



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

27.12.2010 № 1369

г. Минск

г. Минск

Об утверждении некоторых
клинических протоколов

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить разработанный на основе протокола ВОЗ клинический протокол «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ» (далее - Протокол) согласно приложению.
2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям организаций здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить оказание медицинской помощи, людям живущим с ВИЧ, в соответствии с Протоколом.
3. Руководителям учреждений обеспечивающих получение высшего и среднего медицинского образования, ректору БелМАПО включить изучение Протокола в планы подготовки и переподготовки специалистов.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра Шевчука В.Е.

Министр

В.И. Жарко

Приложение
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
27.12.2010 г. № 1369

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей,
живущих с ВИЧ»

ВВЕДЕНИЕ

Широкое применение антиретровирусной терапии (АРТ) улучшило состояние здоровья и качество жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В связи с этим возникла необходимость во многом пересмотреть отношение к вопросам, касающимся сексуальности и репродуктивной функции этой группы населения. Основанный на правах человека подход к обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья (СиРЗ) ЛЖВ необходим для того, чтобы:

- информировать ЛЖВ о возможностях вести нормальную половую жизнь;
- гарантировать, что эффективное лечение ВИЧ-инфекции обеспечит им возможность сохранить репродуктивное здоровье, вести здоровую и полноценную половую жизнь и рожать детей;
- эффективно решать другие проблемы СиРЗ.

Консультирование и лечение ЛЖВ по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья является непростой задачей, стоящей перед медицинскими работниками. В решении этой задачи может помочь протокол по поддержке сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ, являющийся частью 13 Клинических протоколов по лечению и помощи при ВИЧ разработанных и выпущенных Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения. В Беларуси этот документ утвержден как клинический протокол, адаптированный в рамках проекта «Повышение качества информации и услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ». Проект реализован в 2009 - 2010 году Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и БОО «Позитивное движение» в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь при поддержке Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЕЙДС).

Внедрение протокола «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ» – призвано улучшить качество услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья ЛЖВ, также дополнить и повысить эффективность уже применяемых/существующих в республике мер по профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Протокол предназначен для акушеров-гинекологов, инфекционистов, урологов, терапевтов и врачей других специальностей.

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Репродуктивное здоровье отражает состояние репродуктивной системы и связанных с ней процессов и функций на протяжении всей жизни человека. Это означает, что человек способен вести полноценную и безопасную половую жизнь, может иметь детей и самостоятельно решать, иметь или не иметь их, а если иметь, то когда и сколько.

Сексуальное и репродуктивное здоровье – не синонимичные, но близкие по смыслу понятия. Понятие сексуального здоровья охватывает не только позитивные аспекты сексуальности и сексуальных отношений, но и проблему власти в таких отношениях, включая принуждение, насилие и дискриминацию. Сексуальное здоровье – это «оздоровление жизни и межличностных отношений, а не только консультирование и помощь, относящиеся к деторождению и заболеваниям, передаваемым половым путем».

Для достижения и поддержания СиРЗ человек должен иметь право самостоятельно контролировать сексуальность и деторождение, а также иметь доступ к соответствующей медицинской помощи. Проблемами СиРЗ занимаются врачи разных специальностей – от врачей общей практики в Западной Европе до акушеров-гинекологов, урологов, дерматовенерологов и сексопатологов в Восточной Европе, – работающие в центрах планирования семьи, здоровья молодежи и в клиниках, специализирующихся на лечении инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Врачи, занимающиеся охраной репродуктивного здоровья, должны использовать любую возможность для того, чтобы убедить своих пациентов добровольно пройти тестирование на ВИЧ, а также провести с ними консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Они должны прилагать все усилия, чтобы облегчить доступ ЛЖВ к соответствующей медицинской помощи. В свою очередь врачи, занимающиеся лечением ВИЧ-инфекции, должны владеть информацией о репродуктивных правах ЛЖВ и имеющихся для них возможностях выбора и направлять в соответствующие службы по охране репродуктивного здоровья для получения квалифицированной помощи.

Поэтому особенно важно повысить доступность служб по охране репродуктивного здоровья для женщин – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Они редко обращаются в медицинские учреждения, специализирующиеся на проблемах репродуктивного здоровья, и могут ошибочно считать себя бесплодными из-за аменореи, вызванной употреблением наркотиков.

II. ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО И СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЖВ

1. Общие принципы

- При предоставлении услуг по охране репродуктивного здоровья необходимо соблюдение основных прав человека – отсутствие дискриминации, возможность участия в принятии решений и ответственность.
- Медицинская помощь должна быть всесторонней и ориентированной на пациента/пациентки, то есть отвечать потребностям ЛЖВ на протяжении всей их жизни.
- ЛЖВ не должны подвергаться дискриминации, независимо от факторов риска, связанных с их поведением.
- Женщину нельзя принуждать прервать беременность из-за того, что она инфицирована ВИЧ.
- Конфиденциальность – главный принцип предоставления услуг ЛЖВ, в том числе услуг по охране СиРЗ.

В основе перечисленных принципов лежит право ЛЖВ:

- иметь полную и точную информацию о состоянии своего СиРЗ и возможностях его поддержания;
- иметь или не иметь детей и принимать информированное решение по этому вопросу;
- иметь доступ к тому же полному набору услуг по СиРЗ, который предоставляется тем, кто не инфицирован ВИЧ;
- не подвергаться стигматизации и дискриминации при получении медицинской помощи;
- рассчитывать на конфиденциальность и уважение своих прав со стороны медицинских работников;
- участвовать в разработке политики и программ, имеющих отношение к проблемам ЛЖВ.

2. ВИЧ-инфекция: принципы тестирования и консультирования

Тестирование на ВИЧ и консультирование должны быть предложены клиентам и их партнерам при следующих обстоятельствах:

- диагностика или лечение ИППП и других инфекций репродуктивного тракта (ИРТ);
- консультирование по вопросам контрацепции (подчеркнуть, что важно знать ВИЧ-

- статус при выборе метода контрацепции);
- планирование беременности [для того, чтобы свести к минимуму риск передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР)];
- дородовое наблюдение (для того, чтобы правильно планировать ведение беременности и родов и предупредить ПМР);¹
- наблюдение за новорожденным (для того, чтобы выбрать безопасный метод кормления, если ВИЧ-статус матери неизвестен);
- консультирование по поводу нежелательной беременности;
- скрининг на рак шейки матки;
- социальная работа, особенно в группах риска ВИЧ-инфекции, например, среди потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), работников коммерческого секса.

3. Консультирование для ЛЖВ

Необходимо, чтобы каждый человек, инфицированный ВИЧ, обратившийся в службы СиРЗ, получил соответствующее консультирование по следующим вопросам:

- менее рискованное сексуальное поведение и ведение переговоров с партнером (инфицированным или неинфицированным ВИЧ) о безопасном сексе;
- причины и лечение сексуальных расстройств;
- планирование семьи и контрацепция;
- скрининг на рак шейки матки;
- ИППП;
- вакцинация против гепатита В;
- употребление алкоголя и наркотиков;
- взаимодействия между антиретровирусными (АРВ) препаратами и другими лекарственными средствами;
- взаимодействия между контрацептивами и наркотиками.

Основное правило проведения интервью: начинать с менее деликатных вопросов с постепенным переходом к более откровенным.

Психологическая поддержка и направление в другие учреждения для оказания, если необходимо, дальнейшей помощи является важной частью консультирования.

Психотерапевтическое (психологическое) консультирование необходимо в следующих случаях:

- получение информации о диагнозе;
- дезадаптивные реакции реагирования при известии о ВИЧ-инфицировании;
- суицидальные тенденции;
- агрессивное поведение;
- тревожные и депрессивные расстройства;
- обсуждение с партнером вопросов безопасного секса (особенно женщины и подростки);
- употребление алкоголя и наркотиков (снижает вероятность безопасного секса);
- проблемы расставания с партнером и другие аспекты сексуальности, включая сексуальную дисфункцию;
- проблемы планирования, прерывания беременности и бесплодия;
- проблемы материнства;
- проблемы дискриминации.

III. СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛЖВ

Сексуальное здоровье определяется множеством аспектов, включая:

¹ Более подробная информация представлена в Протоколе 10 ВОЗ «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку».

- сексуальное благополучие (удовлетворение, получение удовольствия и отсутствие сексуальных расстройств);
- отсутствие/наличие ВИЧ-инфекции, ИППП и других ИРТ;
- состояние психического, в частности эмоционального, здоровья;
- насилие, связанное с полом и сексуальностью;
- инвалидность, связанную с соматическими заболеваниями, и хронические заболевания;
- нежелательную беременность и небезопасный аборт;
- бесплодие.

1. Сексуальный анамнез

Данные сексуального анамнеза необходимо собирать одновременно со сбором медицинского анамнеза. Они помогут медицинскому работнику обсудить стратегии по снижению риска для предупреждения дальнейшей передачи ВИЧ (например, уменьшение числа половых партнеров и использование презервативов) и также понять, куда следует направлять пациентов (Приложения 1, 2, 3, 4).

Персонал, предоставляющий медицинские услуги, не имеет права относиться с осуждением к сексуальной жизни пациентов, даже если считает, что она слишком интенсивная или нестандартная. Отношение медицинского персонала будет влиять на качество и эффективность помощи, предоставляемой ЛЖВ. Необходимо, чтобы медицинский работник:

- был готов и умел свободно и откровенно обсуждать вопросы, связанные с сексуальными отношениями, и другие деликатные темы;
- имел навыки для сбора исчерпывающего сексуального анамнеза;
- мог предоставить помощь в решении проблем СИРЗ, с которыми сталкиваются пациенты;
- был восприимчив к потребностям ЛЖВ, которые могут подвергаться насилию;
- владеть имеющейся на сегодняшний день информацией и направлять пациентов к соответствующим специалистам.

Важнейшая обязанность всех медицинских работников – использовать свои профессиональные навыки в соответствии с медицинской этикой и законодательством конкретной страны. Основные этические принципы медицинской профессии:

- не нанесение вреда;
- уважение прав пациента;
- гарантия получения информированного согласия;
- соблюдение врачебной тайны.

Перечень тем и примерные вопросы, которые можно использовать для сбора сексуального анамнеза, представлены в Приложении 1.

2. Сексуальное благополучие

Многие проблемы сексуального здоровья, с которыми сталкиваются ЛЖВ, сходны с подобными проблемами людей, не инфицированных ВИЧ, однако некоторые из них особенно касаются пациентов с ВИЧ-инфекцией. Основными проявлениями сексуальной дисфункции являются: отсутствие интереса к половой жизни; отсутствие удовлетворения в сексе; отсутствие физиологических реакций, необходимых для эффективного сексуального взаимодействия (например, эрекции); невозможность контролировать или переживать оргазм.

2.1. Сексуальные расстройства у женщин

Согласно немногочисленным данным, у женщин после выявления ВИЧ-инфекции часто возникают сексуальные расстройства. Они могут быть обусловлены:

- психологическими факторами (депрессия после постановки диагноза, тревожность, раздражительность, потеря самоуважения, изменение/ухудшение внешнего вида, изменение взаимоотношений с партнером, социальная изоляция и боязнь заразить других);
- медицинскими факторами (эндокринные нарушения, вегетативная и периферическая нейропатия, желудочно-кишечные нарушения, головная боль);
- перенесенным насилием и связанными с ним стрессом и травмой;

- липодистрофией – побочным эффектом АРТ, который может приводить к стигматизации и лишению всего, что имеет отношение к сексу («сексуальная изоляция»);
- редкими сексуальными контактами, избеганием сексуальных контактов и ограничением общения с окружающими.

2.2. Сексуальные расстройства у мужчин

Сексуальные расстройства у мужчин могут быть вызваны психологическими причинами, вместе с тем у ВИЧ-инфицированных мужчин применение АРТ может сопровождаться снижением полового влечения, эректильной дисфункцией (ЭД) и повышением уровня эстрадиола в сыворотке. Клинические признаки сексуальных расстройств у мужчин представлены в табл. 1.

Таблица 1 – Клинические признаки сексуальных расстройств у мужчин

Клинические признаки	Возможная причина
Анамнез	
Внезапное появление сексуальных расстройств	Психогенная импотенция (диагноз ВИЧ-инфекции, тревожность)
Отсутствие ночной и/или утренней эрекции	Сосудистые и/или нервные болезни
Потеря эрекции после введения полового члена	Тревожность, синдром «ожидания неудачи» или синдром «обкрадывания»
Физикальное исследование	
Ослабление пульса на бедренных или периферических артериях	Сосудистые болезни
Атрофия яичек, потеря мышечной массы, изменение типа оволосения	Гипогонадизм
Лабораторные исследования	
Низкий уровень свободного тестостерона, высокий уровень пролактина, снижение или повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ)	Эндокринные заболевания, гипогонадизм
Изменение липидного профиля	Атеросклероз, гипогонадизм

При психогенных расстройствах, тревожных и депрессивных реакциях, социофобии план коррекции сексуальных расстройств включает помимо сексуальной адаптации и социализации (оптимизация сексуального взаимодействия с партнером, достижение или восстановление гармонии в интимной жизни и приобретение партнерской парой способности решать проблемные ситуации в сексуальных отношениях, вовлечение партнера в лечебный процесс, подбор адекватной контрацепции) восстановительную терапию (фармакологическая коррекция выявленных расстройств либо смягчение таковых за счет подбора рациональной фармакотерапии).

2.3. Взаимодействие лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции и АРВ-препаратов

Сексуальные расстройства, включая снижение интереса к сексу, часто отмечаются у женщин и мужчин, получающих АРТ, в которую входят ингибиторы протеаз (ИП). Переход ВИЧ-инфицированных пациентов на схемы, не содержащие ИП, может уменьшать некоторые симптомы сексуальной дисфункции. У некоторых мужчин силденафил может улучшать эрекцию. Рекреационное использование силденафила распространено среди некоторых групп паци-

ентов. При назначении АРВ-препаратов и препаратов для лечения ЭД необходимо учитывать возможные побочные эффекты и лекарственные взаимодействия (см. табл. 2).

Таблица 2 – Взаимодействие между лекарственными средствами для лечения ЭД и АРВ-препаратами

1	2	3	4	5	6	7	8
Препарат для лечения ЭД	Доза препарата для лечения ЭД	АРВ- препарат	Доза АРВ-препарата	Влияние лекарственного средства для лечения ЭД на уровни АРВ-препаратов	Влияние АРВ-препарата на уровни препарата для лечения ЭД	Возможный клинический эффект	Рекомендации
Силденафил	-	Ампреनावир	-	-	Не изучено. Может повышать уровни силденафила	Усиление действия силденафила (артериальная гипотония, приапизм)	Начальная доза силденафила – 25 мг через день или 1 раз в сутки; затем коррекция дозы по показаниям; не рекомендуется принимать больше 25 мг в течение 48 часов
	25 мг однократно	Индинавир	800 мг 3 раза в сутки	Индинавир: ПФК ↑ на 11%, Стах ↑ на 48%	Силденафил: ПФК ↑ на 340%; Стах ↑ на 300% (уровни ПФК и Стах превышают таковые при приеме 100 мг силденафила однократно)	Усиление действия силденафила (артериальная гипотония, приапизм)	Принимать силденафил за 30–45 мин до полового акта; затем коррекция дозы по показаниям. Не рекомендуется принимать больше 25 мг в течение 48 часов
	-	Лопинавир/ритонавир	-	-	Не изучено. Может повышать уровни силденафила	Усиление действия силденафила (артериальная гипотония, приапизм)	Принимать силденафил за 30–45 мин до полового акта; затем коррекция дозы по показаниям. Не рекомендуется принимать больше 25 мг в течение 48 часов

1	2	3	4	5	6	7	8
	-	Нелфинавир	-	-	Не изучено. Может повышать уровни силденафила	Усиление действия силденафила (артериальная гипотония, приапизм)	Принимать силденафил за 30–45 мин до полового акта; затем коррекция дозы по показаниям. Не рекомендуется принимать больше 25 мг в течение 48 часов
	25 мг однократно	Нелфинавир	1250 мг каждые 12 ч	Не изучено	Изменения статистически не значимы	-	Коррекция дозы не требуется
	100 мг однократно	Ритонавир	300, 400 и 500 мг 2 раза в сутки на 2-е, 3-и и 4–8-е сутки соответственно	-	Силденафил: ПФК ↑ на 1000%, C _{max} ↑ на 290%; T _{max} задержка на 3 часа	Усиление действия силденафила (артериальная гипотония, приапизм)	Начать лечение с дозы 25 мг. Не принимать больше 25 мг в течение 48 часов
	-	Саквинавир	-	-	Силденафил: ПФК ↑ на 200–1100%	Усиление действия силденафила (головная боль, приливы, приапизм)	Принимать силденафил за 30–45 мин до полового акта; затем коррекция дозы. Не принимать больше 25 мг в течение 48 часов
Тадалафил	-	Лопинавир/ритонавир	-	-	Не изучено. Может повышать уровни тадалафила	Усиление действия тадалафила (артериальная гипотония, приапизм)	Не назначать вместе. Предложить альтернативные препараты: силденафил или варденафил
	20 мг однократно	Ритонавир	200 мг 2 раза в сутки	-	-	Усиление действия тадалафила (артериальная гипотония, приапизм)	Не принимать больше 10 мг тадалафила в течение 72 часов

1	2	3	4	5	6	7	8
Варденафил	10 мг одно- кратно	Индинавир	800 мг каждые 8 часов	Не изучено	Варденафил: ПФК ↑ в 16 раз; C _{max} ↑ в 7 раз, T _{1/2} . увеличивает- ся в 2 раза	Усиление дей- ствия варде- нафила (арте- риальная ги- потония, тош- нота, при- апизм, обмо- роки)	Начать с низкой дозы вардена- фила, затем под- бирать дозу до эффекта. Не ре- комендуется принимать больше 2,5 мг в течение 24 часов
	—	Лопинавир/ритонавир	—	—	Не изучено. Может по- вышать уровни вар- денафила	Усиление дей- ствия варде- нафила (арте- риальная ги- потония, при- апизм и т. д.)	Начальная доза варденафила 5 мг 1 раз в сутки, затем коррекция дозы. Не реко- мендуется при- нимать больше 20 мг в течение 48 часов

ПФК – площадь под фармакокинетической кривой; C_{max} – максимальная сывороточная концентрация; T_{1/2} – период полувыведения (полужизни); T_{max} – время достижения максимальной концентрации; ↑ – повышается.

2.4. Употребление психоактивных веществ

Когда пациенту или пациентке задают вопросы о сексуальных практиках, важно отметить все препараты и вещества, которые он/она принимает, включая рекреационные наркотические средства и нелегальные наркотические средства (далее наркотики), алкоголь, а также растительные препараты и средства альтернативной медицины. Употребление психоактивных веществ ЛЖВ может повышать вероятность рискованных форм сексуального поведения и риск передачи ВИЧ. Кроме того, если пациент/пациентка с ВИЧ-инфекцией получает или собирается начать АРТ, необходимо проанализировать возможные взаимодействия психоактивных веществ и АРВ-препаратов и обсудить этот вопрос². В табл. 3 суммированы некоторые взаимодействия между алкоголем/марихуаной и АРВ-препаратами.

Таблица 3 – Взаимодействие АРВ-препаратов с алкоголем/марихуаной

1	2	3	4	5	6	7	8
вещество	АРВ препарат	Доза АРВ-препарата	Доза психоактивного вещества	Влияние вещества на уровень АРВ-препаратов	Влияние АРВ-препарата на уровень вещества	Возможный клинический эффект	Рекомендации

² Подробнее см. в Протоколе 5 «ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь».

1	2	3	4	5	6	7	8
Алкоголь	Абакавир	600 мг в сутки	0,7 г/кг массы тела	ПФК абакавира ↑41%; T1/2 ↑26%	Не имеет клинического значения	—	Коррекция дозы не требуется
	Ампренавир	—	—	—	—	Токсичность пропиленгликоля [ацидоз, угнетение центральной нервной системы (ЦНС)]	При назначении ампренавира в виде раствора для приема внутрь рекомендовать воздерживаться от приема алкоголя. Можно назначать ампренавир в капсулах
Марижуана (тетрагидроканнабинол – ТГК)	Индинавир	800 мг каждые 8 часов в течение 21 суток (фармако- кинетика оценивалась на 14-е сутки)	Сигареты с 4% ТДК	Индинавир: ПФК– изменения статистически не значимы; Стах.– изменения статистически не значимы, Cmin↓ на 34%	Не имеет клинического значения	—	Коррекция дозы не требуется
	Нелфинавир	750 мг 3 раза в сутки	Сигареты с 4% ТДК или с 2,5 мг дро-набинола 3 раза в сутки	Нелфинавир: ПФК– изменения статистически не значимы; Стах.↓ на 17%; Cmin.– изменения статистически не значимы	Не имеет клинического значения	—	Коррекция дозы не требуется

ПФК – площадь под фармакокинетической кривой; Стах – максимальная сывороточная концентрация; Cmin – минимальная сывороточная концентрация; T1/2 – период полувыведения; ↑ – повышается; ↓ – понижается.

2.5. Психическое здоровье

Первая психологическая реакция возникает на известие о ВИЧ-инфекции. Такая информация ведет к сильному психологическому стрессу и формированию стресс-реакций, которые включают процесс отрицания (отказ поверить или слышать о том, что они ВИЧ-инфицированы), дезорганизацию мыслительной деятельности (переполнение мыслями, фантазиями, чувствами), формирование психопатологических (в основном, эмоциональных)

симптомов (тревога, горе, гнев, депрессия). Поведение может быть как адаптивным, так и дезадаптивным. **Адаптивное поведение** включает принятие информации о болезни, включение в процесс жизни и активные попытки улучшения своего здоровья и физической формы. **Дезадаптивное поведение** включает отрицание, отказ от медицинской помощи, импульсивное поведение, суицидальные тенденции и другие виды поведения, которые не ведут к улучшению состояния здоровья, включая продолжение рискованной половой жизни. Оценка симптомов проводится по их тяжести и влиянию на способность человека справляться с возникшей ситуацией.

Тревога и депрессия. Реакция на известие о ВИЧ-инфицированности может приводить к возникновению специфических тревожных расстройств: фобий, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства, посттравматического стрессового расстройства, а также депрессии. Выраженность депрессии может варьировать от легких симптомов, не вызывающих нарушений в функционировании, до развития тяжелой депрессивной симптоматики. В некоторых случаях следует дифференцировать депрессивные симптомы от когнитивных нарушений, являющихся ранними признаками развития деменции при ВИЧ-инфекции.

Лечение тревожных расстройств у ЛЖВ включает поддерживающую психотерапию, психологическое консультирование, участие в работе общественных групп поддержки.

Лечение депрессии включает когнитивную психотерапию, поддерживающую индивидуальную и групповую психотерапию (группа формируется из пациентов на одной стадии заболевания), назначение терапии антидепрессантами. Фармакологическое лечение депрессии назначают при нарушении социального и психологического функционирования и оно не зависит от лежащей в основе депрессии болезни. Пациенты с ВИЧ могут быть чувствительны к антихолинергическому действию антидепрессантов, поэтому для коррекции депрессии у этой группы пациентов выбирают антидепрессанты с наименьшим антихолинергическим действием.

Неотложное вмешательство психотерапевта (психиатра) необходимо, если обнаруживаются суицидальные либо агрессивные тенденции. Уровень суицидов у больных СПИДом в 7,4 раза выше, чем в общей популяции, у ВИЧ-позитивных частота суицидов также значительно выше. Больные с суицидальной настроенностью должны быть тщательно диагностированы на наличие у них депрессивного расстройства.³

Причиной сексуальных расстройств у ЛЖВ может быть депрессия, возникающая после того, как пациент узнает о своем диагнозе. Поскольку не все ЛЖВ нуждаются в лечении антидепрессантами, важную роль в этом случае играет психологическая поддержка, которая может помочь им наладить здоровую сексуальную жизнь. Легкие и средние по тяжести проявления депрессии могут лечиться только с помощью психотерапевтического вмешательства. У некоторых пациентов, которые были направлены к психотерапевту после постановки диагноза ВИЧ-инфекции и получали антидепрессанты, наблюдались сексуальные расстройства, вызванные побочным действием этих лекарственных средств. Если назначенные антидепрессанты вызывают сексуальные расстройства, можно использовать лекарственные средства, которые практически не взаимодействуют с другими лекарственными средствами (см. табл. 4).

Таблица 4 – Антидепрессанты, потенциально вызывающие сексуальные расстройства (мужчины и женщины), и их взаимодействие с АРВ-препаратами

Антидепрессант	Терапевтическая доза	Потенциальный клинический эффект, вызванный взаимодействием с АРВ-препаратами
Флуоксетин	10–40 мг/сутки	Усиление действия делавирдина, ритонавира. Возможно усиление действия флуоксетина

³ Приложение 5 содержит краткую анкету для определения тревоги и депрессии.

Пароксетин	10–40 мг/сутки	Ослабление действия пароксетина при одновременном назначении фосампренавира
Сертралин	50–100 мг/сутки	Взаимодействие с АРВ-препаратами маловероятно
Венлафаксин длительного действия	75–375 мг/сутки	Возможно повышение сывороточной концентрации венлафаксина при одновременном назначении АРВ-препаратов
Антидепрессанты, потенциально не вызывающие сексуальные расстройства (мужчины и женщины), и их взаимодействие с АРВ-препаратами		
Миртазапин	15–45 мг/сутки	Возможно повышение сывороточной концентрации миртазапина при одновременном назначении ритонавира

3. ИППП и другие инфекции репродуктивного тракта (ИРТ)

Ведение пациентов с ИППП и другими ИРТ должно включать:

- сбор медицинского и сексуального анамнеза;
- получение информированного согласия на исследования и процедуры;
- физикальное исследование;
- диагностику ИППП и других ИРТ;
- профилактические мероприятия (например, вакцинацию против гепатита В);
- лечение (при необходимости) с учетом взаимодействия назначенных препаратов с АРВ-препаратами;
- при ИППП – уведомление полового партнера и меры, предусмотренные охраной общественного здоровья;
- консультирование по вопросам снижения риска и при необходимости направление к соответствующим специалистам;
- составление графика последующих визитов для наблюдения и консультирования.

В целом ведение ЛЖВ с ИППП и другими ИРТ не отличается от ведения пациентов, не инфицированных ВИЧ, за исключением ряда особенностей.

- Клиническая картина ИППП может меняться в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.
- Может потребоваться более длительное лечение.
- При назначении лекарственных средств необходимо учитывать их взаимодействие с АРВ-препаратами.
- У ЛЖВ требуется тщательное наблюдение в связи с быстрым прогрессированием и частыми рецидивами инфекций.

Лечение сифилиса, кандидозного вульвовагинита (КВВ) и бактериального вагиноза (БВ) у ЛЖВ подробно описано в Приложениях 3, 4.

У ВИЧ-инфицированных женщин выше частота и/или тяжесть перечисленных ниже ИППП, других ИРТ и их осложнений:

- воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ);
- инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (ВПЧ), которая приводит к цервикальной дисплазии;
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН);
- грибковые инфекции влагалища.

У МСМ, независимо от ВИЧ-статуса, широко распространены следующие заболевания: хламидийный проктит, сифилис, гонорея, генитальный герпес [вызванный вирусом простого герпеса (ВПГ)], венерическая лимфогранулема (ВЛГ), анальный герпес и анальная

дисплазия. Кроме того, анальный рак строго ассоциируется с ВИЧ-инфекцией и чаще встречается у ВИЧ-инфицированных MSM (различия статистически значимы).

Использование тех или иных методов диагностики зависит от имеющихся ресурсов и распространенности конкретных ИППП (табл. 5). Врачи должны руководствоваться принятыми в республике рекомендациями по диагностике и лечению ИППП.

Таблица 5 – Диагностика ИППП у ЛЖВ

1	2	3	4
Метод исследования	Обоснование или группы риска	Результат	Рекомендации
Реакция преципитации с кардиолипновым антигеном в сыворотке (VDRL) или плазме (RPR)	Массовые обследования на сифилис	Отрицательный	Повторять исследование каждые 3-6 месяцев, консультирование по вопросам профилактики ИППП
		Положительный	Лечение сифилиса следует проводить в соответствии с Европейскими рекомендациями по диагностике и лечению ИППП
Цитологическое исследование мазков с шейки матки	Выявление клеточных изменений	См. раздел VII	См. раздел VII
Выявление <i>Chlamydia trachomatis</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Все женщины после предварительного цитологического исследования; мужчины при наличии симптомов	Отрицательный	Консультирование по вопросам профилактики ИППП; повторить исследование, если необходимо
		Положительный	Назначить лечение; направить на обследование и лечение половых партнеров пациента, с которыми он имел контакты в течение последних 2 месяцев
Выявление <i>Chlamydia trachomatis</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i> в мазках из уретры	MSM	Отрицательный	Повторять исследование ежегодно; консультирование по вопросам профилактики ИППП
		Положительный	Назначить лечение; направить на обследование и лечение половых партнеров пациента, с которыми он имел контакты в течение последних 2 месяцев
Выявление <i>Chlamydia trachomatis</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i> в мазках из	Мужчины и женщины, практикующие орально-генитальные поло-	Отрицательный	Повторять исследование ежегодно; консультирование по вопросам профилактики ИППП

1	2	3	4
		Положительный	Назначить лечение; направить на обследование и лечение половых партнеров пациента, с которыми он имел контакты в течение последних 2 месяцев
Выявление <i>Chlamydia trachomatis</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i> в мазках из прямой кишки	Мужчины и женщины, практикующие пассивные анальные контакты	Отрицательный	Повторять исследование ежегодно; консультирование по вопросам профилактики ИППП
		Положительный	Назначить лечение; направить на обследование и лечение половых партнеров пациента, с которыми он имел контакты в течение последних 2 месяцев
Венерическая лимфогранулема	МСМ	Положительный	Назначить лечение; направить на обследование и лечение половых партнеров пациента, с которыми он имел контакты в течение последнего месяца

VDRL (тест на стекле Исследовательской лаборатории венерических болезней); RPR (тест быстрых плазменных реактивов).

3.1. Уведомление половых партнеров

Очень важно, чтобы лечение ИППП получили все партнеры ВИЧ-инфицированных пациентов с ИППП; в противном случае высока вероятность реинфекции. Предварительно необходимо оценить безопасность и последствия такого уведомления (оценка риска насилия со стороны интимного партнера). Затем, в соответствии с протоколами местные органы здравоохранения предлагают пациентам уведомить своих половых партнеров о необходимости обследования и лечения. Стратегии по ведению партнеров основаны на предположении, что сексуальные партнеры пациентов, которым поставлен диагноз ИППП, скорее всего, инфицированы этим же возбудителем, но не обращаются к врачу, поскольку у них отсутствуют симптомы. Необходимо обсудить с пациентом различные варианты уведомления и лечения половых партнеров. В зависимости от имеющихся у медицинского работника ресурсов и индивидуальной ситуации пациента варианты уведомления полового партнера(ов) могут быть следующими:

- пациент(ка) информирует партнера и приводит его на обследование;
- медицинский работник организует уведомление партнера с последующим обследованием и лечением;
- в редких случаях пациент(ка) передает назначенные лекарственные средства партнеру без его предварительного обследования. Такая тактика лечения нежелательна, поскольку половой партнер может быть инфицирован несколькими ИППП, в том числе ВИЧ-инфекцией, а также из-за риска аллергических реакций, взаимодействия лекарственных средств, этических и юридических проблем.

3.2. Взаимодействие лекарственных средств для лечения ИППП/других инфекций репродуктивного тракта и АРВ-препаратов

Если ЛЖВ получают АРТ, необходимо учесть возможные взаимодействия АРВ-препаратов с лекарственными средствами для лечения других ИППП и обсудить этот вопрос с пациентами/пациентками (табл. 6).

Таблица 6 – Взаимодействие лекарственных средств для лечения ИППП/других ИРТ и АРВ-препаратов

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Лекарственные средства для лечения ИППП и других ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП и других ИРТ	АРВ-препарат	Дозы АРВ-препаратов	Влияние препарата для лечения ИППП/ИРТ на концентрацию АРВ-препаратов	Влияние АРВ-препарата на концентрацию препарата для лечения ИППП/ИРТ	Потенциальный клинический эффект	Рекомендации	Альтернативные лекарственные средства
Азитромицин	600 мг однократно	Эфавиренз	400 мг в течение 7 суток	Изменения статистически не значимы	ПФК азитромицина: изменения статистически не значимы; Стах ↑ на 22%	—	Коррекция дозы не требуется	—
	1200 мг однократно	Индинавир	800 мг 3 раза в сутки	Изменения статистически не значимы	—	—	Коррекция дозы не требуется	—
Котримоксазол	160/800 мг каждые 12 часов в течение 7 суток	Индинавир	400 мг каждые 6 часов в течение 7 суток	Изменения статистически не значимы	ПФК ТМП: ↑ на 19%; ПФК СМК: изменения статистически не значимы	—	Коррекция дозы не требуется	—
Метронидазол	—	Ампренавир	Раствор для приема внутрь (содержит пропиленгликоль)	—	—	Токсическое действие пропиленгликоля (ацидоз, угнетение ЦНС)	Не применять одновременно с пероральным раствором ампренавира	Ампренавир в капсулах

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	—	Лопинавир/ритонавир	Раствор для приема внутрь (содержит алкоголь)	—	—	Антабусная реакция (артериальная гипотония, головная боль, тошнота, рвота)	Не применять одновременно; рассмотреть возможность приема лопинавира/ритонавира в капсулах	—
	—	Ритонавир	Раствор для приема внутрь (содержит алкоголь) и капсулы	—	—	Антабусная реакция (головная боль, артериальная гипотония, приливы, рвота)	Не применять одновременно	—
Сульфаметоксазол Триметоприм	1000 мг однократно	Диданозин	200 мг (забуференный порошок) однократно	Изменения статистически не значимы	Изменения статистически не значимы	—	Коррекция дозы не требуется	—
	200 мг однократно	Диданозин	200 мг (забуференный порошок) однократно	ПФК диданозина: изменения статистически не значимы; Стах↑ на 17%	ПФК триметоприма: изменения статистически не значимы; Стах↓ на 22%	—	Коррекция дозы не требуется	—
Фамцикловир	500 мг однократно	Эмтрицитабин	200 мг внутрь однократно	Изменения статистически не значимы	—	Изменения статистически не значимы	Коррекция дозы не требуется	—

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ципрофлоксацин	750 мг каждые 12 часов в течение 3 суток	Диданозин	200 мг (забуференный порошок) каждые 12 часов в течение 3 суток	ПФК диданозина: ↓ на 16%; Стах ↓ на 28%	ПФК ципрофлоксацина: ↓ в 15 раз (при одновременном назначении); на 26%, если ципрофлоксацин назначают за 2 часа до или через 6 часов после диданозина	↓ действие ципрофлоксацина	Рассмотреть возможность назначения диданозина в капсулах в кислотоустойчивой оболочке или назначить прием таблеток/суспензии диданозина за 6 часов до или через 2 часа после приема ципрофлоксацина	—
	750 мг однократно	Диданозин	400 мг (капсулы в кислотоустойчивой оболочке) однократно	Не изучена	Изменения статистически не значимы	—	Коррекция дозы не требуется	—
	—	Ампренавир	—	Не изучена; могут ↑ уровни ампренавира	Не изучена; могут ↑ уровни эритромицина	—	Целесообразность коррекции дозы не установлена	Азитромицин, кларитромицин
Эритромицин основание	250 мг 4 раза в сутки в течение 7 суток	Саквинавир	1200 мг 3 раза в сутки	ПФК саквинавира: ↑ на 99%; Стах ↑ на 106%	—	↑ действие саквинавира	Целесообразность коррекции дозы не установлена	—

ПФК – площадь под фармакокинетической кривой; Стах – максимальная сывороточная концентрация; ↑ – увеличивается; ↓ – уменьшается.

4. Гендерное и сексуальное насилие

Гендерное и сексуальное насилие разрушительным образом воздействует на физические, эмоциональные и социальные аспекты жизни жертвы. Медицинские работники смогут предложить жертвам насилия более эффективное лечение ВИЧ/СПИДа, если поймут, с какими проблемами они сталкиваются. Во многих случаях жертва (чаще всего это женщина) рискует заразиться от насильника ВИЧ-инфекцией, но, кроме этого, соответствующий диагноз

ей может быть поставлен только на поздних стадиях болезни, так как из-за низкой самооценки, социально-экономических условий или жестокого обращения жертва насилия не обращается к врачу.

Тактика ведения ЛЖВ, перенесших насилие, требует от медицинского работника соблюдения определенных условий.

- Обязательная оценка возможности насилия у всех ВИЧ-инфицированных женщин (и при необходимости у мужчин).

- Считать сохранение здоровья и благополучия пациентов основным приоритетом своей деятельности. Руководящими принципами должны быть – «безопасность прежде всего» и «не навреди».

- Избегать вопросов, которые могут нанести пациентке/пациенту дополнительную травму и спровоцировать сильную эмоциональную реакцию, стать причиной стресса или негативных суждений.

- Быть готовым сострадать и поддерживать пациентку/пациента.

- Быть готовым обеспечить соответствующую помощь, последующее наблюдение и направление в службы поддержки.

- Соблюдать конфиденциальность.

- При уведомлении полового партнера учитывать возможные последствия для жертвы, если именно он и окажется насильником. Если такое уведомление обязательно, необходимо проинформировать пациентку/пациента о последствиях разглашения до того, как пациентка/пациент назовет имя партнера.

- Поддерживать решение пострадавшей или пострадавшего от насилия предъявить иск насильнику или виновнику жестокого обращения. Уважать желания пациентки/пациента, поскольку ее или его согласие на любые действия в отношении насильника является обязательным. По закону исключение составляют только случаи насилия в отношении несовершеннолетних.

- Быть готовым к немедленному вмешательству, если жертва или ее близкие считают, что им грозит опасность.

- Обеспечить психологическую поддержку или направить пациентку/пациента к специалисту, который может предоставить такую поддержку, или, если необходимо, к консультанту по юридическим вопросам.

- Проконсультировать по вопросам постконтактной профилактики (предупреждение ИППП, посткоитальная контрацепция и т. д.).⁴

5. Влияние инвалидизации и хронических заболеваний на сексуальное здоровье

У людей с физическими недостатками, сенсорными нарушениями, а также с нарушением интеллекта и психическими отклонениями риск заражения и передачи ВИЧ, потребления наркотиков и ограниченного доступа к услугам и вмешательствам выше по сравнению с другими людьми. ЛЖВ, у которых имеются физические недостатки и хронические заболевания, сталкиваются с теми же проблемами сексуального здоровья, что и люди, не инфицированные ВИЧ и не имеющие вышеуказанных проблем со здоровьем. Однако у них часто возникают дополнительные препятствия на пути получения соответствующей помощи из-за:

- невозможности добраться до медицинского учреждения вследствие ограничения самостоятельного передвижения или зависимости от других лиц;

- сложностей в общении (отсутствие переводчиков – в том числе сурдопереводчиков, сложность и запутанность объяснений, использование сложной для понимания терминологии и т. п.);

- предвзятости и враждебности по отношению к лицам гомосексуальной ориентации и ВИЧ-инфицированным, а также ошибочного мнения медицинских работников о том, что инвалиды не имеют сексуальных отношений.

⁴ Более подробная информация содержится в издании «Клинические стандарты (протоколы) проведения антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции. Диагностика, лечение и профилактика оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом взрослых и подростков».

Инвалиды, особенно женщины, часто становятся жертвами насилия и жестокого обращения. Это обусловлено:

- слабостью и незащищенностью;
- потребностью в уходе;
- социальной изоляцией;
- материальной зависимостью;
- ограниченной доступностью медицинской помощи;
- недостатком знаний о безопасном сексуальном поведении;
- недоверием со стороны окружающих.

Медицинские работники должны обеспечить ЛЖВ, имеющим инвалидность и хронические заболевания, поддержку, лечение и доступ к помощи в том же объеме, в каком подобные услуги предоставляются лицам без инвалидности. Спектр возможных психических и физических отклонений может быть очень широк, и, возможно, понадобится решение особых сексуальных проблем. Медицинские работники должны быть готовы:

- обеспечить пациентам широкий доступ к информации, уходу и лечению;
- выявлять и лечить потребителей психоактивных веществ;
- выявлять случаи гендерного насилия;
- направлять пациентов в организации, оказывающие помощь инвалидам, потребителям наркотиков, жертвам гендерного насилия и т. д.;
- определять уровень знаний пациентов и их навыков вести переговоры о безопасном сексе;
- оценить уровень поддержки, которую могут предоставить другие службы и члены семьи пациента в отношении контрацепции и безопасных сексуальных практик;
- адаптировать информацию о безопасном сексе к нуждам инвалидов и больных хроническими заболеваниями;
- учитывать противопоказания к использованию АРТ и других препаратов, необходимых для лечения физических недостатков/хронических заболеваний;
- координировать действия с другими медицинскими работниками и службами.

IV. КОНТРАЦЕПЦИЯ

Представленные в этом разделе рекомендации по методам контрацепции основаны на данных, детально изложенных в справочнике ВОЗ по критериям приемлемости использования контрацептивов. ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) включены в руководство как один из факторов, определяющих приемлемость каждого из основных методов контрацепции.

1. Предварительное консультирование

Кроме медицинских критериев приемлемости при выборе метода контрацепции необходимо также учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности пациентов. Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой женщины или пары и учитывать стадию ВИЧ-инфекции, лечение, образ жизни и личные пожелания. Только сама женщина наилучшим образом может оценить, какие достоинства и недостатки могут иметь для нее предлагаемые методы. Окончательное решение о выборе метода контрацепции должна сделать сама пациентка (или пациент). Для принятия решения необходима следующая информация:

- эффективность метода;
- правильное его применение;
- достоинства и недостатки;
- распространенные побочные эффекты;
- симптомы и признаки, при появлении которых необходимо обратиться к врачу;
- стоимость и удобство применения;
- эффективность метода в отношении риска передачи ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Консультирование должно помочь женщинам, живущим с ВИЧ, принять решение,

касающееся деторождения. Следовательно, им необходима следующая информация:

- эффективность методов контрацепции для предупреждения беременности и передачи возбудителей ИППП;
- влияние прогрессирования ВИЧ-инфекции на здоровье;
- эффективность и доступность АРВ-препаратов;
- наличие служб, предоставляющих АРТ;
- взаимодействие АРВ-препаратов и контрацептивов;
- риск передачи ВИЧ-инфекции неинфицированному партнеру при зачатии;
- возможное влияние ВИЧ-инфекции на течение беременности, включая неблагоприятные исходы;
- риск ПМР, а также преимущества и недостатки стратегий, направленных на его снижение, включая использование АРВ-профилактики, кесарева сечения и искусственного вскармливания;⁵
- возможный риск пороков развития у плода в связи с использованием некоторых АРВ-препаратов во время беременности.

2. Медицинские критерии приемлемости контрацептивов для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом

Большинство методов контрацепции эффективны и безопасны как для женщин с бессимптомной ВИЧ-инфекцией, так и для женщин, у которых наблюдаются клинические проявления ВИЧ/СПИДа. Однако при консультировании по вопросам планирования семьи необходимо уделить особое внимание передаче ВИЧ и возбудителей других ИППП (ВИЧ/ИППП), так как предупреждение передачи возбудителей так же важно, как предупреждение беременности. Поскольку доказано, что презерватив является единственным методом контрацепции, который препятствует заражению и передаче ВИЧ/ИППП, работники служб планирования семьи должны настоятельно рекомендовать их использование своим клиентам и способствовать тому, чтобы пациенты постоянно и правильно их использовали.

3. Основные методы контрацепции

3.1. Барьерные методы и спермициды

3.1.1. Двойная защита

• Двойная защита – это одновременное предупреждение нежелательной беременности и передачи возбудителей ИППП, включая ВИЧ. Двойная защита подразумевает постоянное использование латексных презервативов (либо как самостоятельный метод, либо в сочетании с другим методом).

• Двойная защита также достигается при отказе от проникающего секса, особенно в ситуации высокого риска.

• Двойная защита может быть показана в тех случаях, когда необходимо компенсировать снижение эффективности гормональной контрацепции вследствие взаимодействия между АРТ и гормональными контрацептивами (см. раздел IV, п. 4.1);

• Обсуждение стратегий двойной защиты должно быть частью любого консультирования и предоставления поддержки во всех службах репродуктивного здоровья.

3.1.2. Мужские латексные презервативы

• У дискордантных пар мужские латексные презервативы⁶ при постоянном и правильном использовании предупреждают передачу ВИЧ от женщины мужчине, от мужчины

⁵ Более подробная информация представлена в Протоколе 10 ВОЗ «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку».

⁶ Презервативы, изготовленные из тканей животных, не защищают от ВИЧ, поэтому при использовании в данном документе термина «презерватив» имеются в виду только латексные презервативы, за исключением особо упомянутых случаев.

мужчине и от мужчины женщине⁷.

- Применение презервативов парами, в которых инфицированы оба партнера, предупреждает их заражение другими штаммами ВИЧ. А инфицирование несколькими штаммами ВИЧ может ускорять прогрессирование ВИЧ-инфекции.
- Презервативы непроницаемы для любых микроорганизмов, содержащихся в выделениях половых органов, в том числе для мельчайших вирусов.
- Латексные презервативы менее эффективно защищают от ИППП, которые передаются не через сперму и выделения половых органов (герпес, инфекция, вызванная ВПЧ, сифилис), поскольку инфицированные области могут быть не покрыты презервативом.
- Чрезвычайно важны четкие инструкции по использованию презервативов. Полноценная защита обеспечивается только при постоянном и правильном применении качественных презервативов.
- Экстренную контрацепцию можно предложить как резервное средство в случаях разрыва или сползания презерватива, незащищенного коитуса (см. раздел IV, п. 3.6).
- Серодискордантным парам предоставляется информация и обеспечивается доступ к постконтактной профилактике для неинфицированного партнера в случае разрыва или сползания презерватива, незащищенного коитуса.
- Несмотря на достаточно высокую эффективность презервативов, частота использования этого метода низкая даже после раскрытия положительного ВИЧ-статуса у полового партнера.
- Особенно важно применение презервативов для профилактики передачи ВИЧ/ИППП в случае уже наступившей беременности, при бесплодии, после стерилизации, в менопаузе.

3.1.3. Спермициды

- Ноноксинол может вызывать ряд побочных эффектов, поэтому презервативы с этим спермицидом использовать не рекомендуется. С другой стороны, лучше использовать презерватив с ноноксинолом, чем вообще не использовать презерватив.
- Подобно ноноксинолу небезопасны и другие спермициды. Их не следует рекомендовать женщинам, живущим с ВИЧ, ни в качестве самостоятельного средства, ни в сочетании с барьерными методами.
- Презервативы с ноноксинолом не более эффективно предупреждают беременность и ИППП, чем презервативы с силиконовой смазкой.

3.2. Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ; это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов.

При наличии риска ВИЧ/ИППП рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими методами контрацепции). Доказано, что мужские латексные презервативы эффективны для предупреждения ВИЧ/ИППП.

⁷ Парам, дискордантным по ВИЧ-статусу (один половой партнер инфицирован, а другой не инфицирован ВИЧ), может потребоваться дополнительная помощь. Секс с презервативом – единственный способ, который может гарантировать ЛЖВ, что их не инфицированный ВИЧ партнер останется неинфицированным.

Таблица 7 – Низкодозированные КОК (≤ 35 мкг этинилэстрадиола) для женщин, живущих с ВИЧ

1	2	3
Статус	Категория	Рекомендации
Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	В целом, данные о том, повышен ли риск заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, принимающих КОК, противоречивы
ВИЧ/СПИД без АРТ	1	Отсутствует связь между приемом КОК и изменениями уровней рибонуклеиновой кислоты (РНК) или числа CD4 у ВИЧ-инфицированных женщин. Не подтверждена связь между приемом КОК и передачей ВИЧ от женщины мужчине. Данные о повышении риска бессимптомного выделения ВИЧ и ВПГ с генитальными жидкостями у ВИЧ-инфицированных женщин, принимающих КОК, противоречивы
ВИЧ/СПИД + АРТ	2	Для женщин, получающих АРТ, см. раздел о лекарственных взаимодействиях (IV, п. 4.1). Поскольку возможно взаимодействие между гормональными контрацептивами и АРВ-препаратами, эти случаи относят к категории 2
Лекарственные взаимодействия		
АРВ-препараты	2	Важно отметить, что АРВ-препараты могут как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов (см. раздел IV, п. 4.1). Взаимодействие между многими АРВ-препаратами (особенно некоторыми нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (НИИ-ОТ) и ИП) и гормональными контрацептивами может изменять уровень безопасности и эффективности обоих. <i>Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ; это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов.</i>

Категория 1 – ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 – преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев.

Примечание. КОК не защищают от ВИЧ/ИППП.

Существуют опасения, что у женщин, использующих гормональные контрацептивы, может быть повышен риск заражения ИППП из-за отказа от использования презервативов. Пока данные о более высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, которые используют гормональные контрацептивы, по сравнению с теми, кто их не использует, противоречивы.

Целесообразно применение КОК с лечебной целью при некоторых гинекологических заболеваниях (дисменорея, СПКЯ, эндометриоз, функциональные кисты яичников, гиперандрогения и дерматопатия).

3.3. Чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК)

К ЧПК, содержащим только прогестаген, относятся чисто прогестиновые мини-пили и инъекционный (депомедроксипрогестерона ацетат ДМПА) (см. табл. 8).

Таблица 8 – Чисто прогестиновые контрацептивы для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом

Статус	Категория			Рекомендации
	Мини-пили	Инъекционные контрацептивы	Подкожные имплантаты	
1	2	3	4	5
Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	1	1	В целом, данные о том, что у женщин, использующих ЧПК, повышен риск заражения ВИЧ-инфекцией, противоречивы
ВИЧ/СПИД без АРТ	1	1	1	Противоречивые данные получены в отношении повышенного риска бессимптомного выделения ВИЧ и ВПГ с генитальными жидкостями у женщин, использующих ДМПА
ВИЧ/СПИД + АРТ	2	2	2	Для женщин, получающих АРТ, см. раздел о лекарственных взаимодействиях (V, п. 4.1). Поскольку возможно взаимодействие между гормональными контрацептивами и АРВ-препаратами, эти случаи относят к категории 2
Лекарственные взаимодействия				
АРВ-препараты	2	2	2	АРВ-препараты могут как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов (см. раздел IV, п. 4.1). Неизвестно, снижается ли эффективность инъекционных ЧПК (таких как ДМПА), поскольку они обеспечивают более высокую концентрацию гормона в крови, чем другие ЧПК и КОК

Категория 1 – ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 – преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев.

Примечание. ЧПК не защищают от ВИЧ/ИППП, хотя не выявлено случаев, когда прием ЧПК ассоциировался с заражением или передачей ВИЧ-инфекции.

3.4. Комбинированные контрацептивы в виде пластырей и влагалищных колец

У женщин, живущих с ВИЧ, не существует ограничений в отношении использования комбинированных контрацептивов в виде пластырей или влагалищных колец.

- Трехслойный комбинированный контрацептивный пластырь площадью 20 см² прикрепляется на ягодицу, живот или верхнюю часть предплечья для чрезкожного введения этинилэстрадиола и прогестагена. В настоящее время выпускается контрацептивный пластырь Евра [17-деацетил норэлгестромат (норелгестромин), 150 мкг + этинилэстрадиол, 2 мкг]. Новый пластырь накладывается один раз в неделю в течение трех последовательных недель каждого месяца.

• Комбинированный контрацептив в форме влагалищного кольца диаметром 54 мм изготовлен из этиленвинилацетата. При его использовании высвобождаются этинилэстрадиол и этоногестрел. В настоящее время выпускается влагалищное кольцо Новаринг (этоногестрел, 120 мкг + этинилэстрадиол, 15 мкг). Кольцо вводится во влагалище 1 раз в месяц и извлекается через 21 день, после чего наступает менструация. Через 7 дней вводится новое кольцо.

Контрацептивное действие пластырей и влагалищных колец основано на подавлении овуляции. Это новые методы в контрацепции, поэтому эпидемиологических данных об отдаленных последствиях их применения мало (см. табл. 9).

Таблица 9 – Комбинированные контрацептивы в форме пластырей и влагалищных колец для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом

Статус	Категория			Рекомендации
	КИК	Пластырь	Влагалищное кольцо	
1	2	3	4	5
Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	1	1	—
ВИЧ/СПИД без АРТ	1	1	1	О безопасности комбинированных контрацептивов в форме пластырей или влагалищных колец известно сравнительно мало. В настоящее время не существует ограничений для использования пластырей и влагалищных колец женщинами, живущими с ВИЧ
ВИЧ/СПИД+ АРТ	2	2	2	Для женщин, получающих АРТ, см. раздел о лекарственных взаимодействиях (IV, п. 4.1). Поскольку возможно взаимодействие между гормональными контрацептивами и АРВ-препаратами, эти случаи относят к категории 2
Лекарственные взаимодействия				
АРВ-препараты	2	2	2	АРВ-препараты могут как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов (IV, п. 4.1). Возможные взаимодействия между многими АРВ-препаратами, особенно некоторыми ННИОТ и ИП, и гормональными контрацептивами могут изменять безопасность и эффективность обоих средств

Категория 1 – ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 – преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев.

Примечание. Пластыри и влагалищные кольца не защищают от ВИЧ/ИППП.

3.5. Внутриматочные контрацептивы (ВМК)

ВМК могут безопасно использовать женщины, живущие с ВИЧ, независимо от наличия симптомов ВИЧ-инфекции, проведения АРТ или хорошего общего состояния здоровья, однако у таких женщин необходим тщательный контроль ВЗОМТ. Как правило,

ВМК не рекомендуются ВИЧ-инфицированным женщинам в III или IV клинической стадии ВИЧ-инфекции с иммуносупрессией и не получающих АРВ-терапию. В таких случаях по возможности следует применять более щадящие методы, такие как презервативы или стероидные гормональные контрацептивы.

ВМК «Мирена», содержащий левоноргестрел (ЛНГ), ежедневно выделяет 20 мкг этого гормона непосредственно в матку. ЛНГ подавляет пролиферацию эндометрия, что может приводить к уменьшению кровопотери во время менструации. У многих женщин через год после применения этого ВМК отмечаются скудные менструации или наступает аменорея. Снижение объема менструальной крови может уменьшать риск передачи ВИЧ от женщины мужчине, если половые партнеры не выполняют рекомендации по постоянному использованию презервативов.

3.6. Экстренная контрацепция

Экстренная контрацепция может предупредить наступление беременности, если:

- метод контрацепции применялся неправильно;
- метод контрацепции вообще не использовался;
- половой акт был принудительным.

Экстренная контрацепция подавляет или задерживает овуляцию, предотвращает имплантацию, оплодотворение и/или транспорт сперматозоидов/яйцеклетки, вызывая изменения состояния эндометрия.

При использовании в течение 72 часов после полового акта: прием прогестиновых мини-пили предупреждает 85% ожидаемых беременностей при типичном и 89% – при правильном применении.

3.6.1. Схемы экстренной контрацепции с использованием мини-пили

- Одна из наиболее хорошо изученных схем экстренной контрацепции содержит левоноргестрела в дозе 1,5 мг (2 таблетки по 0,75 мг в один прием или с интервалом 12 часов). В идеале мини-пили необходимо принять в течение 72 часов после незащищенного полового акта.

- При приеме левоноргестрела наблюдаются побочные эффекты – тошнота и рвота (23% и 6% случаев соответственно). Могут наблюдаться: нагрубание молочных желез, головная боль, головокружение и утомляемость.

Ниже перечислены способы уменьшения или устранения побочных эффектов экстренной гормональной контрацепции.

- Прием таблеток во время еды или перед сном может помочь уменьшить тошноту.

- Если рвота произошла в течение 2 часов после приема мини-пили, необходимо принять ту же дозу еще раз. При тяжелой рвоте повторную дозу можно ввести интравагинально.

- У большинства женщин следующая менструация начинается вовремя или несколько раньше. При задержке менструации больше чем на неделю, необходимо провести тестирование на беременность.

- Однократный прием левоноргестрела упрощает экстренную контрацепцию без повышения риска побочных эффектов.

Экстренная гормональная контрацепция может вызывать побочные эффекты у женщин, живущих с ВИЧ:

- побочные эффекты экстренной гормональной контрацепции у женщин, живущих с ВИЧ, не изучены; это относится к женщинам, получающим и не получающим АРТ. Прием некоторых АРВ-препаратов вызывает тошноту и рвоту, которые могут усиливаться при приеме таблеток для экстренной контрацепции;

- необходимо избегать применения схемы Юзпе у женщин, принимающих индинавир, атазанавир, ампренавир или эфавиренз, поскольку эти препараты повышают уровень эстрадиола, что может повышать риск тромбоза вен нижних конечностей и тромбозмболии легочной

артерии.

3.6.2. Применение ВМК для экстренной контрацепции

- Медьсодержащие ВМК также могут использоваться в течение 5 суток после незащищенного полового акта в качестве средства экстренной контрацепции.
- Если возможно определение времени овуляции, Cu-ВМК при необходимости можно вводить и позднее 5 суток после незащищенного полового акта при условии, что оно введено не позднее 5 суток после самого раннего предполагаемого срока овуляции.

3.6.3. Мифепристон

- При приеме антипрогестина мифепристона (таблетки по 200 мг) 600 мг однократно после незащищенного полового акта наблюдается высокая эффективность при незначительных побочных эффектах.
- Мифепристон может вызывать задержку менструации, что, в свою очередь, повышает тревожность у пациентки.
- Эффективность и побочные действия мифепристона у женщин, живущих с ВИЧ, не исследованы.

3.7. Хирургическая стерилизация

Учитывая, что стерилизация – это необратимая хирургическая процедура, решение должно быть добровольным и сознательным. Все пациенты, независимо от их ВИЧ-статуса, должны понимать необратимость процедуры стерилизации, и им необходимо предоставить информацию об альтернативных методах контрацепции. Показания и противопоказания к стерилизации у ВИЧ-инфицированных и не инфицированных ВИЧ пациентов одинаковы.

Поскольку стерилизация не защищает от заражения/передачи ИППП/ВИЧ, важно подчеркнуть необходимость использования презервативов.

Необходимо тщательно обследовать состояние здоровья ЛЖВ, которые выбрали метод стерилизации, как перед плановой операцией. Любое осложнение ВИЧ-инфекции, которое может ухудшить состояние пациента/пациентки во время или после операции, может служить противопоказанием к ее проведению.

3.8. Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт

Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт характеризуются высокой частотой неудач из-за типичных ошибок при их использовании, поэтому не следует рекомендовать эти методы как ВИЧ-инфицированным, так и не инфицированным ВИЧ женщинам.

3.9. Метод лактационной аменореи

Этот метод не рекомендуется в связи с необходимостью избегать передачи ВИЧ в серодискордантных парах детям, находящимся на грудном вскармливании.

4. Контрацепция для женщин, получающих АРТ

ВОЗ рекомендует использование высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у ЛЖВ, которые нуждаются в лечении в соответствии с клинической стадией ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ.⁸

В табл. 10 представлены схемы АРТ первого и второго ряда, рекомендуемые Европейским региональным бюро ВОЗ.

⁸ Более подробная информация содержится в издании Карпов И.А., Ильенкова В.С., Василенко А.И., Тумаш О.Л. «Клинические стандарты (протоколы) проведения антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции. Диагностика, лечение и профилактика оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом взрослых и подростков». – Минск: Белэзнс, 2005. – 130 с.

Таблица 10 – Схемы ВААРТ первого и второго ряда для взрослых и подростков

Схемы 1-го ряда	Схемы 2-го ряда
Зидовудин + ламивудин ^а + эфавиренз ^б или невирапин	Лопинавир/ритонавир ^в + диданозин+ абакавир Лопинавир/ритонавир ^в + тенофовир + абакавир Лопинавир/ритонавир ^в + тенофовир + (зидовудин + ламивудин) ^г
Тенофовир + эмтрицитабин ^а + эфавиренз или невирапин	Лопинавир/ритонавир ^в + диданозин+ абакавир или Лопинавир/ритонавир ^в + диданозин+ зидовудин
Абакавир + ламивудин ^а + эфавиренз или невирапин	Лопинавир/ритонавир ^в + диданозин+ зидовудин или Лопинавир/ритонавир ^в + (зидовудин + ламивудин) ^г

^а По активности, переносимости и риску развития устойчивости ламивудин и эмтрицитабин считаются взаимозаменяемыми. В таблице указаны оба эти лекарственных средства, являющиеся наиболее распространенными АРВ-препаратами с фиксированными дозами.

^б В этой таблице неэффективность схем, в которые входят невирапин или эфавиренз, рассматривается как результат перекрестной устойчивости ко всем нунуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ).

^в Лопинавир/ритонавир указан как предпочтительный ингибитор протеазы (ИП), усиленный ритонавиром. Однако в зависимости от ситуации его можно заменить другими лекарственными средствами этой группы, например атазанавиром/ритонавиром, саквинавиром/ритонавиром, фосампренавиром/ритонавиром или индинавиром/ритонавиром. В отсутствие «холодовой цепи» в качестве замены ИП можно назначить нелфинавир, но он менее эффективен, чем комбинированные ИП, усиленные ритонавиром.

^г Зидовудин и ламивудин представлены в этом списке в качестве «стратегических» лекарственных средств, поскольку, скорее всего, при неэффективности соответствующих схем первого ряда к обоим лекарственным средствам развивается устойчивость. Зидовудин может предотвратить или задержать появление мутации K65R, а ламивудин – поддержать мутацию M184V, которая, с одной стороны, может сокращать репродукцию вируса, а с другой, в определенной степени ресенсибилизировать ВИЧ к зидовудину. Необходимо подчеркнуть, что клиническая эффективность такого стратегического подхода в данной ситуации не доказана.

4.1. Взаимодействие АРВ-препаратов и стероидов, входящих в состав гормональных контрацептивов

АРВ-препараты, особенно ННИОТ и ИП, могут либо снижать, либо повышать биодоступность стероидных гормонов. Эти лекарственные взаимодействия могут изменять безопасность и эффективность как АРВ-препаратов, так и контрацептивов. Возможные взаимодействия АРВ-препаратов с КОК, предполагаемые изменения их активности необходимо принимать во внимание и обсуждать с пациентками.

В табл. 11 суммированы данные, касающиеся взаимодействия АРВ-препаратов и стероидных компонентов КОК, а также даны рекомендации по использованию последних.

Таблица 11 – Взаимодействия между АРВ-препаратами и этинилэстрадиолом (ЭЭ)/норэтиндрона (НЭ) ацетатом

АРВ-препараты	Влияние одновременного приема АРВ-препаратов на концентрацию ЭЭ и НЭ ацетата	Рекомендации
Ингибиторы протеазы (ИП)		
Атазанавир	ЭЭ ↑ на 48%, НЭ ↑ на 110%	Использовать минимальную эффективную дозу или другой метод контрацепции
Индинавир	ЭЭ ↑ на 24%, НЭ ↑ на	Коррекция дозы не требуется
Лопинавир/ритонавир	ЭЭ ↓ на 42%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции
Нелфинавир	ЭЭ ↓ на 47%, НЭ ↓ на 18%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции
Ритонавир	ЭЭ ↓ на 40%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции
Саквинавир	Нет данных	–
Фосампренавир	ЭЭ и НЭ ↑, фосампренавир ↓ на 20%	Нельзя использовать одновременно, рекомендуется использовать другой метод контрацепции
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)		
Невирапин	ЭЭ ↓ на 20%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции
Эфавиренз	ЭЭ ↑ на 37%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции

Данных о взаимодействии АРВ-препаратов и левоноргестрела нет. Неизвестно, может ли снижаться эффективность чисто прогестиновых инъекционных контрацептивов (таких как ДМПА), поскольку при их использовании уровень гормонов в крови выше, чем при использовании других, чисто прогестиновых контрацептивов или КОК.

4.2. Взаимодействие АРВ-препаратов и ВМК

Взаимодействия АРВ-препаратов с ВМК, содержащими медь или левоноргестрел, не описаны.

4.3. Тератогенность эфавиренза

- Эфавиренз является потенциально тератогенным лекарственным средством, поэтому не следует назначать его женщинам, планирующим беременность или не использующим эффективный метод контрацепции.
- Перед началом приема эфавиренза рекомендуется проведение теста на беременность.
- У женщин, использующих эффективную контрацепцию, ампренавир можно использовать в схемах АРТ в качестве ННИОТ.

4.4. Приверженность контрацепции и лечению ВИЧ/СПИДа

Возможно, ВИЧ-инфицированным женщинам придется ежедневно принимать большое количество таблеток, входящих в состав АРТ, используемых для профилактики или лечения оппортунистических инфекций, а также для лечения сопутствующих заболеваний или симптоматического лечения. Кроме того, должны быть учтены возможные лекарственные взаимодействия и необходимость принимать много таблеток на приверженность контра-

цепции и АРТ. Эти вопросы следует обсудить с женщиной при выборе метода контрацепции.

5. Контрацепция для женщин, принимающих одновременно АРВ- и противотуберкулезные лекарственные средства

- У женщин, получающих АРТ и противотуберкулезные лекарственные средства (на фоне лечения туберкулеза), лекарственные взаимодействия с некоторыми гормональными контрацептивами могут вызывать снижение эффективности последних.

- С учетом этого женщинам, принимающим одновременно АРВ-препараты и ТБ, лучше рекомендовать негормональные методы контрацепции.

- Низкодозированные КОК (<35 мкг этинилэстрадиола) обычно не рекомендуются женщинам, принимающим рифампицин.

- ДМПА обычно можно использовать женщинам, принимающим рифампицин.

- Снижение эффективности ЛНГ-ВМК маловероятно.

6. Рекомендации по контрацепции для наиболее уязвимых групп

Службы охраны СиРЗ должны стремиться создавать благожелательную, недискриминационную атмосферу для особых, наиболее уязвимых групп. Из-за стигмы, характерной в отношении представителей этих групп, они часто не обращаются в службы здравоохранения за медицинской помощью обычным путем. Следовательно, важно, чтобы работа на местах (аутрич) была частью стратегии всех программ по охране СиРЗ; это позволит повысить доступ к подобным службам для представителей этих групп.

6.1. Работники коммерческого секса (мужчины и женщины)

- Работникам коммерческого секса необходимо рекомендовать постоянно использовать презервативы как с клиентами, так и с постоянными партнерами для предупреждения передачи ВИЧ неинфицированному партнеру.

- В отсутствие доказательств возможности повторного использования женских презервативов следует рекомендовать их однократное использование.

6.2. Мужчины, практикующие секс с мужчинами

- MSM необходимо рекомендовать использовать смазки на водной или силиконовой основе, для того чтобы избежать повреждения презерватива при анальном сексе.

6.3. Потребители инъекционных наркотиков

- Аменорея на фоне приема наркотиков не является показателем бесплодия, поэтому важно рекомендовать женщинам, употребляющим инъекционные наркотики, постоянно использовать контрацепцию для предупреждения нежелательной беременности.

- Необходимо укреплять связи между службами по охране репродуктивного здоровья и службами снижения вреда для ПИН.

7. Рекомендации по выбору метода контрацепции

- Обсуждение вопросов планирования семьи должно начинаться во время послетестового консультирования при выявлении ВИЧ-инфекции и регулярно на протяжении всего периода наблюдения и лечения.

- Все медицинские работники должны понимать, что соблюдение врачебной тайны в отношении ВИЧ-статуса пациентов является их профессиональным долгом.

- Кроме медицинских критериев приемлемости необходимо также рассматривать социальные, культурные и поведенческие особенности. Рекомендации по выбору метода контрацепции должны быть индивидуальными и учитывать стадию заболевания, лечение, образ жизни и личные пожелания.

- Во время консультирования по планированию семьи необходимо уделять особое внимание профилактике передачи ВИЧ и возбудителей других ИППП. Службы по планированию семьи должны настоятельно рекомендовать постоянное и правильное использование презервативов как единственного метода контрацепции, который предотвращает заражение ВИЧ-инфекцией и другими ИППП. Более того, все службы охраны репродуктивного

здоровья должны обеспечить поддержку использования метода двойной защиты.

- Для обеспечения непрерывности и преемственности оказания медицинской помощи необходимо укреплять связи между службами снижения вреда для ПИН и службами по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

V. БЕЗОПАСНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Важнейшим компонентом улучшения репродуктивного здоровья женщин, в том числе женщин, живущих с ВИЧ, является предупреждение нежелательных беременностей и небезопасных аборт. Нежелательные беременности возможны по различным причинам (неудачи при использовании контрацептивов, нежелание мужчины использовать презерватив или другие средства предохранения, запрещение женщине предохраняться от беременности, боязнь побочных эффектов, принуждение к незащищенному сексу, насилие и т. д.). Во всех этих случаях многие женщины будут пытаться прервать наступившую беременность.

Если ВИЧ-инфекция диагностирована во время беременности, женщина может захотеть прервать даже запланированную и желанную беременность. По какой бы причине женщина, живущая с ВИЧ, ни захотела прервать беременность, врач должен предоставить ей возможности для ее безопасного прерывания.

Искусственный аборт – безопасная операция, если ее осуществляет квалифицированный специалист в асептических условиях, используя правильную технику ее проведения. Юридические ограничения искусственных абортов повышают число криминальных абортов, которые делают неквалифицированные лица в антисанитарных условиях. С другой стороны, аборт не должен рассматриваться как метод планирования семьи. Каждая женщина имеет право на информированный выбор, касающийся ее беременности; ее нельзя принуждать ни прервать беременность, ни сохранить ее.

1. Консультирование по поводу прерывания беременности

Если ВИЧ-статус женщины неизвестен, во время консультации по поводу нежелательной беременности ей необходимо предложить дотестовое консультирование на ВИЧ. Тестирование на ВИЧ не должно быть принудительным, и отказ от него не может служить препятствием к прерыванию беременности в условиях медицинского учреждения. Недопустимо требовать от женщины тестирования на ВИЧ, для того чтобы защитить медицинских работников от заражения ВИЧ-инфекцией, поскольку любой искусственный аборт должен проводиться с соблюдением всех мер профилактики инфекций.

Необходимо, чтобы консультирование, которое должно быть не директивным, не осуждающим и конфиденциальным, проводил профессионал, владеющий методикой искусственного аборта и хорошо информированный о течении ВИЧ-инфекции у беременных. Полная и точная информация, предоставленная в уважительной манере на понятном женщине языке, поможет ей принять наилучшее решение относительно своей беременности. Если речь идет о несовершеннолетних или о пациентах, которые из-за психических расстройств не могут дать информированное согласие, врач должен действовать в соответствии с законодательством. Если женщина употребляет наркотики, может потребоваться консультация нарколога.

Если беременность явилась результатом полового акта между не инфицированной ВИЧ женщиной и ВИЧ-инфицированным мужчиной, ВИЧ-инфекция у женщины маловероятна в случае отсутствия антител к ВИЧ через месяц после контакта и исключена при их отсутствии через 6 месяцев. Если диагноз необходимо поставить раньше, о высоком риске заражения свидетельствуют:

- выявление РНК ВИЧ в крови женщины через 15 дней после контакта;
- выявление p24 в крови женщины через 18 дней после контакта;
- выявление антител к ВИЧ через 3 недели после контакта (необходимы подтверждение и консультация специалиста).

Консультирование ВИЧ-инфицированных женщин должно включать обсуждение следующих вопросов:

- риск беременности для ее здоровья;

- консультирование и предоставление услуг по планированию семьи;
- направление в другие учреждения для продолжения лечения ВИЧ/СПИДа, помощи и поддержки.

В условиях осуждения людей, инфицированных ВИЧ, и/или абортов женщины, живущие с ВИЧ, могут нуждаться в дополнительном консультировании и психосоциальной поддержке. Консультирование после проведенного аборта и по вопросам планирования семьи после аборта не зависит от ВИЧ-статуса женщины. Большинство из методов контрацепции можно применять сразу после искусственного аборта.

4. Рекомендации

- Консультации по поводу прерывания беременности должен проводить квалифицированный специалист в рамках действующего законодательства. Консультирование должно быть недирективным, непредвзятым и конфиденциальным.
 - Безопасные методы прерывания беременности должны быть доступны женщинам, живущим с ВИЧ в РБ.
 - Консультирование по вопросам планирования семьи и предоставление соответствующих услуг – важнейший компонент оказания помощи женщинам после искусственного аборта; помогает женщинам избежать незапланированной беременности и повторных абортов.

VI. ЕСТЕСТВЕННОЕ ИЛИ ИСКУССТВЕННОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

Большинство ЛЖВ находятся в детородном возрасте и могут испытывать желание иметь детей. Они должны иметь такой же доступ к услугам по СиРЗ, как и все другие люди. При бесплодии ВИЧ-инфекция не должна быть причиной отказа от искусственного оплодотворения.

1. Консультирование по репродуктивному здоровью для пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ

Цели консультирования пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ, следующие:

- сокращение риска передачи ВИЧ неинфицированному партнеру и ребенку в серодискордантных парах (один из партнеров инфицирован ВИЧ);
- предоставление возможности сознательно выбрать способ зачатия;
- информирование пар о риске передачи ВИЧ и шансах забеременеть естественным путем или путем искусственного оплодотворения;
- психологическая подготовка пары к искусственному оплодотворению, включающая обсуждение таких тем, как:
 - доступность;
 - длительность необходимого лечения;
 - эффективность;
 - организация процесса;
- обсуждение при необходимости вопросов усыновления для пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ;
- информирование и рекомендации относительно гепатитов В и С, в том числе обсуждение риска половой (вирус гепатита В) и вертикальной передачи (вирусы гепатитов В и С) инфекции.

2. Фертильность

Женщины

- У большинства женщин, живущих с ВИЧ, менструации регулярные; менструальный цикл длится 25–35 дней, что предполагает ежемесячную овуляцию.
- До настоящего времени влияние АРТ на фертильность женщин, живущих с ВИЧ, не исследовалось.
- Наркотики, в том числе метадон и психотропные вещества, могут вызывать нару-

шения менструального цикла у женщин, живущих с ВИЧ.

- При отсутствии тяжелого иммунодефицита и оппортунистических инфекций ВИЧ-инфекция может не влиять на репродуктивную функцию женщин. Тем не менее, фертильность у ВИЧ-инфицированных женщин ниже, чем в общей популяции.

Мужчины

- ВИЧ можно обнаружить в сперме мужчин, живущих с ВИЧ, независимо от вирусной нагрузки в крови.

- У многих мужчин, живущих с ВИЧ, результаты исследования спермы на фертильность нормальные.

- Результаты анализа спермы на фертильность у здоровых мужчин, живущих с ВИЧ, и у не инфицированных ВИЧ мужчин сходны; у пациентов со СПИДом при исследовании спермы обнаруживаются значительные отклонения от нормы.

- Некоторые АРВ-препараты могут влиять на сперматогенез.

- У ВИЧ-инфицированных мужчин возможны сексуальные расстройства, в том числе эректильная дисфункция.

3. Продолжительность и исход беременности

- У женщин, живущих с ВИЧ, риск неблагоприятного исхода беременности (внутриутробная задержка развития плода, преждевременные роды, низкий вес новорожденного и т. д.) выше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ.

- У женщин, живущих с ВИЧ, повышен риск самопроизвольного аборта и мертворождения.

- При наличии клинических проявлений ВИЧ-инфекции ее влияние на исход беременности более выражено.

- Беременность не влияет на прогрессирование ВИЧ-инфекции и связанную с ней смертность.

- У женщин, живущих с ВИЧ, беременность не повышает риск оппортунистических инфекций.

4. Консультирование до зачатия

Для того чтобы помочь ЛЖВ принять решение о деторождении, в процессе консультирования необходимо затронуть следующие вопросы:

- риск передачи ВИЧ партнеру и меры, которые могут снизить его (см. раздел IV, п. 5);

- влияние ВИЧ-инфекции на течение беременности, в том числе повышение риска неблагоприятного исхода;

- безопасность АРТ во время беременности и возможные побочные эффекты лечения;

- риск пороков развития у ребенка при приеме АРВ-препаратов;

- эффективность профилактики передачи ПМР с помощью АРВ-препаратов, кесарева сечения и искусственного вскармливания.

5. Снижение риска передачи ВИЧ половым путем во время зачатия

Особую поддержку следует оказывать парам, желающим иметь детей, в которых один из партнеров инфицирован ВИЧ.

- Такие пары нуждаются в консультировании и помощи для снижения риска передачи ВИЧ неинфицированному партнеру во время незащищенного полового акта.

- Хотя некоторым серодискордантным парам удавалось зачать ребенка в результате незащищенного полового акта в сроки овуляции без заражения неинфицированного полового партнера, эта практика небезопасна и использовать ее не рекомендуется.

- Пары, в которых только мужчина инфицирован ВИЧ, следует информировать об имеющихся методиках профилактики передачи ВИЧ и настоятельно рекомендовать обратиться в учреждения, применяющие наиболее эффективные методы обработки сперматозоидов, которые значительно снижают риск передачи ВИЧ партнерше.

5.1. Отмывание сперматозоидов и определение ВИЧ в сперме⁹

Отмывание сперматозоидов можно провести в лаборатории, предоставляющей услуги по искусственному оплодотворению бесплодным парам. Процедура обработки спермы состоит из 3 этапов:

1. Центрифугирование в градиенте плотности для выделения подвижных сперматозоидов и отделения других клеток, которые могут быть инфицированы;
2. Повторное отмывание для удаления внеклеточно расположенных ВИЧ;
3. Получение образцов подвижных сперматозоидов, не содержащих ВИЧ.

Рекомендуется перед искусственным оплодотворением исследовать все полученные образцы на ВИЧ с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Определение внутриклеточно расположенных ВИЧ требует специального оборудования и квалификации. Персонал лаборатории должен пройти специальное обучение и соблюдать меры предосторожности при работе с потенциально зараженной спермой.

6. Вспомогательные репродуктивные технологии при ВИЧ-инфекции

Перед процедурой искусственного оплодотворения необходимо диагностировать и провести лечение ИППП и оценить фертильность обоих партнеров. Уточняют анамнез, были ли беременности в прошлом, определяют показатели, характеризующие стадию ВИЧ-инфекции (включая число лимфоцитов CD4 и вирусную нагрузку), а также какую АРТ получают один или оба партнера.

Оценка фертильности у женщин включает определение овуляции, гормонального профиля (фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон и пролактин), а также проходимость маточных труб; у мужчин – исследование спермы (число, подвижность, прогрессия и морфология сперматозоидов).

6.1. Фертильные пары

Парам, в которых инфицирована ВИЧ только женщина, рекомендуют искусственное осеменение.

Его можно провести в домашних условиях. Сперму из презерватива вводят во влагалище с помощью шприца или другого чистого инструмента. Эту манипуляцию следует проводить в сроки предполагаемой овуляции. Данный метод позволяет женщине забеременеть, не инфицируя партнера.

У пар, в которых инфицирован мужчина, абсолютно безопасного способа зачатия не существует. Подготовка сперматозоидов (см. раздел VI, п. 5.1), снижающая концентрацию ВИЧ в образцах, используемых для искусственного осеменения, позволяет многим мужчинам, живущим с ВИЧ, стать отцами не инфицированных ВИЧ детей. Риск передачи ВИЧ женщине и ребенку минимален при использовании отмытых сперматозоидов с не определяемой современными методами вирусной нагрузкой.

Если оба партнера инфицированы ВИЧ, отмывание сперматозоидов снижает риск заражения женщины и плода другими штаммами ВИЧ.

6.2. Бесплодные пары

Отсутствие беременности в течение года повторных попыток искусственного осеменения в домашних условиях является показанием для обследования и лечения по поводу бесплодия в специализированных медицинских учреждениях, применяющих вспомогательные репродуктивные технологии. Можно рассмотреть вопрос усыновления.

VII. ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ

1. Первичная и последующая оценка

- Все женщины, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, должны пройти полное гинекологиче-

⁹ На момент адаптации Протокола данная процедура в РБ не проводится.

ское обследование, включая исследование онкоцитологического мазка из шейки матки и исследование органов малого таза.

- У ВИЧ-инфицированных женщин часто наблюдаются остроконечные кондиломы и дисплазия вульвы, поэтому гинекологическое исследование должно включать тщательный осмотр наружных половых органов.
- Цитологическое исследование необходимо предлагать женщинам, живущим с ВИЧ/СПИДом, не реже 1 раза в год. Исследование проводят так же, как не инфицированным ВИЧ женщинам.
- При наличии предраковых заболеваний шейки матки в анамнезе, после лечения, цитологическое исследование проводят каждые 4 – 6 месяцев до получения 3 нормальных результатов подряд.
- При обнаружении атипичных клеток плоского эпителия неопределенной значимости (АПНЗ) или атипичных клеток плоского эпителия, не позволяющих исключить плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести, проводят гистологическое исследование (кольпоскопия с биопсией), для выявления ВПЧ высокого онкогенного риска проводится исследование методом ПЦР.
- Для подтверждения цитологических и визуальных отклонений от нормы полное исследование нижних отделов генитального тракта (включая влагалище, вульву, перианальную область), кольпоскопию, биопсию шейки матки проводят в следующих случаях:
 - патология при цитологическом исследовании (цервикальные интраэпителиальные дисплазии – ЦИН), поражения низкой степени тяжести с выявлением АПНЗ или ЦИН поражения умеренной и высокой степени тяжести;
 - выделение типа ВПЧ высокого онкогенного риска;
 - в анамнезе патология в онкоцитологическом мазке без последующего лечения.

2. Общие принципы ведения пациенток с ЦИН

Тактика ведения женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, у которых обнаружена ЦИН, не отличается от таковой у женщин, не инфицированных ВИЧ. Несмотря на то, что АРТ иногда вызывает спонтанную регрессию ЦИН, тактика лечения пациенток, получающих и не получающих АРТ, одинакова.

При гистологически подтвержденном диагнозе ЦИН 1 (легкая степень) рекомендуется наблюдение. Исключение составляют следующие случаи:

- поражения персистируют в течение более 18 – 24 месяцев;
- поражения эволюционируют в ЦИН 2, или наблюдается еще более тяжелая степень поражения;
- пациентка не выполняет рекомендации по наблюдению.

3. Лечение цервикальных интраэпителиальных поражений

- Перед началом лечения ВИЧ-инфицированной женщине необходимо объяснить необходимость тщательного наблюдения и, возможно, повторного лечения.
- Конусовидная биопсия проводится под местной анестезией в амбулаторных условиях с использованием техники «холодного ножа» или петлевой электроэксцизии (LEEP).
- При ЦИН 2 и ЦИН 3 применяют методы деструкции и иссечения измененных тканей.
- У женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, наблюдается высокая вероятность рецидива, персистенции и прогрессирования умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки (ЦИН 2 и ЦИН 3) после лечения (40 – 60% случаев), поэтому обследование необходимо проводить каждые 2 месяца первые 2 года после лечения, далее каждые 3 месяца – 3 года, с 4-го года – 1 раз в 6 месяцев. При обнаружении рецидива, персистенции или прогрессирования поражений высокой степени злокачественности показано неотложное лечение.
- В отсутствие сопутствующих гинекологических заболеваний, подлежащих хирургическому лечению, гистерэктомия по поводу предраковых заболеваний шейки матки противопоказана.
- Лечение ЦИН у пациенток, получающих и не получающих АРТ, одинаково.
- ЦИН не является показанием к назначению или изменению схемы АРТ.

- После лечения рекомендуется воздерживаться от влагалищных половых контактов. Если это невозможно, необходимо постоянное и правильное использование презервативов.

4. Лечение инвазивного рака

- Для определения стадии рака шейки матки используют классификацию Международной федерации акушеров и гинекологов.
- Если число лимфоцитов CD4 <200/мкл, предпочтительно хирургическое лечение (по показаниям) или щадящая химио- или лучевая терапия, согласно Протоколу Минздрава Республики Беларусь.
- На поздних стадиях ВИЧ-инфекции прогноз при всех методах лечения рака шейки матки плохой. Если число лимфоцитов CD4 >200/мкл, возможно стандартное химиолучевое лечение по Протоколу Минздрава Республики Беларусь.
- Для улучшения качества жизни ВИЧ-инфицированных женщин с раком шейки матки необходимы комплексные программы паллиативного лечения.

VIII. МИНИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДАННЫХ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ СБОРА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности и эффективности услуг. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об улучшении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Данные должны собираться каждым медицинским учреждением на регулярной основе (например, раз в месяц, квартал или полугодие).

- число ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста, имевших половые контакты последние 6 месяцев;
- число ВИЧ-инфицированных женщин (общее), использующих современные методы контрацепции;
- число ВИЧ-инфицированных беременных женщин;
- число прерванных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин;
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, обследованных на ИППП;
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, у которых диагностированы ИППП;
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, получавших лечение ИППП;
- число ВИЧ-инфицированных женщин, обследованных на рак шейки матки в течение последних трех лет;
- число родов у пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ;
- число родов после искусственного оплодотворения у пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ.

Методы сбора данных должны основываться на принципах конфиденциальности; недопустимо разглашение полученной о пациентах информации в пределах или за пределами медицинского учреждения.

СОКРАЩЕНИЯ

АПЗ	атипичные клетки плоского эпителия неопределенной значимости
АРВ	антиретровирусные препараты
АРТ	антиретровирусная терапия
БВ	бактериальный вагиноз
в/в	внутривенно
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВЛГ	венерическая лимфогранулема
ВМК	внутриматочный контрацептив
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ДМПА	депо-медроксипрогестерона ацетат
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИП	ингибиторы протеазы
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИРТ	инфекции репродуктивного тракта
КВВ	кандидозный вульвовагинит
КИК	комбинированные инъекционные контрацептивы
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
ЛНГ	левоноргестрел
МСМ	мужчины, практикующие секс с мужчинами
ННИОТ	нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
НЭТ-ЭН	норэтистерона энантат
ПМР	передача от матери ребенку
РНК	рибонуклеиновая кислота
СиРЗ	сексуальное и репродуктивное здоровье
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулез
ТМП/СМК	триметоприм/сульфаметоксазол
ТТГ	тиреотропный гормон
ЦИН	цервикальная интраэпителиальная неоплазия
ЦНС	центральная нервная система
ЧПК	чисто прогестиновые контрацептивы
ЭД	эректильная дисфункция
АД	антидепрессанты

Темы и вопросы, предлагаемые для сбора сексуального анамнеза

Начните сбор сексуального анамнеза с фразы:

«Сексуальная жизнь – важная составляющая жизни человека, влияющая на его здоровье, поэтому мы задаем всем нашим пациентам ряд вопросов. Вы можете отвечать только на те из них, которые сочтете уместными.

Это необходимо для правильной оценки Вашего состояния, Ваших взаимоотношений с партнером и назначения наиболее действенного лечения. В Ваших интересах быть не только правдивыми, но и внимательными. Ответы необходимо вписать в оставленные для этого места, либо подчеркнуть один из наиболее приемлемых для Вас вариантов уже отпечатанных ответов.

К Вашей анкете и карте обследования, кроме лечащего врача, никто не будет иметь доступа (это обусловлено врачебной тайной, предусмотренной законом)».

Личная оценка сексуальной ориентации/идентичности

Выберите наиболее подходящий для Вас ответ на представленные далее вопросы:

1. **Сексуальное влечение:** лица какого пола Вас эротически возбуждают, привлекают в качестве потенциальных сексуальных партнеров?
2. **Сексуальное поведение:** каков пол Ваших реальных сексуальных партнеров, с кем Вы целуетесь, обнимаетесь и совершаете другие сексуальные действия?
3. **Стиль жизни:** проводите ли Вы свое свободное время преимущественно с людьми, которые считают себя гетеро-, гомо- или бисексуалами?
4. **Идентичность:** как Вы определяете свою сексуальную ориентацию, считаете ли Вы себя гетеро-, гомо- или бисексуалом?

- 0) лица исключительно другого пола;
- 1) главным образом лица другого пола, но иногда и своего пола;
- 2) чаще лица другого пола, чем лица своего пола;
- 3) примерно поровну, как лица другого пола, так и лица своего пола;
- 4) чаще лица своего пола, чем лица другого пола;
- 5) главным образом лица своего пола, но иногда и представители другого пола;
- 6) исключительно лица своего пола.

Сексуальное благополучие

1. Вы удовлетворены Вашей сексуальной жизнью? (да, нет)
2. Взаимоотношения с сексуальным партнером? (конфликтные, натянутые, безразличные, глубокая взаимная привязанность)
3. Оцените по 10-балльной шкале степень удовлетворенности своими партнерскими взаимоотношениями:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>крайне недоволен (недовольна)</i>					<i>полностью удовле-</i>					
<i>творен (удовлетворена)</i>										
4. У Вас возникают какие-либо проблемы при половых контактах (сексуальные расстройства)?
5. Если да, то какие?
6. Причинами моего сексуального расстройства я считаю: _____
7. Партнер о моем сексуальном расстройстве (знает, не знает (почему))
8. Отношение партнера к моему сексуальному расстройству (относится безразлично, успокаивает, выражает недовольство, угрожает изменой или разводом)
9. Партнер о том, что я обращаюсь к врачу по вопросам сексуального здоровья (не знает, знает, согласен явиться на беседу с врачом по поводу моего сексуального расстройства, не согласен, не знаю)
10. Поведение партнера при близости (проявляет нежность, такт, заботу, грубость, эгоизм, стереотипность)
11. Какой метод контрацепции Вы используете?
12. В течение какого времени?
13. Вы используете дополнительные барьерные методы?

14. Вы хотите забеременеть?
15. Если да, то когда Вы планируете сделать это?
16. Вы хотите предохраняться от беременности?
17. Страх наступления беременности (есть, нет)
18. Это снижает сексуальность (да, нет)

Дополнительные вопросы для мужчин

1. **Мотивы полового акта** (отметьте не более 3-х мотивов): разрядка полового напряжения, деторождение, получение удовольствия, желание дать удовольствие партнерше, удовлетворение полового любопытства, средство общения, сексуальное самоутверждение, средство достижения несексуальных целей, супружеский долг, проверка своих сексуальных возможностей.

2. **Сексуальное поведение партнерши моим потребностям (желаниям):**
в непосредственной подготовке к половому акту – не соответствует, соответствует частично, полностью;

во время полового акта – не соответствует, соответствует частично, полностью;

непосредственно после сношения – не соответствует, соответствует частично, полностью.

3. **Сексуальное поведение партнерши на степень моей психосексуальной удовлетворенности:** не влияет, повышает ее, несколько снижает, приводит к неудовлетворению.

Сексуальные практики и сексуальное благополучие

1. Какие половые контакты Вы практикуете?

- а) оральные;
- б) вагинальные;
- в) анальные;
- г) другие.

2. Как Вы предохраняетесь от ВИЧ/ИППП?

3. Вы когда-нибудь использовали презервативы или другие барьерные методы контрацепции?

4. Если да, то при половых контактах какого типа?

5. Для МСМ:

- а) какую роль Вы чаще играете, пассивную или активную?
- б) как Вы предохраняетесь в обоих случаях?

6. Когда в последний раз у Вас был незащищенный секс?

Сексуальные отношения и психоактивные вещества:

1. Курю с _____ лет, по _____ сигарет, папирос в день / нет.

2. Употребляю пиво, вина (сухие, крепленые), водку, коньяк и другие крепкие напитки с _____ лет до _____ граммов _____ раз в неделю, месяц, год / нет.

3. Были ли случаи, когда Вы выпили так много, что на следующий не могли ничего вспомнить (провал в памяти)?

4. Вы испытывали когда-либо симптомы абстинентного синдрома (тяга к алкоголю, дрожь в руках, белая горячка и т. д.)?

5. Вас когда-нибудь беспокоило ваше пристрастие к алкоголю?

6. Алкоголь на половые функции

- не влияет;
- ослабляет – усиливает влечение;
- ослабляет – усиливает возбуждение;
- ослабляет – усиливает способность переживать оргазм.

7. Вы употребляете наркотики или алкоголь до или во время сексуальных контактов?

8. Как Вы считаете, алкоголь или наркотики влияют на ваши решения или способность выбирать менее опасную форму сексуального поведения?

9. Принимаете ли Вы наркотики для хорошего настроения?

- а) какие?
- б) как часто Вы принимаете эти наркотики (ежедневно, раз в неделю, раз в месяц, изредка)?
- в) как давно Вы их принимаете?

- г) были ли случаи, когда после приема наркотиков вы на следующий день не могли ничего вспомнить?
- д) вас когда-нибудь беспокоило, что Вы употребляете наркотики?
10. Принимаете ли Вы какие-нибудь средства, чтобы расслабиться или уснуть? Если да, какие?
11. Принимаете ли Вы какие-нибудь анальгетики? Если да, какие?
12. Вы когда-нибудь использовали инъекционное введение наркотиков или каких-либо лекарственных средств (включая стероиды и витамины)?
13. Если да, Вы когда-нибудь (хотя бы однажды) пользовались совместно с другими лицами общими иглами или шприцами?
14. Употреблял ли кто-нибудь из Ваших прошлых или нынешних половых партнеров инъекционные наркотики?

Сексуальное здоровье и нарушения настроения

1. Вы сейчас страдаете от депрессии?
2. Не приходилось ли Вам испытывать депрессию в прошлом?
3. Принимали ли Вы лекарственные средства для коррекции депрессии? Какие?
4. Проходили ли Вы когда-либо психотерапию по поводу депрессии либо других проблем?
5. В хорошем ли Вы настроении большую часть времени?
6. Чувствуете ли, что Вы хуже других?
7. Считаете ли Вы, что люди хуже Вас?
8. Довольны ли Вы своей жизнью?
9. Считаете ли Вы, что сексуальные проблемы являются следствием депрессии?

Профилактика и лечение ВИЧ/ИППП

1. Вы изменили Ваше сексуальное поведение в связи с выявлением ВИЧ/ИППП?
2. Как Вы защищаете своего партнера(ов) от заражения ВИЧ-инфекцией?
3. Как часто (в процентном выражении) Вы и Ваш партнер(ы) используете презервативы или другие барьерные методы контрацепции, например влагалищные диафрагмы или шеечные колпачки?
4. Вы когда-нибудь получали лечение по поводу:
 - а) сифилиса;
 - б) гонореи;
 - в) проктита;
 - г) вагинита;
 - д) генитального герпеса;
 - е) хламидиоза;
 - ж) негенококкового уретрита;
 - з) воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ);
 - и) генитальных бородавок.
5. Где и когда Вы лечились, какое получали лечение? Вы полностью выполняли назначения врача?
6. Вам когда-нибудь проводили цитологическое исследование?
 - а) если да, когда это было в последний раз?
 - б) может быть Вы знаете, были ли выявлены какие-либо отклонения от нормы?

Насилие со стороны интимного партнера и гендерное насилие

1. Подвергались ли Вы когда-нибудь сексуальному злоупотреблению, сексуальному оскорблению или изнасилованию?
2. Сталкивались ли Вы во взрослой жизни с физическим насилием или угрозой физического насилия?
3. Если да, когда это происходило?
4. Подвергаетесь ли Вы сейчас дискриминации, унижению, жестокому обращению или сексуальному насилию?
5. Вы уверены в своей безопасности? Например, не вынуждают ли Вас вступать в половые контакты, используя физическую силу? Случалось ли Вам вступать в половые контакты из страха перед партнером?

6. Вас когда-нибудь принуждали силой делать во время полового акта то, что Вы считали оскорбительным или унижительным?
7. Вам когда-нибудь приходилось вступать в половые отношения в обмен на еду, жилье, наркотики или деньги?
8. Зарабатываете ли Вы на жизнь коммерческим сексом?

Сексуальное здоровье (женщины)

В каждом из разделов обведите цифру, которая стоит против ряда, наиболее отвечающего Вашему состоянию в НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Отношение к половой жизни

- 0 – половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль)
- 1 – половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, и поэтому ищу предлог, чтобы от него уклониться
- 2 – половой акт безразличен и участвую в нем без внутреннего побуждения (из чувства долга или чтобы избежать конфликта)
- 3 – половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла
- 4 – половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда независимо от фазы менструального цикла

Выделение влагалищной слизи к началу полового акта

- 0 – никогда не отмечала подобного явления
- 1 – наступает не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в «неблагоприятные» периоды не наступает даже при длительных половых ласках)
- 2 – наступает со значительным постоянством (независимо от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк
- 3 – наступает во всех случаях, при условии, что половой акт совершается по внутреннему побуждению
- 4 – наступает всегда и очень быстро (даже при самых поверхностных ласках, таких как поверхностные беглые объятия и поцелуи, а иногда и просто при разговоре, принимающем интимный характер)

Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазм)

- 0 – никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма
- 1 – испытывала оргазм только при сношениях эротического содержания
- 2 – испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные «игры», особые формы полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или самораздражении
- 3 – оргазм наступает примерно в половине всех половых актов
- 4 – оргазм наступает более чем в 80% всех половых актов; бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте

Физическое самочувствие после половых актов

- 0 – боль или ощущение тяжести в половых органах
- 1 – полное физическое безразличие
- 2 – ощущение неотрагированного полового возбуждения, долго не исчезающего
- 3 – ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк
- 4 – удовлетворенность и приятная усталость

Настроение после сношения

- 0 – отвращение или(и) чувство униженности
- 1 – чувство избавления от досадной обязанности
- 2 – чувство полного безразличия
- 3 – удовлетворение от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости)

4 – чувство благодарности к мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения

Уровень половой активности

Половые акты осуществляются со следующей периодичностью:

0 – никогда не было

0,5 – с интервалами не менее года

1 – несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц

2 – несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю

3 – раза два или несколько чаще в неделю

4 – ежедневно один или несколько раз

Длительность полового расстройства

0 – с начала половой жизни

1 – более полугода

2 – менее полугода

3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни)

4 – не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни

Сексуальное здоровье (мужчины)

В каждом из разделов обведите цифру, которая стоит против ряда, наиболее отвечающего Вашему состоянию в НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Потребность в половых сношениях

Как часто возникает настоятельное желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена):

- 0 – вообще никогда или чаще раза в год
- 1 – несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
- 2 – раза 2 – 4 в месяц
- 3 – раза 2 или несколько чаще в неделю
- 4 – ежедневно один или несколько раз

Настроение перед сношением

- 0 – сильный страх неудачи, и поэтому попыток никогда не предпринимал
- 1 – выраженная неуверенность, и поэтому ищу предлог, чтобы уклониться от попытки
- 2 – некоторая неуверенность, но от попытки не уклоняюсь (или – провожу совокупление в угоду жене/партнерше, без внутреннего побуждения; или – провожу сношение, чтобы испытать себя)
- 3 – главным образом – желание наслаждения, овладения женщиной, и к сношению приступаю без сомнений
- 4 – всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытывал ни малейших сомнений

Половая предприимчивость

Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению полового акта:

- 0 – вообще не провожу или с интервалом не менее года
- 1 – несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
- 2 – несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю
- 3 – раза 2 или несколько чаще в неделю
- 4 – ежедневно один или несколько раз

Частота осуществления полового акта

Мне удается провести половое сношение (хотя и неполноценное по форме, то есть кратковременное или при неполном напряжении полового члена):

- 0 – вообще никогда не удавалось
- 1 – очень редко
- 2 – в большинстве случаев
- 3 – в обычных условиях – всегда
- 4 – в любых условиях и всегда, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют

Напряжение полового члена (эрекция)

- 0 – эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах
- 1 – вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает, и введение члена не удается
- 2 – приходится прилагать усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения)
- 3 – эрекция неполная, но введение удается без труда
- 4 – эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных

Длительность сношения

Семязвержение наступает:

0 – не наступает ни при каких обстоятельствах

0,5 – наступает не при каждом половом акте; сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер

1 – еще до введения члена или в момент введения

2 – через несколько минут после введения

2,5 – примерно в пределах 15 – 20 движений

3 – 4 – через 1 – 2 минуты или дольше (указать примерную длительность _____)

Частота половых отправлений

Семязвержение происходит (при сношениях, ночью во сне, при онанизме и др.) в среднем:

0 – вообще не происходит или не чаще раза в год

1 – несколько раз в год, но не чаще раза в месяц

2 – несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю

3 – раза 2 или несколько чаще в неделю

4 – ежесуточно один или несколько раз

Настроение после сношения (или неудавшейся попытки)

0 – крайняя подавленность, ощущение катастрофы (либо отвращение к жене/партнерше)

1 – разочарование, досада

2 – безразличие (или некоторый осадок, от того что женщина чувствует себя неудовлетворенным)

3 – удовлетворенность и приятная усталость

4 – полная удовлетворенность, душевный подъем

Оценка успешности половой жизни

0 – женщина не хочет иметь со мной близость

1 – женщина высказывает упреки

2 – половая жизнь проходит с переменным успехом

3 – половая жизнь проходит, в общем, успешно

4 – способен в любых обстоятельствах удовлетворить женщину

Длительность полового расстройства

0 – с начала половой жизни

1 – более чем полугодом

2 – менее полугодом

3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они встречались в прошлом (например, в начале половой жизни)

4 – не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни

Оценка осведомленности в вопросах сексуальности

Оцените уровень своей осведомленности в вопросах, связанных с сексуальностью, в каждой из предложенных тем.

Темы	<i>Я знаю об этом очень мало и был бы заинтересован в дополнительной информации</i>	<i>Я знаю об этом довольно много, но был бы заинтересован в дополнительной информации</i>	<i>Я вполне ориентируюсь в этом и не нуждаюсь в дополнительной информации</i>
Сексуальная анатомия			
Сексуальные реакции мужчины и женщины			
Сексуальная техника: как получать от секса больше удовольствия			
Зачатие, беременность, роды, репродуктивные технологии			
Методы контрацепции			
Профилактика заболеваний, передаваемых половым путем, и СПИДа			
Сексуальная гигиена и сохранение сексуального здоровья			
Сексуальное общение: психология взаимоотношений между полами			
Сексуальное принуждение, насилие и как их избежать			
Сексуальная ориентация и ее формирование			
Вариативное (нетипичное) сексуальное поведение			
Сексуальность детей и подростков			
Половое воспитание, сексуальное образование и просвещение			
Сексуальность человека в религиях и культурах			
Другие (укажите):			

В таблице заполните соответствующие графы: укажите, в каком возрасте Вы получили сведения о сексуальности, от кого, в какой форме и какова была Ваша реакция на них.

Сведения	Возраст, лет	Источник информации	Форма предоставления сведений	Реакция на полученные сведения
		мать, отец, сверстники, воспитатели, учителя,	медицинские, бытовые, циничные и	спокойствие, недоверие, волнение,

		медработники, личные наблюдения, литература, СМИ, Интернет	бранные, «детские» термины	удивление, потрясение, отращение, др.
о различиях полов				
о беременности				
о родах				
о роли отца в деторождении				
о менструациях				
о поллюциях				
о половом акте				
о разнообразных видах секса				
о сексуальных меньшинствах				
о контрацепции				
о заболеваниях, передающихся половым путем, и СПИДе				

Сокращенная анкета для определения тревоги и депрессии
(заполняется врачом)

Т. (Тревога)

1.	Чувствуете ли Вы себя взвинченным и возбужденным?
2.	Не испытываете ли Вы излишнего беспокойства?
3.	Легко ли Вы раздражаетесь?
4.	Трудно ли Вам расслабиться?
Если пациент положительно ответил на 2 и более из перечисленных вопросов, следует продолжить тестирование.	
5.	Плохой ли у Вас сон?
6.	Испытываете ли Вы головные боли (или боли в шее, или чувство сдавливания в голове)?
7.	Наблюдаются ли у Вас следующие симптомы: головокружение, дрожь, потливость, понос, частое мочеиспускание, покалывание в области языка и т. д. (вегетативные проявления тревоги)?
8.	Обеспокоены ли Вы состоянием здоровья?
9.	Трудно ли Вам заснуть?

Д. (Депрессия)

1.	Ощущаете ли Вы утрату энергичности?
2.	Испытываете ли Вы чувство безразличия к окружающему миру?
3.	Испытываете ли Вы неуверенность в себе?
4.	Ощущаете ли Вы собственную беспомощность?
Если пациент положительно ответил хотя бы на 1 из перечисленных вопросов, следует продолжить тестирование.	
5.	Испытываете ли вы трудности при концентрации внимания?
6.	Есть ли у вас потеря веса (вследствие плохого аппетита)?
7.	Бывают ли у вас ранние пробуждения?
8.	Ощущаете ли вы собственную заторможенность?
9.	Чувствуете ли вы себя хуже по утрам?

Оценка врача	За каждый положительный ответ дается 1 балл
Т – шкала – 5 баллов – вероятно, предположить состояние патологической тревоги	
Д – шкала – 3 балла – состояние депрессии	
При большем числе этих показателей вероятность наличия рассматриваемых расстройств резко возрастает.	

Шкала оценки риска суицида

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской, 0 – женский
Возраст	1 – 19 лет или 45
Депрессия и тревога	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Необычное высказывание, странности в поведении	1 – шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально легален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдова, обделен, проживает в одиночестве

Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая
---------	---

Руководство к действию

Общий балл	Предполагаемое действие
0 – 2	Периодическое наблюдение
3 – 4	Пристальное наблюдение, психотерапевтическая помощь
5 – 6	Рекомендовать госпитализацию в психиатрический стационар, если нет уверенности в качественном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, достаточно медперсонала)
7 – 10	Госпитализация (в том числе принудительная) в психиатрический стационар

Диагностика и лечение сифилиса у ЛЖВ

- Недостаточность клеточного и гуморального иммунитета может изменять естественное течение сифилиса у ВИЧ-инфицированных пациентов.
- Диагностика и лечение сифилиса у ЛЖВ может иметь свои особенности, которые обусловлены быстрым клиническим течением с необычными проявлениями, включая повышенный риск нейросифилиса и высокую частоту случаев неэффективного лечения.
- Лечение ранних форм сифилиса рекомендуется проводить у ЛЖВ так же, как у других пациентов. Если возможно, исследуют спинномозговую жидкость и при необходимости назначают более интенсивное лечение, независимо от клинической стадии сифилиса.
- Клиническая и серологическая оценка ВИЧ-инфицированных пациентов с сифилисом должна проводиться через 3, 6, 9, 12 и 24 месяца после лечения.
- При неэффективности терапии соответствующий курс лечения повторяют.

**Лечение кандидозного вульвовагинита
у женщин, живущих с ВИЧ**

Полемика относительно более широкого распространения КВВ (особенно рецидивирующего) у женщин, живущих с ВИЧ, по сравнению с контрольной группой женщин без ВИЧ-инфекции, продолжается. Следовательно, предлагать пройти тестирование на ВИЧ женщинам, страдающим рецидивирующим КВВ, нецелесообразно.

У женщин, живущих с ВИЧ, кандидоз часто поражает несколько анатомических областей, в том числе вульву и влагалище. Заболевание в большинстве случаев характеризуется тяжелым рецидивирующим течением.

Спектр микроорганизмов при КВВ у инфицированных и не инфицированных ВИЧ женщин одинаков. Лечение включает местное применение производных имидазола (миконазол, клотримазол, эконазол, бутконазол, терконазол и др.) или нистатина. Производные имидазола эффективнее нистатина и требуют менее продолжительного курса лечения.

Принципы лечения КВВ у инфицированных и не инфицированных ВИЧ женщин одинаковы (см. табл.). Женщины, живущие с ВИЧ, могут нуждаться в повторных курсах лечения. Рекомендуется ограничить или исключить предрасполагающие факторы (антимикробная терапия, местное применение антисептиков или антибиотиков, спринцевания). Полезно одновременное системное и местное лечение кандидоза прямой кишки и влагалища для предупреждения рецидивов. Хотя лечение половых партнеров не рекомендуется, его следует рассмотреть, если у женщины рецидивирующий КВВ.

Таблица – Лечение кандидозного вульвовагинита у женщин, живущих с ВИЧ

Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Способ применения	Продолжительность лечения
Препараты первого ряда				
Флуконазол	100 - 150 мг	Однократно	Внутрь	Однократно
Клотримазол	500 мг	Однократно	Интравагинально	Однократно
Препараты второго ряда				
Кетоконазол	200 мг	2 раза в сутки	Внутрь	3 суток
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	7 суток
Поддерживающее лечение рецидивирующего кандидоза				
Нистатин	250000 ед. или 500000 ед.	2 раза в сутки	Внутрь	10 суток
<i>или</i>				
Флуконазол	50–200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	10 суток
Препараты третьего ряда				
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	Внутрь	В зависимости от ответа на лечение, в среднем 7–10 суток
Итраконазол	100 мг	1 раз в сутки	Внутрь	В зависимости от ответа на лечение, в среднем 7–10 суток

Лечение бактериального вагиноза у женщин, живущих с ВИЧ

Бактериальный вагиноз (БВ) – клинический синдром, характеризующийся замещением нормальной микрофлоры влагалища (представленной продуцирующими перекись водорода *Lactobacillus spp.*) анаэробными бактериями (в т. ч. *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*). Для подтверждения связи между изменением микрофлоры влагалища и заражением ВИЧ-инфекцией необходимы дополнительные исследования.

Лечение половых партнеров не дает положительного эффекта.

Рекомендуется ограничить или исключить действие предрасполагающих факторов (:влагалищное применение антисептиков, антимикробных средств, спринцевания).

Рекомендуемые схемы лечения БВ:

- метронидазол – 400 или 500 мг внутрь 2 раза в сутки, 7 дней.
- метронидазол 2 г внутрь однократно;
- метронидазол (0,75% гель) – 5 г вагинально 2 раза в сутки 5 дней;
- клиндамицин (2% крем) – 5 г вагинально на ночь в течение 7 дней;
- клиндамицин – 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.
- Вагинальные свечи, содержащие хлоргексидин, – 2 свечи на ночь, затем по 1 свече 2 раза в сутки 5 дней.

Пациенток, принимающих метронидазол orally, необходимо предупредить, что на протяжении всего лечения и в течение 24 часов после приема последней дозы препарата нельзя употреблять алкоголь.

Методы скрининга для выявления рака шейки матки

1. Классический метод скрининга для выявления рака шейки матки – цитологическое исследование мазков с шейки матки. Частота ложноотрицательных результатов при однократном исследовании составляет 10 – 25%. Регулярное проведение исследования значительно повышает точность результатов. Контролируемые клинические испытания не выявили снижения чувствительности и специфичности цитологического исследования у ВИЧ-инфицированных женщин. Для использования цитологического исследования мазков в качестве метода цитологического скрининга необходимо наличие соответствующей инфраструктуры в медицинских учреждениях всех уровней. Для классификации результатов исследования, как у инфицированных, так и у не инфицированных ВИЧ женщин, рекомендуется использовать систему Бетезда (Bethesda System).

2. К альтернативным методам скрининга относится визуальное обследование шейки матки методом расширенной кольпоскопии (после обработки 3% раствором уксусной кислоты и 5% водным раствором люголя), позволяющее отличить нормальные участки от пораженных, с прицельным цитологическим исследованием.

3. Новые методики цервикального скрининга с использованием жидкостной цитологии позволяют повысить чувствительность, хотя и за счет более высокой стоимости, и дают возможность прямого определения ДНК ВПЧ. Преимущества использования этого теста у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, не оценивались.

4. Исследование ВПЧ для выявления типов ВПЧ высокого онкогенного риска (исследование ДНК) позволяет определить или исключить наличие онкогенных типов и рекомендуется при пограничных результатах исследования (наличие АПНЗ или клеток, не позволяющих исключить плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести).

Бланк «Согласие на лечение»

Я ___(ФИО)_____ проинформирован(а) врачом о правах и обязанностях пациента в соответствии со ст. 5, 6, 29 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». Согласно ст. 30 того же закона по моей воле в доступной форме я получил(а) имеющуюся информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования; наличии заболевания; диагнозе заболевания; прогнозе заболевания; методах обследования и лечения и риске с ними связанном; необходимости лечения, его последствиях и возможных осложнениях. Изменения плана обследования и лечения, а также их результаты будут сообщаться мне дополнительно. На основании полученной информации я даю **информированное добровольное согласие на лечение** у врача. Я информирован(а) врачом, что назначаемые им лекарственные средства предназначены **исключительно для моего личного использования**.

(Дата)

(Подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	2
I. Общие сведения	2
II. Принципы охраны репродуктивного и сексуального здоровья ЛЖВ	3
1. Общие принципы	3
2. ВИЧ-инфекция: принципы тестирования и консультирования	3
3. Консультирование для ЛЖВ	4
III. Сексуальное здоровье ЛЖВ	4
1. Сексуальный анамнез	5
2. Сексуальное благополучие	5
2.1. Сексуальные расстройства у женщин	5
2.2. Сексуальные расстройства у мужчин	6
2.3. Взаимодействие препаратов для лечения эректильной дисфункции и АРВ-препаратов	6
2.4. Употребление психоактивных веществ	9
2.5. Психическое здоровье	10
3. ИППП и другие инфекции репродуктивного тракта	12
3.1. Уведомление половых партнеров	14
3.2. Взаимодействие препаратов для лечения ИППП/других инфекций репродуктивного тракта и АРВ-препаратов	15
4. Гендерное и сексуальное насилие	17
5. Влияние инвалидизации и хронических заболеваний на сексуальное здоровье	18
V. Контрацепция	19
1. Предварительное консультирование	19
2. Медицинские критерии приемлемости контрацептивов для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом	20
3. Основные методы контрацепции	20
3.1. Барьерные методы и спермициды	20
3.1.1. Двойная защита	20
3.1.2. Мужские латексные презервативы	20
3.1.3. Спермициды	21
3.2. Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК).....	21
3.3. Чисто прогестинные контрацептивы (ЧПК)	23
3.4. Комбинированные контрацептивы в виде пластырей и влагалищных колец	23
3.5. Внутриматочные контрацептивы (ВМК)	24
3.6. Экстренная контрацепция	25
3.6.1. Схемы экстренной контрацепции с использованием мини-пили	25
3.6.2. Применение ВМК для экстренной контрацепции	26
3.6.3. Мифепристон	26
3.7. Хирургическая стерилизация	26
3.8. Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт	26
3.9. Метод лактационной аменореи	26
4. Контрацепция для женщин, получающих АРТ	26
4.1. Взаимодействие АРВ-препаратов и стероидов, входящих в состав гормональных контрацептивов	27
4.2. Взаимодействие АРВ-препаратов и ВМК	28

4.3. Тератогенность эфавиренза	28
4.4. Приверженность контрацепции и лечению ВИЧ/СПИДа	28
5. Контрацепция для женщин, принимающих одновременно АРВ- и противотуберкулезные препараты	29
6. Рекомендации по контрацепции для наиболее уязвимых групп	29
6.1. Работники коммерческого секса (мужчины и женщины)	29
6.2. Мужчины, практикующие секс с мужчинами	29
6.3. Потребители инъекционных наркотиков	29
7. Рекомендации по выбору метода контрацепции	29
V. Безопасное прерывание беременности	30
1. Консультирование по поводу прерывания беременности	30
2. Методы прерывания беременности (хирургические и медикаментозные)	31
3. Помощь и методы планирования семьи после искусственного аборта	31
4. Рекомендации	32
VI. Естественное или искусственное оплодотворение	32
1. Консультирование по репродуктивному здоровью для пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ	32
2. Фертильность	32
3. Продолжительность и исход беременности	33
4. Консультирование до зачатия	33
5. Снижение риска передачи ВИЧ половым путем во время зачатия	33
5.1. Отмывание сперматозоидов и определение ВИЧ в сперме	34
6. Вспомогательные репродуктивные технологии при ВИЧ-инфекции	34
6.1. Фертильные пары	34
6.2. Бесплодные пары	34
VII. Цервикальные интраэпителиальные поражения и рак шейки матки	34
1. Первичная и последующая оценка	34
2. Общие принципы ведения пациенток с ЦИН	35
3. Лечение цервикальных интраэпителиальных поражений	35
4. Лечение инвазивного рака	36
VIII. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях	36
Сокращения	37
Приложение 1. Темы и вопросы, предлагаемые для сбора сексуального анамнеза	38
Приложение 2. Сексуальное здоровье (женщины)	42
Приложение 3. Сексуальное здоровье (мужчины).....	44
Приложение 4. Оценка осведомленности в вопросах сексуальности	46
Приложение 5. Сокращенная анкета для определения тревоги и депрессии	48
Приложение 6. Диагностика и лечение сифилиса у ЛЖВ	50
Приложение 7. Лечение кандидозного вульвовагинита у женщин, живущих с ВИЧ	51
Приложение 8. Лечение бактериального вагиноза у женщин, живущих с ВИЧ.....	52
Приложение 9. Методы скрининга для выявления рака шейки матки	53
Приложение 10. Бланк «Согласие на лечение»	54