100/мкл).
- Путь передачи инфекции воздушно-пылевой. От человека к человеку заболевание не передаётся.

### Факторы риска развития криптококкоза

- ВИЧ-инфекция;
- Онкологические заболевания;
- Лимфопролиферативные заболевания;
- Ревматические и иммунологические заболевания;
- Хронические заболевания легких;
- Длительная терапия глюкокортикостероидами;
- Сахарный диабет;
- Беременности
- Хроническая почечная недостаточность;
- Хронические заболевания печени;
- Ревматоидный артрит, СКВ;

### Физикальный осмотр

- Общий осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, верхний дыхательный путей, женский или мужских половых органов, органа зрения;
- Осмотр и пальпация лимфатических узлов с определением их болезненности и размеров;
- пальпации живота с определением размеров (увеличение) и консистенции печени и селезенки;
- аускультация легких
- определение наличия очаговой неврологической симптоматики и менингеальных синдромов.

### Клинические проявления криптококкоза:

Поражение органа	Клиническое проявление	Клиническое течение	Основные симптомы
ЦНС	Криптококковый менингит, менингоэнцефалит, криптококковые гранулемы	Острое или подострое	-упорные постоянная головные боли диффузного характера (у 100% пациентов), интенсивность которой постепенно нарастает, продолжительность от нескольких дней до нескольких месяцев; -тошнота;

			-непостоянная лихорадка; -менингеальные симптомы часто отсутствуют. -повышено внутричерепное давление;
<b>Легкие</b>	Острая или подострая пневмония, Острый респираторный дистресс-синдром, Плеврит, гидроторакс	Бессимптомное, острое или подострое	-прогрессирующая одышка; -сухой кашель; -повышение температуры до субфебрильных цифр; -может проявляться как острый респираторный дистресс-синдром и даже имитировать пневмоцистную пневмонию.
<b>Кожа</b>	Контагиозный моллюск, абсцессы, узелки, папулы, свищевые ходы, язвы	Подострое, проявление диссеминированного процесса	-повышение температуры до субфебрильных цифр; -проявление папулезной или макуло-папулезная сыпь с центральными изъязвлениями
<b>Глаза</b>	Отек диска зрительного нерва, эндофтальмит, атрофия зрительного нерва, хориоретинит	Острое, подострое	Ухудшение зрения, слепота, повышение внутричерепного давления

<https://www.hiv-spb.ru/assets/docs/specialist/%D0%92%D0%98%D0%A7%202014-15.pdf>

### Основные лабораторные исследования:

	Легочная форма	Диссеминированная форма	Менингит криптококковый
Общеклинические анализы крови и мочи;	+	+	+
Биохимическое исследование крови: повышение уровня билирубина, АЛТ,	+	+	+

тимоловой пробы, амилазы.			
<u>Иммунограмма</u> : снижение CD4+, CD8+, снижение CD4\CD8.	+	+	+
Микроскопическое исследование СМЖ (цитоскопический)	-	+	+
Культуральное исследование спинномозговой жидкости (СМЖ), мокроты, мочи и крови	-	+	+
Молекулярногенетический метод (ПЦР) на K <sub>r</sub> Ag в СМЖ	+	+	+
Экспресс тестирование на K <sub>r</sub> Ag в сыворотке крови	+	+	+
Иммуноферментный анализ на определение K <sub>r</sub> At	+	+	+

### Стандартные тесты для обследования пациентов с криптококковой инфекцией

УДД	Лабораторные исследования
<b>В</b>	<b>Микроскопия.</b> Возбудитель обнаруживают во влажных мазках ликвора, плазмы и мочи, окрашенных тушью. Окраска мазков тушью позволяет выявить возбудителя в 60–80% случаев. Характерный симптомокомплекс, обнаружение капсулированных дрожжевых клеток в образцах, выявление <i>Cryptococcus neoformans</i> в гистопатологических препаратах, окрашенных муцикармином, — основание для предварительного диагноза.
<b>А</b>	<b>Культуральное исследование.</b> Выделение возбудителя проводят посевом образцов (ликвор, мокрота, кровь, моча) на микологические среды (без циклогексимида); колонии вырастают в течение 1– 5 сут; результат посева крови оказывается положительным в 50–70% случаев. При исследовании СМЖ культура возбудителя выделяется в >95% случаев

<b>В</b>	<b>Серологические исследования</b> (экспресс тестирование или ИФА) проводят при отрицательных результатах посевов либо для уточнения диагноза. Аг криптококков обнаруживают в ликворе в 95% случаев, подтверждённых выделением возбудителя.
<b>А</b>	<b>Поясничная пункция СМЖ.</b> В спинномозговой жидкости обычно наблюдается повышенное содержание белка (50–150 мг/дл), снижение уровня глюкозы (0,47-4,84г/л), лимфоцитарный или смешанный плеоцитоз (11-283кл/мкл); повышение ликворного давления (>200 мм Н2О в 75% случаев).
<b>В</b>	<b>ПЦР.</b> Отрицательный результат ПЦР СМЖ не исключает полностью криптококковый менингит, и тестирование СМЖ и крови на CrAg всегда следует проводить одновременно. ПЦР-анализ имеет диагностическую ценность при подозрении на второй эпизод криптококкового менингита; Было отмечено, что этот тест позволяет дифференцировать рецидив (положительный ПЦР) от ВСВИ (отрицательный ПЦР).
<b>В</b>	<b>Биопсия</b> поражённых участков кожи.

<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full>

## Инструментальные исследования для пациентов с криптококковой инфекцией

УДД	Инструментальные исследования
<b>В</b>	<b>МРТ головного мозга</b> — обнаруживают локальные криптококкомы. Одиночные или множественные объемные образования (криптококкомы) выявляются очень редко.
<b>А</b>	<b>КТ легких-</b> обнаруживаются множественные участки лёгочной инфильтрации. Инфильтраты чаще располагаются в нижних долях обоих лёгких, язычковых сегментах слева и средней доле справа. В некоторых из них определяются полости распада. Иногда имеются признаки выпота в плевральных полостях, двухсторонняя милиарная диссеминация. Криптококкоз с бессимптомным течением рентгенологически выявляется в виде одиночного объёмного опухолевидного образования (криптококкомы).
<b>В</b>	<b>Бронхоскопия</b> – при получении биологического материала проводится окрашивание тушью и под микроскопом визуализируются крупные (до 20 мкм) тканевые формы микромицетов, заключённые в плотную прозрачную капсулу.
<b>С</b>	<b>Рентгенография грудной клетки</b> — обнаруживают инфильтраты, опухолевидные образования (с редкими полостями), милиарное распространение процесса, лимфаденопатию (10%), плевральный выпот (менее чем в 5% случаев)
<b>С</b>	<b>Офтальмоскопия.</b> Осмотр глазного дна выявляет отека диска зрительного нерва
<b>В</b>	<b>Измерение внутричерепного давления.</b> При наличии очаговой неврологической симптоматики или при нарушении сознания (заторможенности) перед люмбальной пункцией необходимо получить изображения ЦНС с помощью визуальных методов диагностики, чтобы выявить возможные противопоказания к проведению пункции. Рекомендуется выпускать СМЖ до снижения давления на 50%.

[https://coinfection.net/wp-content/uploads/2017/11/hiv-2015\\_hoffman.pdf](https://coinfection.net/wp-content/uploads/2017/11/hiv-2015_hoffman.pdf)

<https://infectology.ucoz.ru/ld/0/58...-2012-.pdf>

**Показания для консультации узких специалистов в зависимости от клинической формы:**

Консультация врача пульмонолога (при поражении легких);	пневмонит	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>
Консультация врача-кардиолога (при поражении сердца);	миокардит	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>
Консультация невролога.	энцефалит, менингоэнцефалит	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>
Консультация врача офтальмолога	ретинит	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>
Консультация врача акушера-гинеколога	при беременности и гинекологических заболеваниях	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>
Консультация врача уролога	при патологии мужских половых органов	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>
Консультация врача гастроэнтеролога	при поражении ЖКТ	Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-4) <a href="https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full">https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full</a>

#### 4.АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ КРИПТОКОКОЗА



**Дифференциальный диагноз криптококкоза с проявлениями КМЭ у лиц, живущих с ВИЧ**

<b>Перечень критериев диагностики</b>	<b>КМЭ/ВИЧ</b>	<b>Токсоплазмный энцефалит</b>	<b>Туберкулезный МЭ</b>
Жалобы пациента	Упорные длительные головные боли, нарушения походки, слуха и зрения, парезы черепно-мозговых нервов.	Нарушения речи и выпадение чувствительности, эпилептический припадок, головная боль на фоне лихорадки или субфебрильной температуры, парезы, диплопия	лихорадка, слабость, ночные поты и похудание, головная боль, снижение аппетита, тошнота, рвота, рвота при менингите не связана с приемом пищи, а появляется сразу после смены положения
Инкубационный период	от нескольких дней до нескольких месяцев.	от 3 дней до нескольких месяцев	2-5 дней
Риск развития заболевания при пороговом значении CD4-лимфоцитов	CD4 $\leq$ 200 коп/мкл	CD4 $\leq$ 100 коп/мкл	Не зависит
Клиническое течение	Подострое, атипичное, обусловлена невыраженностью	Остро или подостро, нарастанием симптоматики в течение нескольких дней	Симптомы заболевания развиваются постепенно.
Температура	длительная лихорадка (от нескольких дней до нескольких месяцев)	Лихорадка или субфебрилитет	Постоянная или лихорадка
Синдром интоксикации	Вариабелен	Вариабелен	Выражен
Головные боли	упорного нарастающего характера	упорного характера	головные боли распирающего характера очень мучительны для пациента

Нарушение сознания	Наблюдается у 75% пациентов		расстройства ЦНС, нарушение сознания, поражения ЧМН, патологические рефлекс
Классические менингеальные симптомы	проявляются только у 1/3 пациентов	проявляются редко	положительные
Характерные симптомы	отсутствуют	Бинокулярная диплопия	
Неврологическая симптоматика	Эпилептические припадки, судороги, фотофобия у 10%	очаговые неврологические нарушения, включая парезы, нарушения речи и выпадение чувствительности	симптомы раздражения мозговых оболочек, моно-, геми- и парапарезы, парезы III и VI черепно-мозговых нервов, потеря сознания и судороги
Визуализация на томограммах	Увеличение объема желудочков, признаки повышенного внутричерепного давления и появление множественных гиперинтенсивных очагов в белом веществе головного мозга	МРТ предпочтительнее чем КТ: выявляется либо единичный очаг, либо несколько очагов (2–5), либо множество очагов. Примерно в 9 из 10 случаев вокруг очагов обнаруживается кольцевидное контрастное усиление, которому нередко сопутствует отек. Иногда обнаруживаются кровоизлияния.	МРТ: признаки очагового поражения головного мозга и оболочек мозга
Исследование СМЖ	Повышение давления, незначительный лимфоцитарный плеоцитоз, возможно повышение содержания белка, сахара	Обнаруживается умеренный цитоз и немного повышенный уровень белка	Очень повышено ВЧД и при пункции вытекает под повышенным давлением, количество белка повышено (от 1 до 5 г/л). При высоком

			содержании белка СМЖ опалесцирует, выпадает фибринная пленка. Плеоцитоз достигает 700 клеток на 1 мм <sup>3</sup> и более, цитоз преимущественно лимфоцитарный — от 70 до 80%. Важным диагностическим признаком считается значительное снижение в СМЖ уровня глюкозы (< 2,5 ммоль/л)
Поражение глаз	не характерно	хориоретинит, без геморрагического компонента, на сетчатке множественные очаги белого или кремового цвета на сетчатке	не характерно

## 5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Проявление криптококковой инфекции у пациентов с ВИЧ наблюдается при выраженной иммуносупрессии, в связи с чем лечение в амбулаторных условиях не проводится.

Но профилактические мероприятия рассчитаны на амбулаторную помощь. Пациентам, получившим в стационаре 10-недельную индукционную и консолидирующую терапию криптококкового менингита или диссеминированного криптококкоза, следует проводить хроническую поддерживающую или супрессивную терапию флуконазолом по 200 мг в день в течение как минимум 1 года.

<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full>

### **Отмену вторичной профилактики можно произвести, если:**

- Отсутствуют клинические симптомы заболевания.
- Общая длительность противогрибковой терапии составила не менее года.
- Стабильный уровень лимфоцитов CD4 более 100 клеток/мкл в течение не менее 6 месяцев на фоне противогрибковой терапии.

- Высокая приверженность АРТ и неопределяемая вирусная нагрузка.

### **Инструментальные методы обследования на амбулаторном уровне**

- КТ или МРТ головного мозга (при возможности).
- Рентгенологическое обследование (исключение туберкулеза).

### **Лабораторное обследование на амбулаторном уровне:**

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Показатели функции печени и почек, гликемия, уровень альбумина и другие доступные биохимические исследования.
- Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Expert MTB/Rif, при недоступности – микроскопия мокроты).

**Хирургическое вмешательство**, оказываемое в амбулаторных условиях: не проводится.

**Другие виды лечения:** в отличие от других оппортунистических инфекций при ВИЧ, начало или возобновление АРТ откладывается на 4–6 недель после начала приема противогрибковых препаратов

## **6. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УЧЕТОМ ВИДОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

### **показания для госпитализации:**

При развитии клинически выраженной манифестной формы криптококковой инфекции показана госпитализация

### **показания для экстренной госпитализации:**

Пациенты с тяжелыми генерализованными формами криптококковой инфекцией.

<https://diseases.medelement.com/disease/цитомегаловирусная-инфекция/14157>

## **7. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ**

### **немедикаментозное лечение:**

Режим: постельный или полупостельный.

Диета: стол № 15 с коррекцией в зависимости от клинической формы.

### **медикаментозное лечение:**

Проводится в стационаре до стабилизации состояния пациента.

### Лечение

ВИЧ-инфицированным пациентам с криптококковым менингитом не рекомендуется немедленно начинать АРТ, принимая во внимание высокий риск развития воспалительного синдрома восстановления иммунитета, а также его потенциальный риск для жизни пациента.

	<b>Препарат</b>	<b>Доза</b>	<b>Комментарии</b>
Индукционная терапия ( $\geq 2$ недель)	Липосомальный амфотерицин В + Флюцитозин	3 мг/кг/день в/в капельно на физ.растворе	14 дней Затем выполнить СМП: если культура стерильна перейти на режим перорального приема. - При выполнении СМП всегда должно измеряться давление открытия. - Повторные СМП или шунтирование СМЖ необходимы для эффективного контроля повышенного внутричерепного давления, ассоциированного с лучшей выживаемостью - Дозировки флуцитозина должны быть адаптированы к функции почек. - Отложить начало к АРТ по крайней мере на 4 недели.
		4p x 25 мг/кг/день/п/о	
	или амфотерицин В деоксихолат + флуконазол	0.7 мг/кг/ день в/в	
		400-800 мг в сутки	
Консолидационная терапия (8 недель)	флуконазол	1p x 400 мг/день п/о (нагрузочная доза 1 x 800 мг в первый день)	8 недель. Повторные СМП, пока давления открытия не станут <20 см H <sub>2</sub> O или 50% начального значения
Поддерживающая терапия		200 мг ежедневно (6 мг/кг в сутки до 200 мг в сутки, если возраст меньше 19 лет)	
Превентивная терапия		800 мг/день (или 12 мг/кг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет) П/О в течение 2 недель,	

		затем 400 мг/день (или 6 мг/кг в сутки до 400-800 мг в сутки, если возраст пациента менее 19 лет) П/О в течение 8 недель и непрерывное поддерживающее лечение флуконазолом в дозе 200 мг / сут.	
--	--	---	--

<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/cryptococcosis?view=full>

### Диспансеризация:

Диспансеризация при криптококковой инфекции — это процесс наблюдения и регулярного обследования пациентов для предотвращения рецидивов и контроля за развитием заболевания. Особенно это важно для пациентов с ослабленным иммунитетом, таких как люди с ВИЧ-инфекцией. Криптококкоз, вызванный грибами рода *Cryptococcus* (чаще всего *Cryptococcus neoformans* и *Cryptococcus gattii*), может привести к различным клиническим проявлениям, включая криптококковый менингит и диссеминированные формы заболевания. Процесс диспансеризации включает несколько важных этапов.

#### 1. Клинический мониторинг

Важно регулярно следить за состоянием пациента, чтобы своевременно выявить рецидивы или прогрессирование заболевания.

- **Осмотр пациента:** Регулярные визиты к врачу позволяют отслеживать любые изменения в состоянии пациента, такие как головная боль, нарушение сознания, температура и другие симптомы, которые могут указывать на рецидив криптококковой инфекции.
- **Обследование на наличие осложнений:** Особое внимание уделяется нейропсихиатрическим расстройствам, если болезнь затрагивает центральную нервную систему (менингит).

В случае *Cryptococcus* инфекции особенно важно учитывать клинические признаки поражения ЦНС, такие как головные боли, рвота, изменения в уровне сознания и когнитивные расстройства, что особенно часто наблюдается при менингите.

Kauffman, C. A., & Pappas, P. G. Cryptococcosis. *Clinical Infectious Diseases*, 48(6), 755-758.

## 2. Лабораторные исследования

Лабораторные тесты играют ключевую роль в диагностике и мониторинге заболевания, а также в оценке эффекта лечения.

- **Контроль уровня криптококковых антигенов:** Регулярное определение уровня криптококкового антигена в сыворотке крови и ликворе является важным инструментом для мониторинга активности инфекции и выявления рецидивов. Повышенные уровни криптококкового антигена могут свидетельствовать о рецидиве заболевания или о неэффективности терапии.
- **Общий анализ крови и биохимические показатели:** Регулярный мониторинг на наличие лейкопении или других признаков инфекционного процесса. Также оцениваются функции печени и почек, чтобы избежать токсичности лекарств, применяемых в терапии (например, амфотерицина В).
- **ВИЧ-тестирование:** Для пациентов с ВИЧ важно контролировать уровень вирусной нагрузки и количество CD4 клеток, чтобы обеспечить адекватную антиретровирусную терапию и предотвратить дальнейшую иммунную супрессию.

Dromer, F., et al. Epidemiology and clinical manifestations of *Cryptococcus* infections in patients with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Microbiology*, 42(6), 2791-2799.

## 3. Нейровизуализация

При подозрении на менингит или других осложнениях, связанных с центральной нервной системой, рекомендуется проведение нейровизуализирующих исследований.

- **МРТ или КТ:** Эти методы используются для диагностики и мониторинга изменений в мозге, таких как воспаление или гематомы, которые могут возникнуть при криптококковом менингите. Особенно важно проводить МРТ или КТ в начале лечения и через определённые интервалы времени, чтобы оценить эффективность терапии.

Bicanic, T., et al. Cryptococcal meningitis: epidemiology and management. *Clinical Infectious Diseases*, 56(10), 1301-1309.

## 4. Мониторинг лекарственной терапии

Лечение криптококковой инфекции требует постоянного мониторинга, чтобы избежать побочных эффектов и оценить эффективность лечения.

- **Амфотерицино В:** Это один из основных препаратов для лечения тяжелых форм криптококкоза, особенно при менингите. Однако при длительном применении требуется регулярный контроль за функцией почек и уровнем электролитов, поскольку амфотерицино В может вызывать токсичность.
- **Флуконазол:** Для поддерживающей терапии и после завершения интенсивного курса лечения амфотерицино В используется флуконазол. Важно следить за его уровнями в крови, чтобы избежать передозировки и токсичности.

Perfect, J. R. Cryptococcosis. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(3), 801-820.

## 5. Профилактика рецидивов

Профилактика рецидивов особенно важна у пациентов с ВИЧ, поскольку их иммунный статус может быть уязвимым.

- **Поддерживающая терапия:** После завершения основного курса терапии для предотвращения рецидива пациентам с иммунодефицитом назначают длительное поддерживающее лечение антимикотиками, например, флуконазолом, на срок от нескольких месяцев до нескольких лет.
- **Мониторинг на рецидивы:** Рецидивы могут происходить у 20-30% пациентов, особенно у тех, у кого была тяжелая форма заболевания (например, менингит). Важно продолжать мониторинг уровня криптококковых антигенов и проводить регулярные клинические обследования.

Pappas, P. G., et al. Relapse of *Cryptococcus neoformans* infection in HIV-infected patients. *Journal of Clinical Microbiology*, 39(5), 1807-1810.

## Заключение

Диспансеризация при криптококковой инфекции требует комплексного подхода, включая регулярные клинические осмотры, лабораторные исследования, нейровизуализацию и мониторинг эффективности терапии. Особое внимание уделяется пациентам с ослабленным иммунитетом, например, людям с ВИЧ. Профилактика рецидивов и контроль за возможными побочными эффектами от длительной антимикотической терапии являются важными аспектами диспансеризации.

**Хирургическое вмешательство**, не проводится.

**Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи**: не проводится.

**Другие виды лечения**: не проводится.

**Индикаторы эффективности лечения:**

- Отсутствие клинической симптоматики;
- Отсутствие возбудителя в СМЖ или уменьшение количества;

## **8. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:**

**информация об отсутствии конфликта интересов**: нет  
**данные экспертов**:

1. Рахимова В.Ш.	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра инфекционных заболеваний, доцент, к.м.н.
2. Гиясова Г.М.	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, курс «Проблемы ВИЧ-инфекции», к.м.н

**Указание условий пересмотра протокола**: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО  
НАЗОЛОГИИ «КРИПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У  
ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ»**

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### ВВЕДЕНИЕ

Криптококкоз – это инфекционный патологический процесс, спровоцированный грибками криптококками. Возбудитель криптококковой инфекции, присутствует в окружающей среде во всем мире. Путь передачи инфекции воздушно-пылевой. От человека к человеку заболевание не передаётся. Возбудитель может находиться в почве, загрязнённой птичьим помётом. Также возбудитель может находиться в фекалиях кошек, собак, лошадей и кур. Криптококк не является представителем нормальной микрофлоры человека; его выделение всегда указывает на клинически выраженную или субклиническую инфекцию (в том числе у людей без нарушений иммунитета).

Инкубационный период при криптококкозе составляет от нескольких дней до нескольких месяцев. Клинические проявления заболевания зависят от локализации поражений и выраженности иммунодефицита. Чаще всего возникает поражение ЦНС с картиной энцефалита (около 80 %). Самая частая клиническая форма криптококкоза — менингит (до 90% всех случаев криптококкоза), который развивается у 2,0–7,5% больных СПИДом.

Заболевание обычно носит генерализованный характер, кроме ЦНС, возбудитель часто поражает легкие и кожу, реже — другие органы (костный мозг, лимфатические узлы, печень, почки, надпочечники, суставы, миокард, перикард, селезенку). При поражении легких возникают симптомы атипичной пневмонии с непродуктивным кашлем и болями в грудной клетке. Могут возникать кожные поражения, которые на начальных этапах выглядят как контагиозный моллюск, а позже сливаются, образуя крупные язвенные дефекты.

<https://www.hiv-spb.ru/assets/docs/specialist/%D0%92%D0%98%D0%A7%202014-15.pdf>

### Хирургическое вмешательство:

Хирургическое вмешательство: не проводится.

## 3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

Информация об отсутствии конфликта интересов: нет

Данные экспертов:

Рахимова В.Ш	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра инфекционных заболеваний, доцент, к.м.н.
--------------	---

Гиясова Г.М.	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, курс «Проблемы ВИЧ-инфекции», к.м.н
--------------	--

**Указание условий пересмотра протокола:** через 3 года после опубликования или при наличии новых методов диагностики и лечения с доказанной эффективностью.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПРОФИЛАКТИКА И/ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПО  
НОЗОЛОГИИ «КРИПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У  
ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ»**

**Ташкент – 2025**

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### *Введение*

Криптококковый менингит является одним из этиологических вариантов воспаления оболочек органов ЦНС. Распространен среди лиц со значительным сниженным клеточно-опосредованным иммунитетом. 80-95% заболевших составляют пациенты, страдающие СПИДом. Криптококковый менингит выступает основной причиной летальных исходов в данной группе. В странах Африки число смертей достигает 500-600 тыс. в год. Последние 30 лет характеризуются тенденцией к существенному увеличению заболеваемости, что объясняется мировым ростом распространенности ВИЧ.

Криптококковый менингит — это воспалительное поражение мозговых оболочек криптококком. Клинически проявляется симптомами менингита, гидроцефалии. При распространении процесса на церебральную ткань присоединяются очаговые расстройства.

При развитии менингоэнцефалита к клинической картине менингита добавляется очаговая симптоматика в виде парезов, параличей, сенсорных нарушений. Нарастающая гидроцефалия характеризуется усилением цефалгии, учащением рвоты, признаками зрительной и слуховой дисфункции. Возможна дискоординация при ходьбе. Исход заболевания определяется тяжестью поражения, своевременностью и адекватностью проводимой антимикотической терапии. Комбинированная методика в фазу индукции позволила снизить смертность до 9,4%. В странах с низким социальным уровнем смертность достигает 40%, что связано с поздним началом терапии, монотерапией.

Смертность от ВИЧ-ассоциированного криптококкового менингита остается высокой (10–30 %) даже в развитых странах

[https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_neurology/cryptococcal-meningitis](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_neurology/cryptococcal-meningitis)

### *Определение – профилактики или реабилитации:*

Профилактика – основное направление медицины и включает в себя мероприятия государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера с целью обеспечить высокое состояние здоровья и предупредить возникновение болезней.

[https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%9B\\_%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%9B_%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0)

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания».

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

### 3. ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ:

- первичная;
- вторичная;

Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Профилактические и противоэпидемические общественные мероприятия при криптококковой инфекции основываются на принципах, разработанных для воздушно-капельных, фекально-оральных групп инфекций с учетом особенностей его эпидемиологии. Комплекс профилактических мероприятий должен быть максимально направлен как первичную, так и на вторичную профилактику заболевания. Проводимые индивидуальные профилактические мероприятия носят медикаментозный характер. Пациенты с ВИЧ с количеством лимфоцитов CD4 <100 мкл<sup>-1</sup> принимать флуконазол на амбулаторном уровне.

### 4. МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

**цель профилактики:** -предупреждение возникновения и воздействия на факторы риска повторного развития заболеваний.

**1-я профилактика** КИ ЛЖВ проводится в центрах по борьбе со СПИДом и кабинетах инфекционных заболеваний районных. Профилактика осуществляется амбулаторно с выдачей ВИЧ-инфицированным лицам флуконазол по 200 мг/сут. Можно рассмотреть прекращение, если количество CD4 > 100 кл/мкл и ВН ВИЧ не обнаруживается более 6 месяцев;

**2-я профилактика** - Цель: предупреждение рецидива заболевания; Флуконазол для вторичной профилактики также назначается врачом инфекционистом центров по борьбе со СПИД, поликлиник, КИЗ; осуществляется амбулаторно с выдачей ВИЧ-инфицированным лицам флуконазола:

**3-я профилактика** -не проводится;

### 5. МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ:

**Цель реабилитации**

- уменьшение гипоксии;
- возвращение физической активности;
- повышение переносимости физической нагрузки;

Рекомендуется начинать реабилитационные мероприятия уже в периоде ранней реконвалесценции всем пациентам с легкой утренней зарядки.

Объем и интенсивность физической нагрузки зависит от тяжести течения заболевания.

### 6. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ:

- толерантность пациента к физическим нагрузкам;

## Критерии для определения проведения видов профилактики

Улучшение общего состояния пациента;

Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур (международные шкалы согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья).

**-по показаниям**

## 7. ЭТАПЫ И ОБЪЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

I этап реабилитации-щадящий двигательный режим (2-4 дня) начало - на стационарном звене

II этап реабилитации - щадяще-тренирующий режим (6-9 дней) - амбулаторно.

III этап - тренирующий период (15-20 занятий и более) - реабилитационный центр - санаторий

## 8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С УКАЗАНИЕМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ:

1. Физикальное обследование пациента
2. Рентгенография ОГК или КТ головного мозга;

### Индикаторы эффективности профилактических мероприятий

Уровень CD лимфоцита выше 100 клеток в 1 мкл в соответствие с международными шкалами согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

## 9. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

- 1) информация об отсутствии конфликта интересов: нет
- 2) данные экспертов:

Рахимова В.Ш.	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра инфекционных заболеваний, доцент, к.м.н.
Гиясова Г.М.	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, курс «Проблемы ВИЧ-инфекции», к.м.н

3) Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования (2027 г) и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ МЗ РУз №270 от 31.10.2023г “ Одам иммунитетти танқислиги вируси инфекциясига доир профилактика ва даволаш баённомали тўғрисида”  
<https://t.me/SSVbuyruqlar>
2. Клинические протоколы МЗ РК , Республика Казахстан, 2017  
<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%83-%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85-%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F-2017/15420>
3. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых», МЗ РФ, 2023г <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr654.pdf>
4. Руководство Хоффман К., Юрген К., Лечение ВИЧ-инфекции, 2015г  
[www/hivbook.com](http://www/hivbook.com)
5. 2022 Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV,  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052178>;
6. Руководство Европейского клинического общества по изучению СПИДа (ЕАКС) 12-го пересмотра, 2023 года,  
[https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0\\_ru.pdf](https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0_ru.pdf)
7. Диагностика, профилактика и лечение криптококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных взрослых, подростки и дети дополнение к сводному руководству по применению антиретровирусных препаратов 2016 года для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции март 2018 г.  
<https://jasulib.org/wp-content/uploads/2022/04/>
8. EACS European AIDS Clinical Society Версия 11.0. Октябрь 2021  
Providing care to people with advanced HIV disease who are seriously ill: policy brief  
WHO 2023
9. Рекомендации ВОЗ по ведению людей с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, 2021г <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068650>
10. Рекомендации Бартлетт Джон, Галлант Джоэл, Фам Пол, Клинические аспекты ВИЧ-инфекции, 2010г  
[https://vk.com/doc179362297\\_622900424?hash=qTKеQCLUm6TIQfOabBnYeQgSTQN2KndU3XR7zybm6FL](https://vk.com/doc179362297_622900424?hash=qTKеQCLUm6TIQfOabBnYeQgSTQN2KndU3XR7zybm6FL)
11. Рекомендации Европейские по лечению ВИЧ, октябрь 2023г.  
<https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>

12. Рекомендации ВОЗ Стратегия по резистентности к лекарственным препаратам от ВИЧ, 2021г. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030565>
13. Сводные рекомендации по профилактике, тестированию, лечению и предоставлению услуг на ВИЧ

[file:///C:/Users/nasru/Downloads/9789240031593-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/nasru/Downloads/9789240031593-eng%20(1).pdf)