МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
АССОЦИАЦИЯ ГРУПП СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ И СЕМЕЙНЫХ МЕДСЕСТЕР
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПОДДЕРЖКА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

клинический протокол

для всех уровней организаций здравоохранения

БИШКЕК-2014

Национальный клинический протокол «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» для всех уровней организаций здравоохранения утвержден Приказом МЗ КР № ___ от _____ 2014 г.

Цель разработки клинического протокола

Целевые группы пользователей
Медицинские работники всех уровней организаций здравоохранения

Рабочая группа по разработке протокола:
Акматова Б.А. – и.о. доцентаКГМИПиПК, к.м.н.
Болоцких И.В. – ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК
Максутова Э.М. – заведующая консультацией «Брак и семья» НЦОМиД, к.м.н.
Султанова А.Б.- специалист по ведению ВИЧ/СПИД, эксперт АГСВ и МС КР
Иманалиева Д.Дж. – ЖК КР

Внутренние эксперты:

Внешние эксперты:

Выражаем благодарность координатору по ВИЧ/ИППП/малярии ВОЗ в КР Карымбаевой Салие и консультанту по ВИЧ ЮНИСЕФ Исмаиловой Айгуль за техническую поддержку .

Методологическая и экспертная поддержка:
Барыктабасова Б.К. – консультант Министерства здравоохранения по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов, к.м.н

Все члены рабочей группы и привлеченные эксперты заявили об отсутствии конфликта интересов.

Дата пересмотра - 2018 год или по мере появления новых рекомендаций

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию, используемой при лечении людей, живущих с ВИЧ/СПИД

СОДЕРЖАНИЕ

Введение
Список сокращений
1. Инфекции, передаваемые половым путем, и инфекции репродуктивноо тракта
1.1. Введение
1.2. Ведение сифилиса у ЛЖВ
1.3. Ведение генитального герпеса
1.4. Ведение вульвовагинального кандидоза (ВВК) у женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией
1.5. Ведение бактериальных вагинозов (БВ) у женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией
1.6. Ведение уретрального синдрома у мужчин
1.7. Ведение синдрома вагинальных выделений у женщин
1.8. Ведение синдрома генитальной язвы
1.9. Ведение паховой гранулемы
1.10. Ведние отека мошонки
1.11. Ведение боли внизу живота у женщин
1.12. Ведение аноректальных инфекций
1.13. Уведомление и направление партнера
2. Контрацепция у ВИЧ-конкордантных и дискордантных пар
2.1. Барьерные методы и спермициды
2.2. Гормональные контрацептивы
2.3. Контрацептивы прогестинового ряда
2.4. Внутриматочные контрацептивы
2.5. Хирургическая стерилизация мужчин и женщин
2.6. Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт
2.7. Экстренная контрацепция
2.8. Взаимодействие АРВ-препаратов и стероидов, входящих в состав гормональных контрацептивов
2.9. Контрацепция для женщин, принимающих одновременно АРВ- и противотуберкулезные препараты
3. Естественное или искусственное оплодотворение
3.1. Консультирование по репродуктивному здоровью для пар, в которых один или оба партнера инфицированы ВИЧ
3.2. Фертильность
3.3. Консультирование до зачатия
3.4. Снижение риска передачи ВИЧ половым путем во время зачатия
3.5. Вспомогательные репродуктивные технологии при ВИЧ-инфекции
4. Цервикальные интраэпителиальные поражения и рак шейки матки
4.1. Первичная и последующая оценка
4.2. Общие принципы ведения пациенток с ЦИН
4.3. Лечение цервикальных интраэпителиальных поражений
4.4. Лечение инвазивного рака
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Взаимодействие препаратов для лечения ИППП/ИРТ и АРВ-препаратов
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Сбор сексуального анамнеза
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Исследование при помощи Пап-теста
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Цитологический мазок (Пап-тест). Информация для пациента

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Информированное согласие на проведение скрининга рака шейки матки

ПРИЛОЖЕНИЕ Доказательства в поддержку эффективных стратегий

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПНЗ	атипичные клетки плоского эпителия неопределенной значимости
АРВ-препараты	антиретровирусные препараты
АТНК	амплификационный тест на нуклеиновые кислоты
ВТО	воспаление тазовых органов
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ГК	гормональная контрацепция
ЕИК	ежемесячные инъекционные контрацептивы
ИП	ингибиторы протеазы
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИРТ	инфекции репродуктивного тракта
ИФА	иммуноферментный анализ
КИК	комбинированные инъекционные контрацептивы
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
КПР	контрацептивы прогестинового ряда
ЛГВ	лимфогранулема венерическая
ЛНГ-ВМС	левоноргестрел-содержащие внутриматочные средства
ЛПРД	лечение партнера путем доставки
ЛУИН	лица употребляющие инъекционные наркотики
МЛА	метод лактационной аменореи
МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
МОПАПД	медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия
ННИОТ	ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
НЭЭ	норэтистерона энантат
Пап-мазок	окрашенный по Папаниколау мазок с шейки матки для цитологического исследования
СМЖ	спинно-мозговая жидкость
СРЗ	сексуальное и репродуктивное здоровье
УТП	ускоренная терапия партнера
ЦИН	цервикальная интраэпителиальная неоплазия
ЧПИК	чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы
Cu-ВМК (Cu-ВМС)	медь-содержащий контрацептив (средство)
LEEP	петлевая электроэксцизия
RPR (VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test)	тест определения быстрых плазменных реагинов

ВВЕДЕНИЕ

Широкое применение 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 (СРЗ) ЛЖВ необходим для того, чтобы:

- убедить ЛЖВ, что они могут вести нормальную половую жизнь;
- гарантировать, что эффективное лечение ВИЧ-инфекции обеспечит им возможность вести здоровую и полноценную половую жизнь;
- эффективно решать другие проблемы СРЗ.

Протокол разработан для того, чтобы помочь медицинским специалистам в обсуждении вопросов СРЗ при консультировании ЛЖВ (независимо от того, получают они АРТ или нет).

1. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ИНФЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА

1.1. Введение

В этом разделе даются рекомендации для лечения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и рекомендации по лечению инфекций репродуктивного тракта (ИРТ).

В целом, лечение среди ЛЖВ инфекций половых путей и не связанных с ВИЧ ИППП аналогично лечению всех других пациентов. Однако, следует иметь в виду, что клиническая картина ИППП может меняться в зависимости от стадии заболевания ВИЧ, могут потребоваться более длительные курсы лечения, также возможно лекарственное взаимодействие с АРВ-препаратами. Поэтому необходимо усиленное наблюдение в связи с быстрым развитием и частыми рецидивами инфекции у ЛЖВ (*CONSOLIDATED GUIDELINES on the use of antiret roviral drags for treating and preventing HIV infection, recommendations for a public health approach June 2013*).

Среди ВИЧ-инфицированных женщин встречаются чаще и в более тяжелой форме воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), кандидозный вульвовагинит и вирус папилломы человека (ВПЧ), который вызывает дисплазию шейки матки и цервикальную интраэпителиальную неоплазию (ЦИН).

Среди МСМ чаще возникают ректальные хламидийные инфекции, сифилис, гонорея, вирус простого герпеса (ВПГ), лимфогранулема венерическая (ЛГВ), анальная дисплазия и генитальный герпес, независимо от ВИЧ-статуса. Кроме того, анальный рак в значительной степени связан с ВПЧ-инфекцией и значительно чаще возникает среди МСМ, которые являются ВИЧ-инфицированными.

Лечение ИППП и ИРТ у лиц, живущих с ВИЧ, не отличается от лечения ИППП и ИРТ у лиц без ВИЧ-инфекции.

Комплексное ведение ИППП и ИРТ должно включать следующее:

- Сбор медицинского и сексуального анамнеза (приложение 1);
- Получение письменного информированного согласия на проведение тестирования;
- Проведение физикального осмотра;
- Тестирование на ИППП и ИРТ;
- Проведение профилактических мер (вакцинация от гепатита В);
- Соответствующее лечение пациентов с учетом потенциального взаимодействия с АРВ-препаратами;
- Комплексное лечение партнеров с ИППП, включая проверку на ВИЧ-инфекцию;
- Консультирование по снижению риска и, при необходимости, направление в ОЗ;
- Назначение последующих посещений.

1.1. Сифилис у ЛЖВ

1.1.1. Клиника.

Клиника сифилиса при ВИЧ-инфицировании протекает, в основном, классически (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.). Однако, на фоне угнетения клеточного и гуморального иммунитета у ЛЖВ классическое течение сифилиса может изменяться.

Возможно:

- быстрое прогрессирование заболевания;
- повышение риска развития висцерального и нейросифилиса – ни одна из схем лечения не является эффективной в предотвращении развития нейросифилиса;
- неэффективность проведения одного курса противосифилитического лечения, поэтому необходимо назначение дополнительного лечения;
- появление тяжёлых атипичных форм, по клиническим признакам, напоминающим другие заболевания:
  - пиодермии;
  - микозы;
  - кератодермии ладоней и подошв;
  - псориаз;
  - гранулёз Вегенера;
  - болезнь Крона;
  - лимфаденопатический симптомокомплекс.

1.1.2. Диагностика (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.).

- Для большинства ВИЧ-инфицированных лиц, серологические тесты для диагностики сифилиса и для последующего мониторинга за реакцией пациента на лечение являются точными и надежными.
- Тем не менее, у ВИЧ-инфицированных лиц могут произойти атипичные серологические результаты тестов на сифилис, таких как необычно высокие или необычно низкие колебания титров. При серологических тестах, не соответствующих клиническим симптомам, указывающим на ранний сифилис, необходимо рассмотреть использование других тестов, таких как биопсия и микроскопия в темном поле.
- Большинство случаев было связано с серологическими титрами, которые были выше, чем ожидалось, также наблюдались ложно-отрицательные результаты серологических тестов и задержка появления серо-реактивности. Несмотря на это, как трепонемные, так и нетрепонемные серологические тесты на сифилис, могут быть интерпретированы в обычном порядке для большинства пациентов, инфицированных одновременно *T.Pallidum* и ВИЧ.

1.1.3. Лечение (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.)

Лечение сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией проводится согласно существующим схемам лечения в зависимости от стадии заболевания. Назначение дополнительного курса лечения проводится по показаниям.

- Большинство ВИЧ-инфицированных лиц надлежащим образом реагирует на стандартный бициллин при первичном и вторичном сифилисе.
- По сравнению с ВИЧ-негативными пациентами, ВИЧ-инфицированные пациенты с ранним сифилисом могут иметь повышенный риск неврологических осложнений и более часто серологические показатели неудачного лечения. Очень важно последующее наблюдение после терапии.
- Аномалии в СМЖ (например, одноядерный плеоцитоз и повышение уровня белка) являются общими у ВИЧ-инфицированных лиц, даже у тех, у кого нет неврологических симптомов, хотя клиническое и прогностическое значение таких аномалий СМЖ с первичным и вторичным сифилисом неизвестно. Несколько исследований показало, что среди лиц, инфицированных ВИЧ и сифилисом,

клинические аномалии и аномалии СМЖ сочетаются с нейросифилисом и связаны с числом лимфоцитов CD4 ≤ 350 клеток/мл и/или RPR-титром -1:32; однако, если неврологические симптомы отсутствуют, то анализ СМЖ в этой ситуации не связан с улучшением клинического исхода.

- Применение антиретровирусной терапии в соответствии с действующими требованиями, может улучшить клинические исходы у ВИЧ-инфицированных лиц с сифилисом.
- Все ВИЧ-инфицированные лица с сифилисом и неврологическими симптомами должны пройти немедленное обследование СМЖ. Некоторые исследования показали, что клинические аномалии и аномалии СМЖ сочетаются с нейросифилисом чаще всего у ВИЧ-инфицированных лиц, у которых был диагностирован сифилис при том, что число лимфоцитов CD4 составляет 350 клеток/мл, и/или RPR-титр составляет ≥1:32. Однако, если неврологические симптомы отсутствуют, то анализ СМЖ в этой ситуации не связан с улучшением клинического исхода.

1.1.4. Последующее наблюдение

- ВИЧ-инфицированные лица должны пройти клинический осмотр и серологический анализ для оценки эффективности лечения через 3, 6, 9, 12 и 24 месяца после лечения.
- ВИЧ-инфицированные лица, которые отвечают критериям неэффективности лечения сифилиса (при сохранении или повторении признаков или симптомов), или лица, которые имеют устойчивое четырехкратное увеличение титра на нетрепонемный тест, должны пройти исследование СМЖ и повторное лечение. Анализ СМЖ и повторное лечение также настоятельно рекомендуется для лиц, чьи титры на нетрепонемный тест не уменьшаются в четыре раза в течение 6-12 месяцев терапии. Если СМЖ в норме, то лечение бициллином G рекомендуется проводить в виде 2,4 млн. единиц, в/м, с недельным интервалом в течение 3 недель.
- Пациенты с нейросифилисом должны быть обследованы клинически и серологически через 6, 12, 18 и 24 месяцев после лечения. Если, вдруг развиваются клинические симптомы, или нетрепонемный титр увеличивается в четыре раза, то необходимо провести анализ СМЖ и соответствующее лечение. Если в течение 12 - 24 месяцев нетрепонемный титр не уменьшается в четыре раза, то надо провести анализ СМЖ и соответствующее лечение.
- Если плеоцитоз присутствовал изначально, то анализ СМЖ следует повторять каждые 6 месяцев до тех пор, пока количество клеток не придет в норму. Последующий анализ СМЖ также можно использовать для оценки эффективности терапии. Немногочисленные данные свидетельствуют о том, что изменения в параметрах СМЖ могут осуществляться более медленными темпами у ВИЧ-инфицированных пациентов, особенно с более выраженной иммуносупрессией. Если количество клеток не уменьшилось после 6 месяцев или если СМЖ не пришла в норму после 2 лет, то необходимо назначить повторное лечение.

1.2. Генитальный герпес у ЛЖВ

У пациентов с ослабленным иммунитетом могут возникнуть длительные или тяжелые эпизоды генитального, перианального или орального герпеса.

Повреждения, вызванные ВПГ (вирус простого герпеса), распространены среди ВИЧ-инфицированных пациентов и могут оказаться тяжелыми, болезненными и нетипичными.

1.2.1. Клиника

- Клинически генитальный герпес проявляется множественными, резко болезненными, сгруппированными пузырьками, диаметром от 1-3 мм, расположенными на воспаленной, отёчной коже и слизистых, при вскрытии которых образуются эрозии, покрытые серозными корочками.
- Перед появлением видимых высыпаний на гениталиях, пациенты могут испытывать продромальную симптоматику, например, зуд или боль.
- Другие симптомы могут включать дизурию, повышение температуры, головную боль. Однако у некоторых пациентов инфекция может протекать в легкой форме, иметь субклиническое или бессимптомное течение. Рецидивы обычно бывают менее клинически выраженными, с более слабым болевым синдромом и меньшим количеством высыпаний, или протекают вообще без явной симптоматики.
- В то время как антиретровирусная терапия снижает тяжесть и частоту симптоматического генитального герпеса, зачастую все еще имеют место субклинические высыпания.
- Клинические проявления генитального герпеса могут ухудшиться во время восстановления иммунитета после начала антиретровирусной терапии.

1.2.2. Диагностика

- Амплификационный тест на нуклеиновые кислоты (АТНК). Тест проводится на материале, полученном из пораженного места.
- Серологический тест на специфичные антитела к герпесу. Для теста на антитела берется кровь из вены.
- Можно предложить типоспецифическую серологию для ВПГ у ВИЧ-инфицированных лиц во время проведения первоначальной оценки, если статус инфекции неизвестен.

1.2.3. Лечение

- Подавляющая или эпизодическая терапия с применением оральных противовирусных средств является эффективной для уменьшения клинических проявлений ВПГ среди ВИЧ-инфицированных лиц.
- Рекомендуемые схемы лечения для ежедневной подавляющей терапии для лиц с ВИЧ:
  - ацикловир, 400–800 мг орально, 2-3 раза в день, ИЛИ
  - фамцикловир, 500 мг орально, 2 раза в день, ИЛИ
  - валацикловир, 500 мг орально, 2 раза в неделю.
- Рекомендуемые схемы лечения для эпизодических инфекций у лиц с ВИЧ:
  - ацикловир,400 мг орально, 3 раза в день в течение 5–10 дней ИЛИ
  - фамцикловир,500 мг орально, 2 раза в день в течение 5–10 дней ИЛИ
  - валацикловир, 1 г орально, два раза в день, в течение 5–10 дней.
- Ацикловир, валацикловир и фамцикловир являются безопасными для использования у пациентов с иммунодефицитом в дозах, рекомендованных для лечения генитального герпеса. Для тяжелого течения ВПГ может понадобиться начальная терапия ацикловиром 5 -10 мг/кг, внутривенно каждые 8 часов.

- Если герпетические поражения сохраняются или вновь возникают в то время, когда пациент получает противовирусное лечение, то следует подозревать устойчивость ВПГ к лечению **(после оценки приверженности лечению)**. В таком случае нужно получить вирусный изолят для теста на чувствительность. Все ацикловир-резистентные штаммы являются устойчивыми к валацикловиру, и большинство из них - устойчивы к фамцикловиру.
- Для лечения генитального герпеса, устойчивого к ацикловиру, зачастую эффективным оказывается:
  - фоскарнет, 40 мг/кг, внутривенно каждые 8 часов до клинического разрешения;
  - цидофовир, 5 мг/кг, внутривенно один раз в неделю;
  - имиквимод, крем 5%, для местного применения на повреждения один раз в день в течение 5 дней;
  - цидофовир, гель 1%, для местного применения на повреждения один раз в день в течение 5 дней.

1.3. Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) у женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Колонии грибов рода Candida встречаются у ВИЧ-инфицированных женщин чаще, чем среди женщин с серонегативной реакцией. С увеличением силы иммунносупрессии увеличивается степень колонизации.

1.3.1. Клиника.

- У женщин с ВИЧ кандидоз часто поражает не только оро-фарингеальную область, но и вульву, влагалище. Клиника кандидоза выражена тяжелее, с частыми рецидивами.
- Проявляется белыми творожистыми выделениями из половых путей, зудом и жжением в области вульвы и влагалища.

1.3.2. Диагностика

- Микроскопия мазка с окраской по Граму
- «Влажный» (нативный) мазок

1.3.3. Лечение

- Терапия ВВК у ВИЧ-инфицированных женщин не отличается от таковой для серонегативных женщин, однако им может потребоваться повторный курс лечения.
- Лечение включает местное применение имидазолов широкого спектра действия (клотримазол, миконазол, эконазол, бутоконазол, терконазолит и т.д.) или нистатина (менее эффективный):
  - клотримазол, вагинальные суппозитории, 200 мг интравагинально на ночь в течение 3 дней, ИЛИ
  - клотримазол в виде вагинальных суппозиториев, 500 мг на ночь, разовая доза, ИЛИ
  - клотримазол, 10% вагинальный крем, 5 г в виде однократной дозы в ночное время, ИЛИ
  - флуконазол, 150 мг перорально, в виде однократной дозы.

  Альтернативное лечение:
  - нистатин 100,000 МЕ, интравагинально, один раз в день, в течение 14 дней.
- Рекомендуется избегать предрасполагающих факторов, таких как использование антибиотиков, а также применение антисептиков/антибиотиков в качестве вагинальных препаратов или спринцеваний влагалища.

- Для предупреждения рецидивов эффективно одновременное лечение ректальных поражений таблетированными формами нистатина или флуконазолом.
- Хотя лечение половых партнеров не предусмотрено, можно рассмотреть эту возможность для женщин, которые имеют рецидивирующие инфекции.

1.4. **Бактериальный вагиноз (БВ) у женщин, живущих с ВИЧ.**

БВ является полимикробным клиническим синдромом, характеризующимся заменой нормальной микрофлоры влагалища (лактобактерии) высокой концентрацией анаэробных бактерий (например, *Prevotella Sp. Mobiluncus* и *Sp.), Peptostreptococci, G. vaginalis, Ureaplasma, Mycoplasma*.

Бактериальный вагиноз связан с наличием нескольких половых партнеров, нового полового партнера, спринцеваниями и уменьшением/отсутствием вагинальных лактобацилл; однако БВ может быть также и у женщин, не живущих половой жизнью.

Причины микробных изменений, которые характерны для БВ, до конца не изучены. Тем не менее, женщины с БВ подвержены повышенному риску инфицирования некоторыми венерическими заболеваниями (например, ВИЧ, гонорея, хламидийная инфекция и ВПГ II типа), осложнений после гинекологических операций и во время беременности, а также рецидивов БВ.

1.5.1. Клиника

- БВ вызывает патологические выделения из влагалища с неприятным запахом, однако, у большей части женщин заболевание протекает бессимптомно.
- У ВИЧ-инфицированных женщин рецидивы БВ возникают чаще.

1.5.2. Диагностика

- БВ можно диагностировать на основании наличия трех симптомов или признаков из ниже перечисленных:
  - однородные, жидкие, белые выделения, покрывающие стенки влагалища;
  - наличие «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании окрашенного или нативного мазка;
  - pH жидкой среды влагалища >4.5 (определяется тест-полосками);
  - неприятный рыбный запах выделений из влагалища, появляющийся или усиливающийся после добавления 10% КОН (положительный «аминный» тест).

Обнаружение этих трех признаков коррелирует с результатами по Граму.

1.5.3. Лечение

- Пациенты, которые имеют БВ и инфицированы ВИЧ, должны получать лечение по такой же схеме, как и пациенты без ВИЧ.
- Лечение полового партнера не способствует предотвращению рецидивов БВ.
- Рекомендуемые схемы лечения
  - метронидазол, 500 мг внутрь, два раза в день в течение 7 дней, ИЛИ
  - метронидазол, гель 0,75%, один полный аппликатор (5 г) интравагинально, один раз в день, в течение 5 дней, ИЛИ
  - клиндамицин, крем 2%, один полный аппликатор (5 г) интравагинально на ночь, в течение 7 дней.
- Альтернативные схемы лечения
  - метронидазол 2 г, перорально, один раз в день, в течение 2 дней, ИЛИ
  - клиндамицин 300 мг, перорально два раза в день, в течение 7 дней, ИЛИ
  - клиндамицин 100 мг, интравагинально, один раз перед сном, в течение 3 дней.

- При приеме метронидазола следует избегать употребления алкоголя во время лечения и в течение 24 часов после лечения.
- В течение 5 дней после использования клиндамицина на масляной основе нельзя применять латексные презервативы и диафрагмы, т.к. идет процесс их разрушения.
- Женщинам следует рекомендовать или воздержание от половых сношений или правильное использование презервативов во время лечения.
- Спринцевание может увеличить риск развития рецидива. Использование спринцеваний для лечения или облегчения симптомов не рекомендуется.

1.5.4. Последующее наблюдение

- Поскольку рецидивы БВ являются обычным явлением, женщинам следует рекомендовать прийти на повторный осмотр. Повторное лечение по уже использовавшейся схеме является приемлемым вариантом лечения рецидивирующего БВ на ранних стадиях инфекции.
- Для женщин с многочисленными рецидивами после завершения рекомендованной схемы лечения, назначение геля метронидазола два раза в неделю в течение 4-6 месяцев доказало снижение рецидивов, хотя этот эффект может не сохраниться, если прекратить подавляющую терапию.
- Альтернативным лечением является ежемесячный пероральный прием метронидазола одновременно с флуконазолом.
- Если симптомы исчезли, необходимости в последующих визитах нет.

1.6. Синдром уретральных выделений у мужчин

Обычными патогенными возбудителями, вызывающими выделения из мочеиспускательного канала, являются гонорейная *(Neisseria gonorrhoeae)* и хламидийная инфекции *(Chlamydia trachomatis*).

При применении синдромного подхода пациентов с выделениями из уретры необходимо одновременно лечить от этих двух инфекций.

Уретральные выделения у мужчин могут вызывать также трихомонады (*Trichomonas vaginalis)* и микоплазмы (*Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum*).

1.6.1. Клиника гонореи и хламидиоза (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.).

- Мужчины с ВИЧ-инфекцией и с жалобами на выделения из уретры и/или дизурию должны обследоваться на наличие выделений.
- Если при осмотре выделений не обнаружено, то рекомендуется провести массаж уретры.

1.6.2.Диагностика гонореи и хламидиоза (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.).

1.6.3. Рекомендуемое синдромное лечение

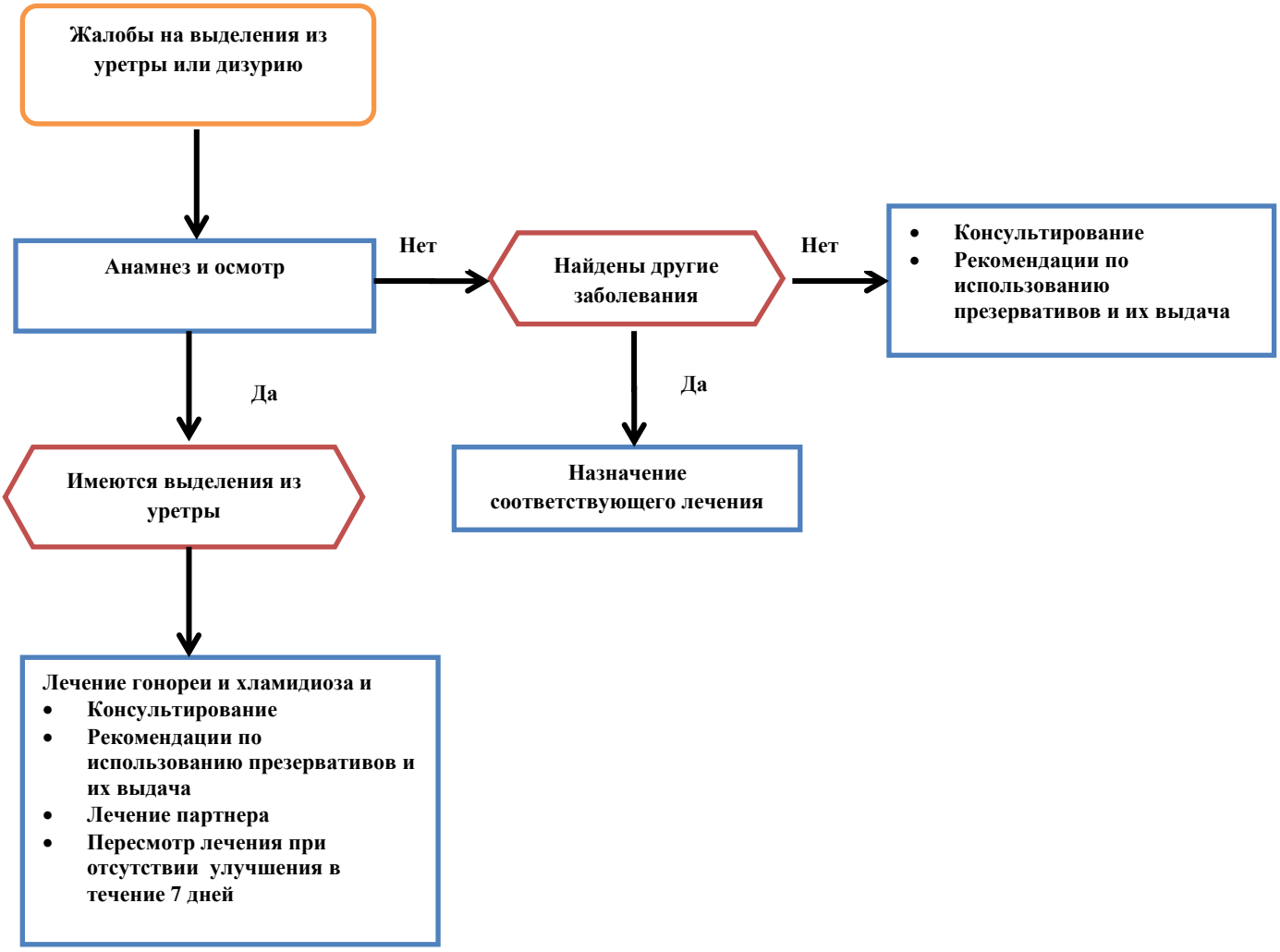
- Лечение неосложненной гонореи (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.). плюс

- Лечение хламидиоза (см. «Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.12 г.).

- Пациентам нужно рекомендовать прийти на повторный прием, если симптомы не проходят через 7 дней после начала лечения.

В нижеприведенной блок-схеме обобщены рекомендации для мужчин с симптомами / признаками уретральных выделений или дизурией.

Блок–схема ведения мужчин с уретральным синдромом или дизурией



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
Всем пациентам нужно рекомендовать повторный осмотр через неделю. В день осмотра необходимо изучить результаты лабораторных тестов, взятых в ходе первого осмотра. Если лабораторные тесты выявили какую-либо инфекцию, назначается соответствующее лечение. Если у пациента симптомы не исчезают, нужно еще раз провести обследование на случай повторного инфицирования.
НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
Пациентов с полирезистентностью или с отсутствием эффекта от лечения необходимо направить к специалисту.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного пациента должны пройти обследование и лечение от гонореи и хламидиоза, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ.

1.7. Постоянные или рецидивирующие выделения из мочеиспускательного канала

Постоянные или рецидивирующие симптомы уретрита могут быть связаны с лекарственной устойчивостью, несоблюдением режима лечения или повторным заражением. В некоторых случаях может быть заражение влагалищной трихомонадой (*Trichomonas vaginalis).*

Там, где у пациентов и партнера(ов) после адекватного лечения гонореи и хламидиоза симптомы сохраняются или рецидивируют, пациент должен лечиться от трихомониаза.

- Лечение трихомониаза:

  -метронидазол, 2 г, перорально, однократный прием ИЛИ

  - тинидазол, 2 г, перорально, однократный прием.

  Альтернативная схема:

  - метронидазол, 400 мг или 500 мг перорально, дважды в день, 7 дней ИЛИ

  - тинидазол, 500 мг перорально, дважды в день 5 дней.

  Необходимо исключить употребление алкоголя во время лечения и в течение 24 часов после завершения лечения.

- Лечение микоплазмоза:

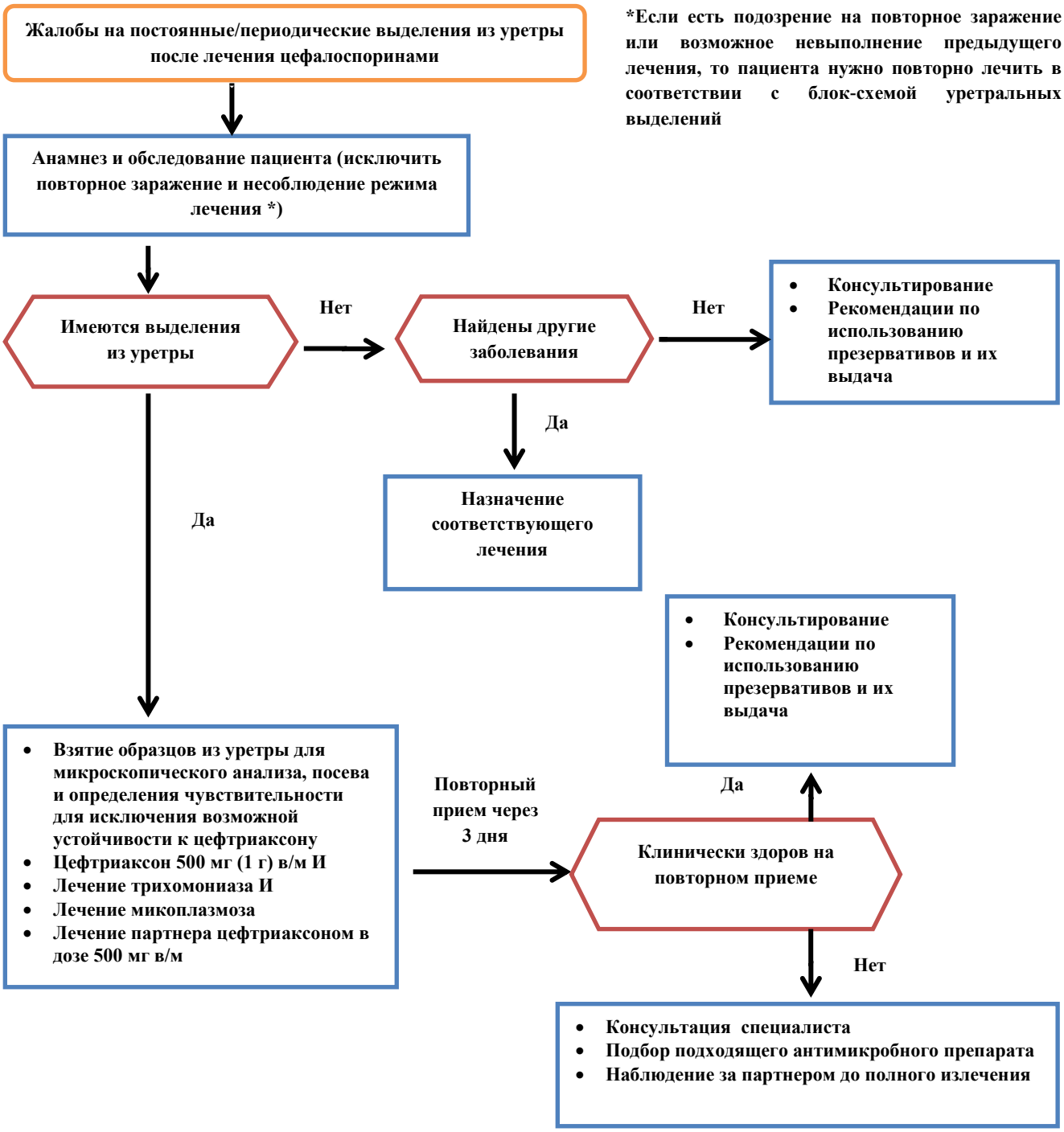
  - азитромицин 1 г, перорально, однократный прием ИЛИ

  - доксициклин 100 мг перорально, дважды в день, в течение 7 дней.

  Альтернативная схема:

  - азитромицин 1 г, однократный прием, с последующим приемом по 500 мг в день в течение 4 дней.

Блок-схема лечения мужчин с постоянными или рецидивирующими выделениями из уретры



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ
Всех пациентов необходимо обследовать для выявления возможности повторного заражения. Образец с уретральными выделениями направляется в лабораторию на посев и чувствительность (по возможности), поскольку пациент может иметь инфекцию, устойчивую к цефалоспорину.

НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
При обнаружении устойчивости к цефалоспоринам необходимо подобрать наиболее подходящее лечение.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного пациента должны пройти обследование и лечение от гонореи и хламидиоза, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ.

1.8. Синдром вагинальных выделений

Жалобы на необычные вагинальные выделения могут быть обусловлены вагинитом, вызванным кандидозом *(C. Albicans)*, трихомонадами *(T. Vaginalis)*, бактериальным вагинозом.

Реже выделения могут быть результатом слизисто-гнойных цервицитов, вызванных ИППП (*N. Gonorrhoeae и C.trachomatis).*

Большинство женщин с выделениями из влагалища чаще имеют вагинальные инфекции, а не инфекции шейки матки.

1.8.1. Клиника

- Клинически вагинит характеризуется патологическими выделениями, зудом или запахом.
- Инфекции шейки матки чаще протекают бессимптомно.
- Хотя кандидозный вульвовагинит (КВВ) не передаётся половым путем, он рассматривается в данном синдроме, потому что наиболее часто диагностируется у женщин с вагинальными жалобами, или у тех женщин, которые проходят обследование на ИППП.

1.8.2. Диагностика

- Тщательный сбор анамнеза (сексуальный, гинекологический, применение лекарственных средств), осмотр и лабораторные тесты.
- Определение положительной оценки риска на инфекции шейки матки. Быстрая оценка риска при цервиците осуществляется путем установления следующего:
  - пациенту менее 25 лет;
  - пациент не состоит в браке;
  - пациент имел половые контакты более чем с одним партнером за последние 3 месяца;
  - пациент имел секс с новым партнером в течение последних 3 месяцев;
  - партнер имеет ИППП.

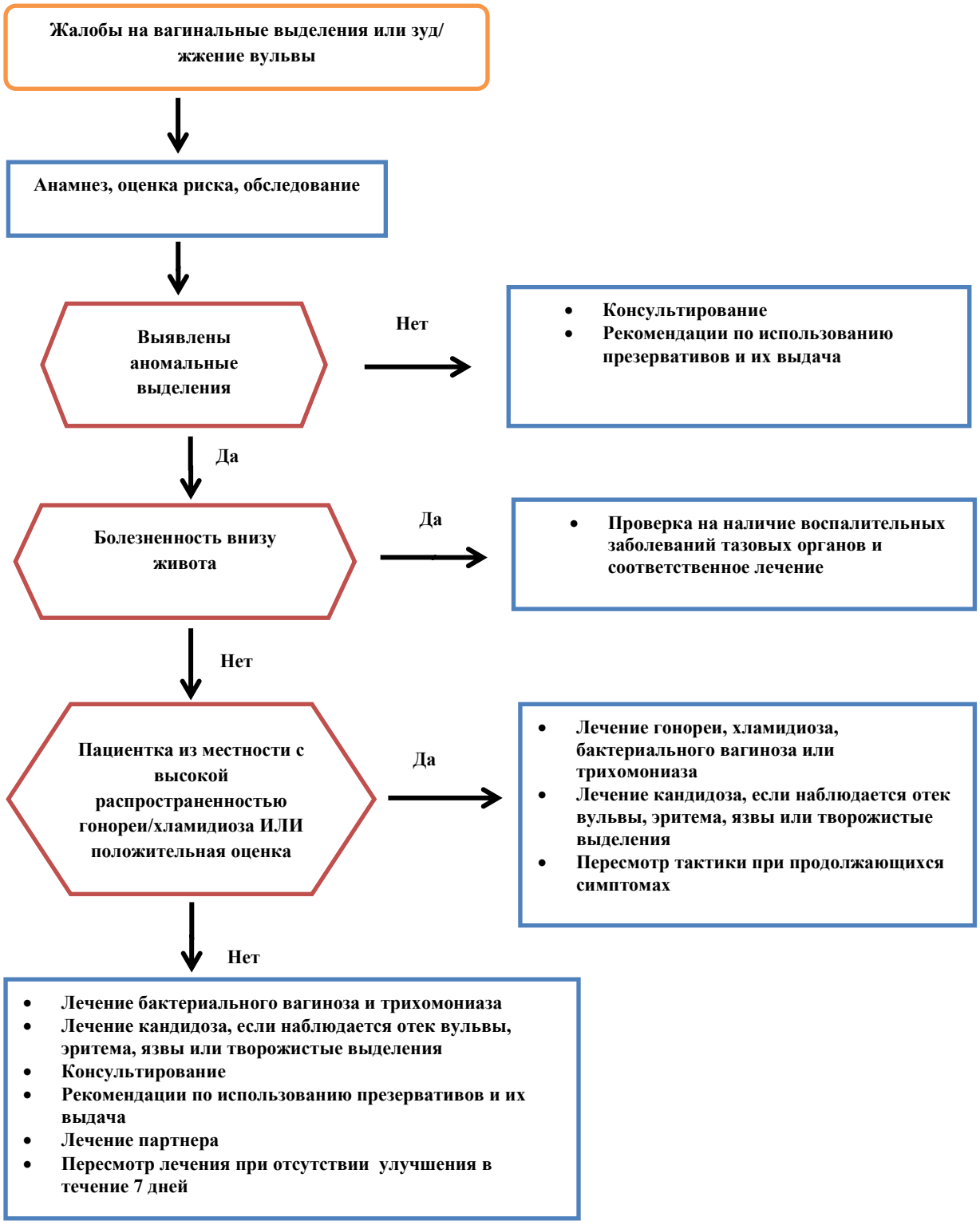
Если у партнера есть ИППП или если пациент попадает в любые 2 из перечисленных выше категорий, пациент с выделениями из влагалища может считаться подверженным риску цервицита.

- Осмотр
- Микроскопический анализ «влажного» мазка
- Мазок по Папаниколау
- АТНК на гонорею и хламидиоз (микроскопия не рекомендуется).

1.8.3. Лечение.

- Женщины с выделениями из влагалища должны получать лечение от трихомониаза и бактериального вагиноза (см. выше).
- Женщинам с вагинальными выделениями и положительной оценкой риска может быть предложено лечение против гонококкового и хламидийного цервицита (см. выше).

Блок-схема лечения женщин с вагинальными выделениями



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
Всем пациентам нужно рекомендовать повторный осмотр через неделю. В день осмотра необходимо изучить результаты лабораторных тестов, взятых в ходе первого осмотра. Если лабораторные тесты выявили какую-либо инфекцию, назначается соответствующее лечение. Если у пациента симптомы не исчезают, нужно еще раз провести обследование на случай повторного инфицирования.

НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Пациентов с полирезистентностью или с отсутствием эффекта от лечения необходимо направить к специалисту.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры пациента должны пройти обследование и лечение, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ. Если у пациентки имеется положительный риск цервицита, то партнеры должны получить лечение от гонореи и хламидиоза.

1.9. Лечение синдрома генитальной язвы

Заболевания, характеризующиеся генитальными, анальными и перианальными язвами: генитальный герпес, сифилис, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема (последние три в Кыргызской Республике не встречаются).

Наболее распространенным заболеванием является генитальный герпес.
ВПГ, сифилис, мягкий шанкр связывают с повышенным риском передачи ВИЧ.

Генитальные, анальные или перианальные поражения могут быть вызваны заболеваниями, которые не передаются половым путем (например, грибковые инфекции, травмы, афтозные язвы, лекарственный контактный дерматит и псориаз).

1.9.1. Клиника

- Клиника сифилиса (см. выше)
- Клиника генитального герпеса (см.выше)
- Клиника мягкого шанкра:
  - множественные болезненные язвы, не превышают 15—20 *мм* в диаметре, имеют мягкое основание, подрытые, зазубренные мягкие края, неровное, покрытое гнойным налетом дно. Вокруг язв кожа ярко гиперемирована. Без лечения язвы существуют 3—4 недели, затем наступает постепенное рубцевание.
- Клиника венерической гранулемы:
  - в месте внедрения возбудителя появляется маленькая безболезненная папула или пустула, которая может эрозироваться, образуя небольшую язвочку, регрессирующую в течение недели даже без лечения. Часто язвочка остается незамеченной. Через 2-6 недель возникает болезненное воспаление паховых лимфатических узлов, спаянных между собой, с образованием бугристых инфильтратов. Кожа над ними приобретает синюшную окраску. Паховый бубон со временем размягчается, вскрывается с образованием фистульных ходов, из которых выделяется обильное гнойное отделяемое, нередко с примесью крови. Могут наблюдаться общие симптомы: озноб, недомогание, общая гипертермия, миалгии, артралгии.
- Клиника паховой гранулемы:
  - на ранних стадиях появляется папула красноватого цвета величиной с горошину. Затем образуется язва с зубчатыми краями, из которой выделяются серозно-гнойные, неприятно пахнущие выделения, на месте заживления язвы могут возникнуть рубцы. Болезнь дает различные осложнения затрагивающие внутренние органы, суставы, кости.

1.9.2. Диагностика

- Пациенты с генитальными, анальными или перианальными язвами должны быть обследованы на сифилис (серологическое исследование и исследование в темном

поле), на ВПГ (посев культуры или ПЦР-тест и серологический тест на специфичные антитела ВПГ).

- Если язвы выглядят необычными или не реагируют на начальную терапию, можно провести биопсию.
- Необходимо провести тестирование на ВИЧ всех лиц с генитальными, анальными или перианальными язвами (согласно КП «Тестирование и консультирование» №388 от 10.07.13. г.).

1.9.3. Лечение

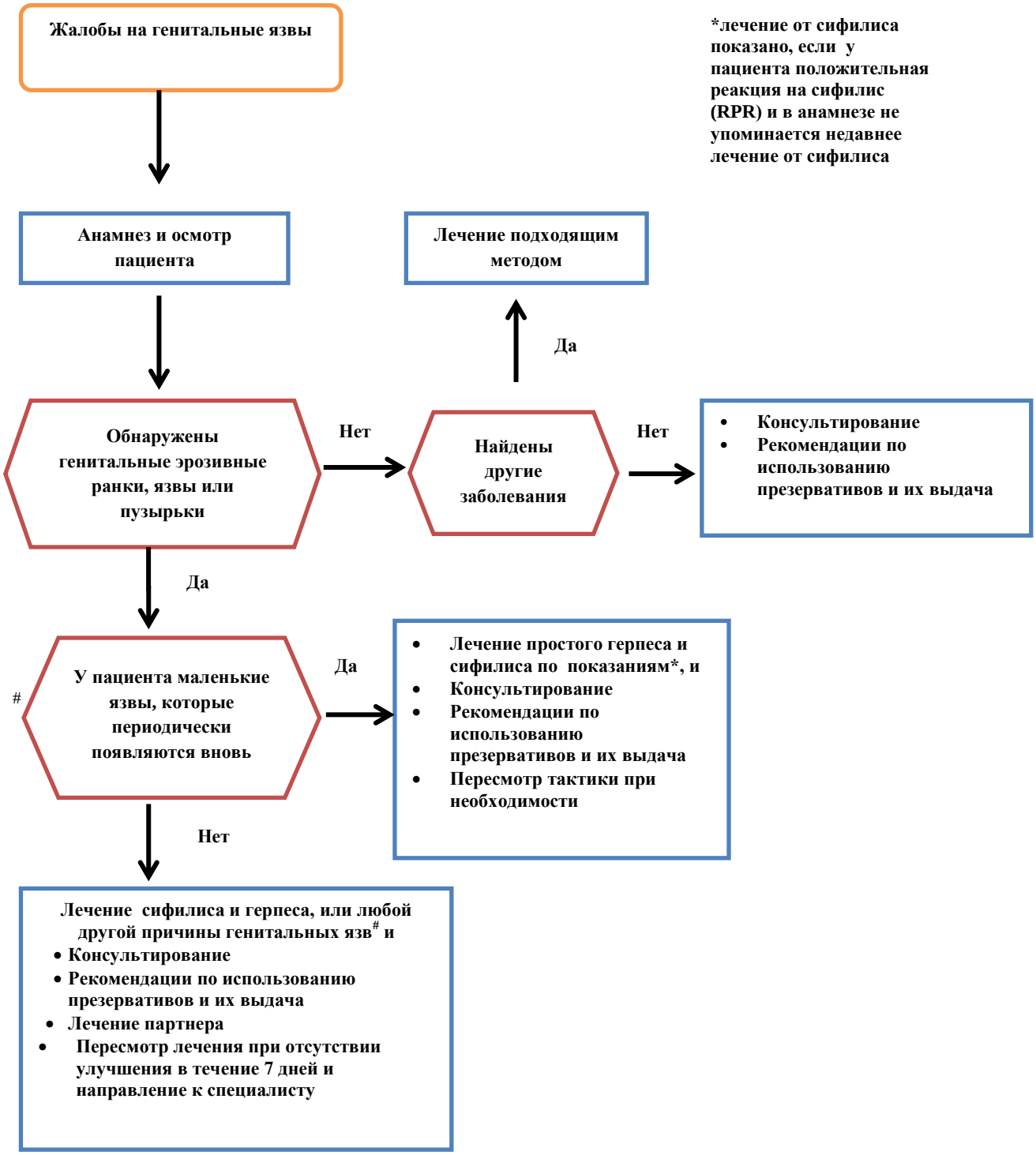
- Рекомендуется синдромное лечение генитальной язвы.
- Лечение генитального герпеса проводится согласно клинической картине, т.к. у 25% пациентов, имеющих генитальные язвы, нет лабораторно подтвержденного диагноза.
- ВИЧ-инфицированные пациенты с герпетической язвой подлежат проведению противовирусного лечения (см. выше).
- Лечение сифилиса показано в тех случаях, когда у пациента имеется положительная реакция на сифилис (RPR), и в истории болезни не указано недавнее лечение от сифилиса (см. выше).
- Дополнительно рекомендуется лечение мягкого шанкра, венерической лимфогранулемы, паховой гранулемы, если в местности распространены эти заболевания.
- Лечение мягкого шанкра:
  - ципрофлоксацин, 500 мг перорально, дважды в день в течение 3 дней, ИЛИ
  - эритромицин, 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 7 дней, ИЛИ
  - азитромицин, 1 г перорально, однократный прием.

  Альтернативное лечение:
  - цефтриаксон, 250 мг в/м, однократный прием.
- Лечение венерической лимфогранулемы:
  - доксициклин, 100 мг перорально, 2 раза в день в течение 14 дней, ИЛИ
  - эритромицин, 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 14 дней.

  Альтернативное лечение:
  - тетрациклин, 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 14 дней.
- Лечение паховой гранулемы (Donovanosis):
  - азитромицин, 1 г перорально, затем по 500 мг один раз в день до излечения, ИЛИ
  - доксициклин, 100 мг перорально, 2 раза в день до излечения.

  Альтернативное лечение:
  - эритромицин, 500 мг перорально, 4 раза в день, ИЛИ
  - тетрациклин, 500 мг перорально, 4 раза в день, ИЛИ
  .- триметоприм 160 мг/сульфаметаксозол 800 мг, 2 раза в день, в течение 14 дней.

Блок-схема лечения генитальных язв у мужчин и женщин



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
Все пациенты должны получать лечение от простого герпеса типа II. Если реакция на сифилис (RPR) положительная, и пациента не лечили от сифилиса, то назначается также лечение от сифилиса. Проводится обследование на другие причины генитальных язв.

НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Пациентов, которые не реагируют на лечение, нужно направить к специалисту. Тех пациентов, которые имеют серьезную аллергию на препараты, также необходимо направить на консультацию к специалисту, прежде чем начинать лечение.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного пациента должны пройти обследование и лечение, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ.

1.10 Ведение пахового бубона

- Бубоны часто возникают при мягком шанкре и венерической лимфогранулеме. Мягкий шанкр вызывается грамотрицательными бациллами Haemophilus ducreyi, а венерическая лимфогранулема вызывается хламидиями (Chlamydia trachomatis) типа L1, L2 и L3. Прочие венерические местные и системные инфекции, такие как инфекции в области нижних конечностей и перианальной области, также могут вызвать паховые и бедренные бубоны, а туберкулезная лимфаденопатия может к тому же вызвать отек паховых лимфатических узлов, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике.

1.10.1. Клиника.

- Паховые и бедренные бубоны - это локализованное увеличение лимфатических узлов в паховой области, которые болезненны, могут флюктуировать и являются результатом нагноения в пораженных лимфатических узлах.
- У лиц с мягким шанкром обычно обнаруживаются язвы половых органов или промежности.
- При венерической лимфогранулеме острое нагноение в лимфатических узлах может возникнуть и в отсутствие признаков язвы половых органов или промежности.

1.10.2. Диагностика.

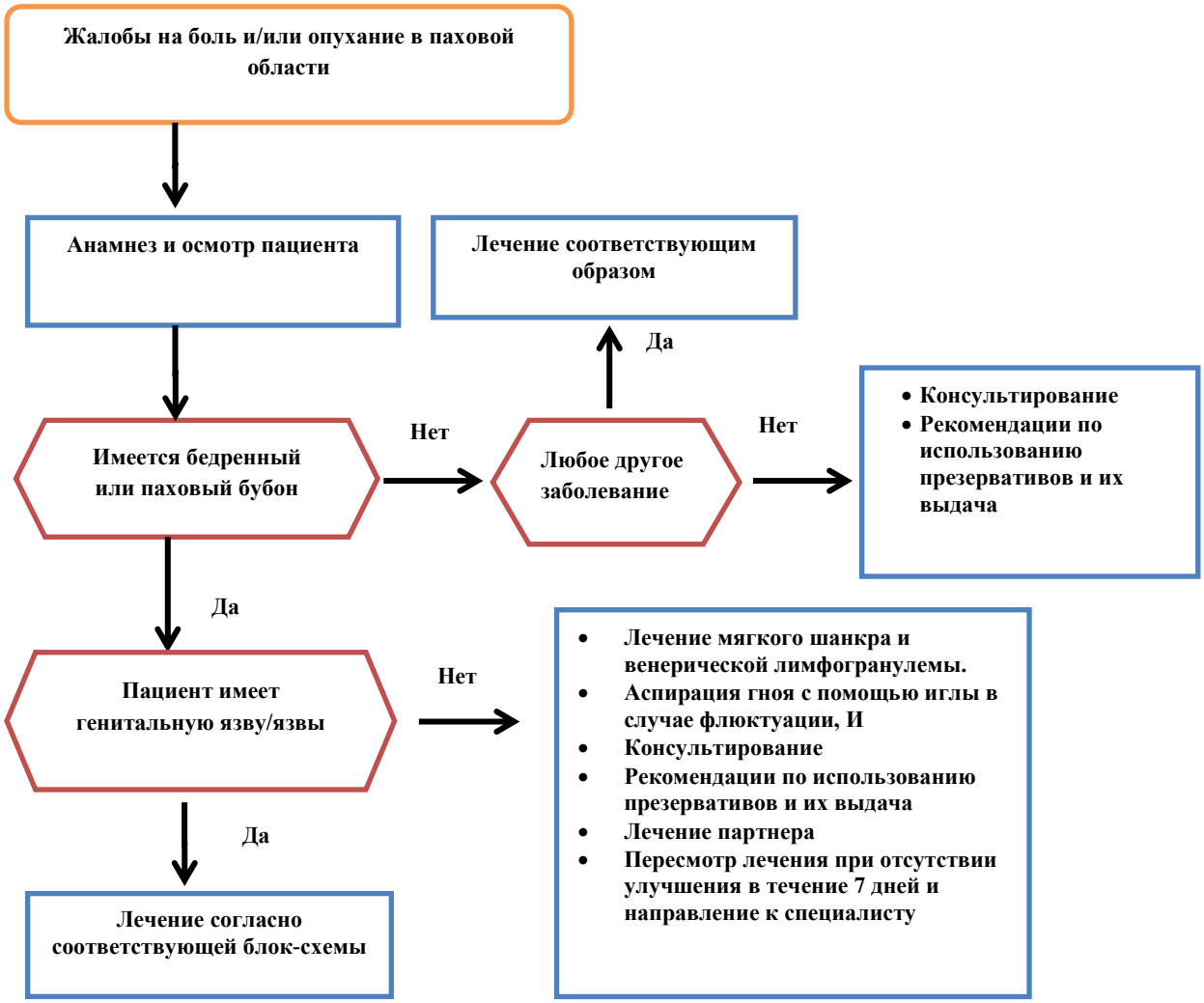
- Исследование в темном поле или RPR (на сифилис)
- Посев и чувствительность (на H. Ducreyi)
- АТНК (на C. Trachomatis, типы L1-3, ВПГ, H. ducreyi и сифилис)
- Биопсия язвенного материала (на сифилис, паховую гранулему, герпес)

1.10.3 Лечение

В зависимости от клиники проводится лечение:

- Мягкого шанкра (см.выше)
- Венерической лимфогранулемы (см.выше)

Блок-схема лечения мужчин и женщин с паховым бубоном



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
Все пациенты с паховым или бедренным бубоном должны получать лечение от мягкого шанкра и венерической лимфогранулемы. Лечение пациентов с генитальными язвами необходимо проводить согласно блок-схеме лечения генитальной язвы. В зависимости от имеющихся возможностей на местах, нужно провести исследование на другие причины возникновения генитальных язв.
НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Пациентов с флюктуирующими бубонами необходимо исследовать на наличие гнойного содержимого. Проводится аспирация содержимого иглой с широким диаметром, которая вводится через нормальную неповрежденную кожу. Не должны проводиться хирургический разрез и дренаж флуктуирующего бубона. Пациенты, на которых лечение не оказало эффекта, должны быть направлены на консультацию к специалисту. В некоторых случаях может понадобиться более длительное лечение, более 14 рекомендованных ранее дней.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного

пациента должны пройти обследование и лечение, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ.

1.11 Ведение острого отека мошонки

- У мужчин в возрасте до 35 лет острый отек мошонки чаще обусловлен организмами, передающимися половым путем, такими как хламидиоз и гонорея, а у лиц старше 35 лет это состояние часто связано с бактериями, вызывающими инфекции мочевыводящих путей. Если у пациента имеются также выделения из мочеиспускательного канала, то это состояние, скорее всего, вызвано инфекцией, передающейся половым путем.
- У мужчин в подростковом возрасте, эпидидимит часто связан с инфекциями, не передаваемыми половым путем, такими как Pseudomonas или коли-подобные бактерии (например, Escherichia coli); это может быть также обусловлено структурными аномалиями мочевых путей, что часто является предрасполагающим фактором.

1.11.1. Клиника.

- У пациентов с эпидидимитом (воспаление придатков яичка) обычно присутствует острое болевое начало в одном из яичек и отек, болезненность придатка яичка и семенного канатика, эритема и отек кожи мошонки. Прилегающее яичко часто также воспаляется (орхит), что приводит к орхоэпидидимиту.
- Орхоэпидидимит является частым осложнением эпидемического паротита у мужчин постпубертатного возраста, и обычно возникает в течение недели после увеличения околоушных желез.

1.11.2. Диагностика.

- У подростков с эпидидимитом необходимо собрать сексуальный анамнез и провести соответствующее обследование, чтобы исключить ИППП. Если не провести эффективное лечение, то эпидидимит, связанный с ИППП, может привести к бесплодию.
- У пожилых мужчин, когда не может быть никакого риска заражения венерическими заболеваниями, это состояние может быть вызвано другими общими инфекциями, например, кишечной палочкой, клебсиеллой или синегнойной палочкой (Escherichia coli, Klebsiella spp. или Pseudomonas aeruginosa). Другие причины орхоэпидидимита включают туберкулез, а у больных с бруцеллезом это может быть вызвано Brucella melitensis или Brucella abortusorchitis
- Важно учитывать и другие неинфекционные причины отека мошонки, такие как травма, перекрут яичка и опухоли. При перекруте яичка, который подозревается при возникновении внезапной боли в мошонке, требуется экстренная хирургическая помощь.

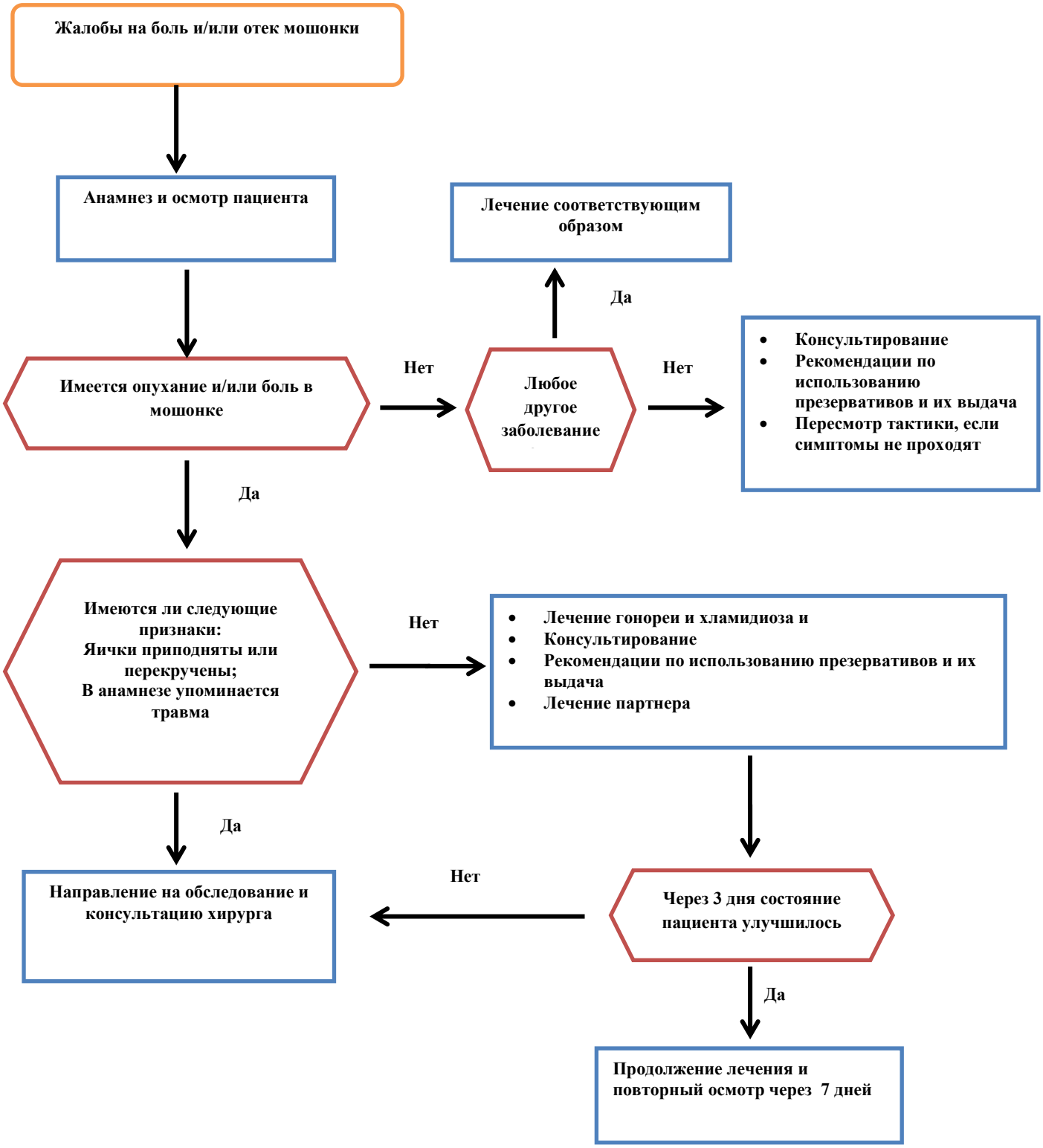
1.11.3. Лечение.

- Рекомендовано синдромное лечение отека мошонки, вызванное ИППП.
- К лечению неосложненного острого эпидидимита, особенно в сочетании с уретральными выделениями, следует подходить таким же образом, как и к неосложненной уретральной инфекции (см. лечение гонореи и хламидиоза выше). Хотя, в этом случае для хламидийной инфекции терапия может

продолжаться более длительное время. Например, доксициклин необходимо будет принимать в течение 10 дней, эритромицин - в течение 14 дней.

- Лечение острого эпидидимита должно также включать постельный режим, поддержку/подвязку для мошонки и анальгетики для снятия боли, пока не стихнет лихорадка и местное воспаление.
- Важно провести повторный осмотр пациентов с острым эпидидимитом на третий день лечения и продолжить лечение, если наблюдается улучшение. Если в ответ на лечение улучшения нет, или если пациенту становится хуже, то необходимо направить пациента на обследование и хирургическую консультацию. Если больной чувствует себя лучше, то лечение продолжается, и ему рекомендуется прийти на повторный прием через 7 дней.

Блок-схема лечения отека мошонки



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ
Всем пациентам необходимо рекомендовать прийти на повторный осмотр через 3 и 7 дней после первичного осмотра. Если по результатам обследования во время первого посещения у пациента обнаружена инфекция, от которой он не лечится, тогда ему нужно назначить соответствующее лечение.

НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Если состояние пациента не улучшается или становится хуже, его необходимо немедленно направить на консультирование к специалисту. Ультразвуковое обследование яичек может выявить перекрут или гематому, что требует хирургического вмешательства. Если состояние пациента улучшается, тогда продолжить лечение до его завершения.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРА
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного пациента должны пройти обследование и лечение, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ.

1.12 Ведение боли внизу живота у женщин

- Воспаление тазовых органов (ВТО) вызывается патогенами, передаваемыми половым путем, такими как *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, а также бактериями, не передающимися половым путем, такими как бактерии *Bacteroides SPP* , грамположительные кокки, грамотрицательные бактерии, а также *Mycoplasma Hominis, Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum.*
- Все сексуально активные женщины с болями внизу живота должны быть тщательно обследованы на наличие ВТО.
- ВТО подразумевает инфекции верхних отделов женских половых путей и включает сальпингит, тазовый перитонит и/или эндометрит. Поскольку некоторые женщины с эндометритом могут не жаловаться на боли внизу живота, целесообразно провести осмотр брюшной полости и бимануальное обследование всех женщин с ИППП.

1.12.1. Клиника.

- Симптомы, указывающие на ВТО, включают боль в животе, диспареунию, выделения из влагалища, нерегулярные менструации, метроррагию, дизурию, дисменорею, лихорадку, а иногда тошноту и рвоту.

1.12.2. Диагностика.

- Болезненность матки при пальпации и при смещении шейки матки.
- Увеличение или уплотнение одной или обеих маточных труб, болезненность в малом тазу; могут также присутствовать прямая или отдающая брюшинная боль.
- Температура у пациентов может быть повышена, но во многих случаях остается нормальной.

1.12.3. Лечение.

Госпитализация больных с острым ВТО показана в следующих случаях:

- неясный диагноз;
- для исключения необходимости срочного хирургического вмешательства (аппендицит и внематочная беременность);
- тазовый абсцесс,
- тяжелое состояние;
- пациентка имеет беременность;
- пациентка не в состоянии следовать амбулаторному режиму;

- состояние пациентки не улучшилось от амбулаторного лечения.

Многие эксперты рекомендуют госпитализировать всех пациенток с ВТО.

Поскольку невозможно провести клиническую дифференциацию патогенов, а точная микробиологическая диагностика является трудной, то схемы лечения должны быть эффективными против широкого спектра патогенных микроорганизмов.

Амбулаторная терапия. Рекомендуются следующие схемы:

- цефтриаксон 250 мг, ПЛЮС
- доксициклин 100 мг внутрь, два раза в день в течение 14 дней, ПЛЮС
- метронидазол 400-500 мг перорально, два раза в день в течение 14 дней для анаэробных бактериальных инфекций.

Пациенты, принимающие метронидазол, должны быть предупреждены о необходимости воздержания от алкоголя в течение 24 часов после прекращения лечения. Тетрациклины, включая доксициклин, противопоказаны во время беременности.

Если ВТО наступило на фоне использования ВМС и если женщина хочет продолжать его использование, оно может быть оставлено на месте во время лечения. В случае удаления ВМС, необходимо провести консультирование по вопросам контрацепции.

1.12.4. Последующее наблюдение

- Пациенты с ВТО, получающие амбулаторное до лечение, должны повторно прийти на прием через 72 часадля госпитализации, если их состояние не улучшилось.
- Стационарное лечение. Пациенты с ВТО должны получать лечение в соответствии со следующими схемами.

  Схема лечения 1:

  - цефтриаксон, 250 мг внутримышечно, один раз в день, ПЛЮС
  - доксициклин, 100 мг перорально или внутривенно, дважды в день, ПЛЮС
  - метронидазол, 400 -500 мг перорально или внутривенно, дважды в день, или хлорамфеникол, 500 мг перорально или внутривенно, четыре раза в день.

  Схема лечения 2:

  - клиндамицин, 900 мг внутривенно, каждые 8 часов, ПЛЮС
  - гентамицин, 1,5 мг/кг внутривенно каждые 8 часов.

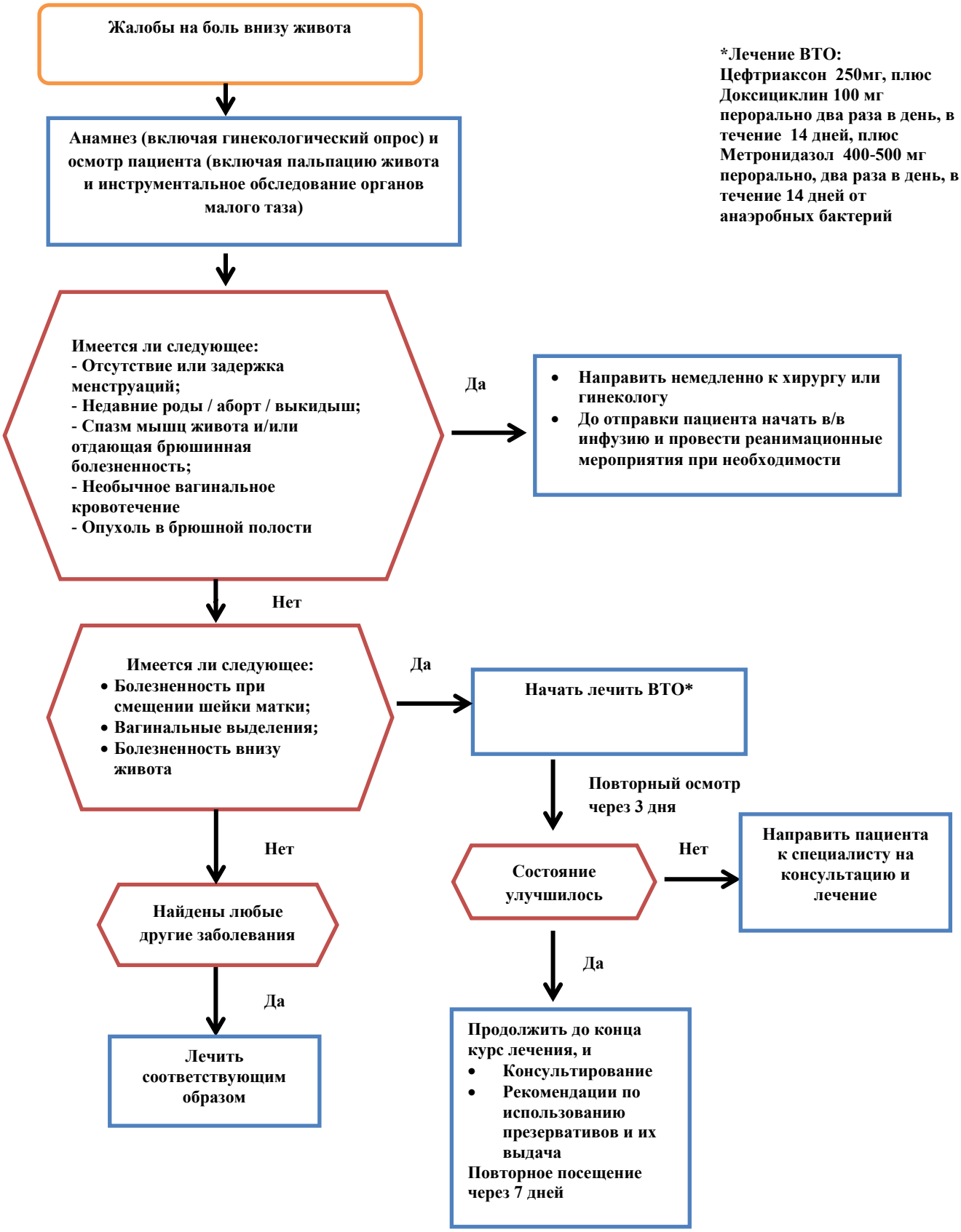
  Схема лечения 3:

  - спектиномицин 1 г.внутримышечно, 4 раза в день, ПЛЮС
  - доксициклин, 100 мг перорально или внутривенно, дважды в день, ПЛЮС
  - метронидазол, 400 - 500 мг перорально или внутривенно, дважды в день, ИЛИ
  - хлорамфеникол, 500 мг перорально или внутривенно, 4 раза в день.

Примечание: лечение должно быть продолжено в течение, по крайней мере, двух дней после того, как состояние пациента улучшилось. В дальнейшем рекомендуется прием доксициклина по 100 мг внутрь два раза в день в течение 14 дней и метронидазола 400-500 мг дважды в день в течение 14 дней.

Пациенты, принимающие метронидазол, должны быть предупреждены о необходимости воздержания от алкоголя в течение 24 часов после прекращения лечения. Тетрациклины, включая доксициклин, противопоказаны во время беременности.

Блок-схема для лечения боли внизу живота у женщин



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
Необходимо прийти на повторный прием через 3 и 7 дней. Если на повторном приеме у пациентки обнаружена инфекция, от которой она не лечилась, тогда необходимо назначить ей соответствующее лечение. Если состояние пациентки не улучшилось, тогда ее необходимо направить на консультацию к специалисту и на другие обследования при необходимости.
НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Боли внизу живота у женщин могут быть вызваны многочисленными причинами, не связанными с ИППП. Некоторые из них могут привести к серьезным осложнениям и смерти. Если состояние пациентки не улучшилось или ухудшается после начала лечения, то ее необходимо срочно направить к специалисту и до отправки провести, если пациентка нуждается в этом, реанимационные мероприятия.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРТНЕРОВ
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного пациента должны пройти обследование и лечение, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ. При обнаружении симптомов - лечить гонорею и хламидиоз.

1.13. Аноректальные инфекции

К аноректальным инфекциям относятся такие ИППП, как вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус простого герпеса (ВПГ), сифилис; гонококковая и хламидийная инфекции, так и не передаваемые половым путем (Shigella, Campylobacter, Cytomegalovirus и amoebiasis). Для целей синдромной диагностики и ведения этих инфекций они сгруппированы вместе под названием «аноректальные инфекции».

1.13.1. Клиника.

- Симптомы, которые проявляются при аноректальной инфекции, включают в себя: аноректальную боль, зуд, выделения, кровотечение, ощущение наполнения в прямой кишке, тенезмы, запор и слизь в стуле.
- Возможно бессимптомное течение аноректальных инфекций. Наиболее подвержены риску бессимптомной аноректальной инфекции мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), секс-работники мужского и женского пола, и мужчины и женщины, у которых был пассивный анальный секс с мужчинами, зараженными ИППП. К специфическому рискованному сексуальному поведению, ассоциирующемуся с аноректальной инфекцией, относится пассивный анальный секс.

1.13.2.Диагностика

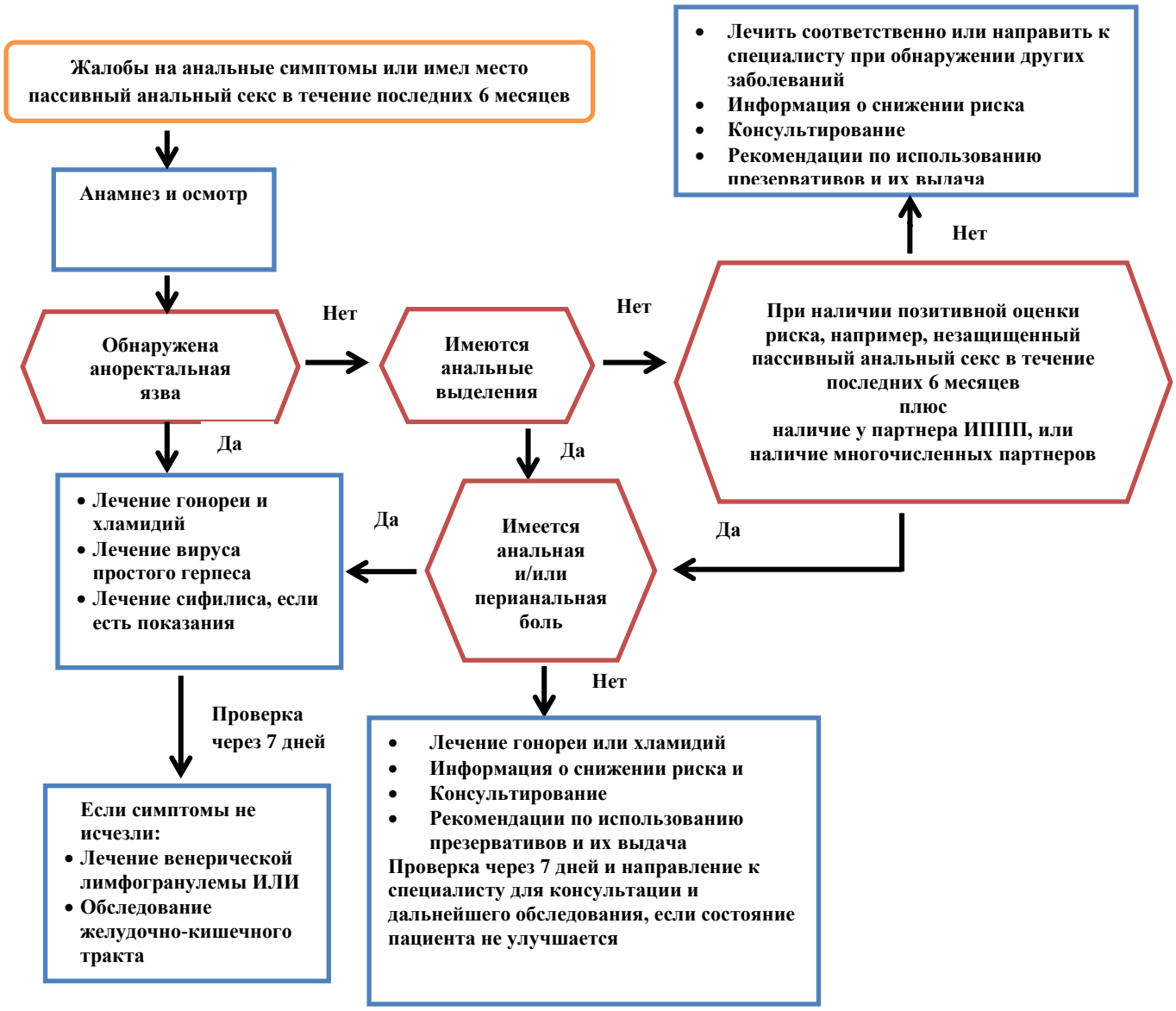
- Внешний осмотр ануса и ректоскопия (при возможности).
- Мазок, окрашенный по Граму, и подсчет количества полиморфноядерных лейкоцитов для скрининга на N. Gonorrhoeae, посев на культуру N. Gonorrhoeae
- АТНК на хламидии
- Микроскопия в темном поле на T.Pallidum.

Однако, проведение многих тестов на ректальных образцах не стандартизировано.

1.13.3. Лечение.

Для ведения пациентов с симптомной и бессимптомной аноректальной инфекциями используется блок-схема, наряду с осуществлением тщательного контроля, последующего наблюдения и дальнейшего исследования в группах риска.

Блок-схема для ведения аноректальных инфекций у мужчин и женщин



ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
Необходимо обследовать пациента на сифилис (RPR), при положительном тесте, если пациента не лечили от сифилиса, назначить также лечение от сифилиса. Провести обследование других причин аноректальных язв (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит).
НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Пациентам с аноректальными выделениями и язвами необходимо консультирование гастроэнтеролога.
УВЕДОМЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА
Необходимо уведомление и лечение партнеров. Все сексуальные партнеры данного пациента должны пройти обследование и лечение, а также получить консультацию и предложение на тестирование на ВИЧ.

1.14. Уведомление и направление партнеров

- Важно провести лечение партнеров ВИЧ-инфицированных пациентов с ИППП, в противном случае высока вероятность повторной инфекции.
- После оценки безопасности примите во внимание возможные последствия уведомления половых партнеров (например, оцените риск насилия со стороны полового партнера), пациентов нужно поощрять к тому, чтобы они стремились направить своих сексуальных партнеров на обследование и лечение.
- Стратегия лечения партнера основана на том, что сексуальные партнеры лиц с ИППП могут быть инфицированы теми же ИППП, но с бессимптомным протеканием, из-за чего они могут не обращаться за медицинской помощью, если их не уведомить.
- Для уведомления партнеров и лечения могут использоваться различные варианты, которые нужно обсудить с пациентом:
  - пациент информирует и идет вместе с партнером для тестирования;
  - медицинский работник организует уведомление партнера с последующим тестированием и лечением, а также ускоренное лечение партнера, когда пациент доставляет лекарства для партнера без клинического обследования последнего.
- Если партнеры получили лечение, то для пациентов снижается риск повторного заражения.
- Необходимо поощрять лиц с ИППП к уведомлению своих партнеров и их убеждению в необходимости медицинского обследования и лечения.
- Можно предложить пациенту «лечение партнера путем доставки» (ЛПРД), форму ускоренной терапии партнера (УТП), когда партнеры инфицированных лиц получают назначение/лечение без предварительного медицинского осмотра или профилактического консультирования. Любое лекарство или рецепт, предусмотренные ЛПРД, должны сопровождаться инструкциями о лечении, соответствующими предупреждениями о лекарствах (при наличии беременности у партнерши или аллергии на лекарства), общими рекомендациями по вопросам здоровья, а также информацией, о том, что партнеру нужно получить индивидуальное медицинское обследование особенно, если партнер–женщина с симптомами ИППП или ВТО.
- Важным аспектом ведения партнеров лиц с ИППП является предоставление им консультаций и обучения по снижению рисков и использования презервативов, а также рекомендации пройти тестирование на ВИЧ, если их ВИЧ-статус не известен.
- Важно тесное сотрудничество с другими учреждениями в уведомлении партнеров и лечении, для обеспечения комплексного подхода к укреплению системы надзора и уважительному решению деликатных вопросов.

2. КОНТРАЦЕПЦИЯ У ВИЧ-КОНКОРДАНТНЫХ И ДИСКОРДАНТНЫХ ПАР

Улучшение качества и доступа к информации и услугам в области планирования семьи и регулирования фертильности, особенно среди малообеспеченных и социальноуязвимых слоев населения, является одной из задач Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской республики до 2015 года.

Репродуктивное здоровье – это способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы инфекций, передающихся половым путем, гарантия безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждения нежелательной». Право на репродуктивный выбор, планирование семьи и охрану репродуктивного здоровья относится к основным правам человека. Это право дает возможность получать информацию о безопасных, эффективных, доступных и приемлемых методах планирования семьи и иметь возможность пользоваться выбранным ими методом.

Планирование семьи – это система мероприятий, направленных на принятие и реализацию супругами или отдельными гражданами решения о рождении или отказе от рождения детей, их числе, интервалах между родами, на получение информации и средств, позволяющих обеспечить осознанный выбор (ст. 1. Закона КР «О репродуктивных правах граждан»).

Рекомендации по методам контрацепции основаны на материалах ВОЗ по критериям приемлемости использования контрацептивов и практическим рекомендациям. ВИЧ-инфекция и СПИД включены в руководство как один из факторов, определяющих приемлемость каждого из основных методов контрацепции.

Таблица 1

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции, принятые ВОЗ.

Категория	Клиническое обследование проведено в полном объеме	Провести клиническое обследование в полном объеме не предоставляется важным
1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	
3	Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента	Нет (использовать метод не рекомендуется)

4	Использование метода абсолютно противопоказано	

Кроме медицинских критериев приемлемости при выборе метода контрацепции необходимо также учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности пациентов.

Консультирование по планированию семьи должно начинаться во время послетестового консультирования при выявлении ВИЧ-инфекции и регулярно на протяжении всего периода наблюдения и лечения. Для обеспечения непрерывности и преемственности оказания медицинской помощи необходимо укреплять связи между службами снижения вреда для ЛУИН и службами по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции.

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

Большинство методов контрацепции эффективны и безопасны для женщин с ВИЧ-инфекцией и при этом надо учесть передачу ВИЧ и возбудителей других ИППП (ВИЧ/ИППП), так как предупреждение передачи возбудителей так же важно, как предупреждение беременности.

Медицинские работники, предоставляющие услуги по репродуктивному и сексуальному здоровью, должны создать условия, чтобы пациенты могли быть защищены от стигматизации, дискриминации и насилия благодаря наличию благоприятной социальной и правовой среды, что даст возможность улучшить доступ к услугам.

Консультирование должно помочь женщинам, живущим с ВИЧ-инфекцией, принять решение, касающееся деторождения.

C	Консультирование – важнейший компонент стратегии ведения ЛЖВ и подходящий момент для установления доверительных отношений между пациентом и работником здравоохранения.

Консультирование по контрацепции должно быть индивидуальным, 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 контрацепции для предупреждения беременности и передачи возбудителей ИППП, включая ВИЧ-инфекцию;
- как его правильно применять;
- достоинства и недостатки;
- распространенные побочные эффекты;
- симптомы и признаки, при появлении которых необходимо обратиться к врачу;
- стоимость и удобство применения;
- взаимодействие АРВ-препаратов и контрацептивов;
- взаимодействие метадона и контрацептивов;
- взаимодействие противотуберкулезных препаратов и контрацептивов;

- риск передачи ВИЧ-инфекцией неинфицированному партнеру при попытке забеременеть;
- важность безопасного секса не зависимо от статуса полового партнера.

Дополнительную информацию для консультирования можно получить в КП: КОК, ВМС утвержденной Приказом МЗ КР № ___ от __ ___2013 г. и в учебном пособии «Современные методы контрацепции». Авторы Акматова Б, Болоцких И.

2.1.Барьерные методы и спермициды

Барьерные методы контрацепции – это способы, которые механически препятствуют попаданию спермы в цервикальный канал и/или способствуют химической инактивации спермы во влагалище.

Виды барьерных методов контрацепции:

- Механические (мужской и женский презервативы, диафрагма, шеечный колпачок)
- Химические (спермицидные средства, вводимые во влагалище в различных формах влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены и др.)

Двойная защита

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

А	Презерватив при правильном и постоянном использовании является единственным методом контрацепции, обладающим двойным эффектом - это одновременное предупреждение нежелательной беременности и передачи возбудителей ИППП, включая ВИЧ.

- 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.

2.1.1. Мужские латексные презервативы

Презерватив представляет собой мешотчатое образование из толстой эластичной резины (латекса), толщиной около 1 мм, в результате чего обеспечивается возможность увеличения презерватива в зависимости от размеров полового члена. Длина презерватива 10 см, ширина 2,5 см. Наиболее распространены покрытые специальной смазкой презервативы длиной около 16 см и диаметром около 3,5 см, различающиеся по форме, цвету, смазке, толщине.

- Презервативы непроницаемы для любых микроорганизмов, содержащихся в выделениях половых органов, в том числе для мельчайших вирусов.
- Они обладают высокой эффективностью - процент незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года при обычной практике применения, составляет 15, при регулярном и правильном применении – 2 («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008).
- 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.

- У серодискордантных пар при постоянном и правильном использовании предупреждают передачу ВИЧ от женщины мужчине, от мужчины мужчине и от мужчины женщин.
- У конкордантных пар предупреждает заражение другими штаммами ВИЧ. Инфицирование несколькими штаммами ВИЧ может ускорять прогрессирование ВИЧ-инфекции.
- Следует особо подчеркнуть необходимость применения презервативов для профилактики передачи ВИЧ/ИППП в тех случаях, когда не стоит вопрос о предупреждении беременности, например, в случае уже наступившей беременности или любого вида бесплодия (после стерилизации или в менопаузе).
- В случае разрыва или сползания презерватива как резервное средство можно предложить экстренную контрацепцию.
- Серодискордантным парам предоставляется информация и обеспечивается доступ к постконтактной профилактике для неинфицированного партнера в случае разрыва или сползания презерватива (всем надо вместе обсудить).
- Чрезвычайно важны четкие инструкции по использованию презервативов (см. приложение).

2.1.2. Женские презервативы (фемидон)

- Фемидон длиннее и шире мужского презерватива, его изготавливают из эластичного полиуретанового пластика (рис. 2). Это цилиндр длиной 15 и диаметром 7 см, один из концов которого закрыт и содержит фиксирующее кольцо.
- Постоянное и правильное использование женских презервативов обеспечивает защиту от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.
- Менее эффективны для предупреждения беременности, чем мужские. Однако у женских презервативов имеется ряд преимуществ, в том числе:

◊ возможность введения во влагалище до полового акта;

◊ отсутствие необходимости немедленного удаления после эякуляции;

◊ преимущественный контроль со стороны женщины, хотя до определенной степени участие мужчины все же требуется (переговоры об использовании и поддержка).

Рис. 1 Женский презерватив

2.1.3. Другие барьерные методы (влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки)

- Следует всегда помнить и знать, что только мужские и женские презервативы защищают от передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП.
- Механические (диафрагма, шеечный колпачок) и химические спермицидные средства, вводимые во влагалище в различных формах (влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены и др.) не защищают от передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП

- Ноноксинол-9 и другие спермициды не - назначают женщинам с ВИЧ –инфекцией или с в**ысоким риском ВИЧ-инфицирования** в качестве самостоятельного средства.
- В сочетании с барьерными методами контрацепции, например влагалищными диафрагмами или шеечными колпачками, использование ноноксилона-9 не рекомендуется.
- Ноноксинол-9 может вызывать ряд побочных эффектов, поэтому презервативы с этим спермицидом использовать нельзя. С другой стороны, лучше использовать презерватив с ноноксинолом-9, чем вообще не использовать презерватив.
- Не доказано, что презервативы с ноноксинолом-9 предупреждают беременность и ИППП более эффективно, чем презервативы с силиконовой смазкой.

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции

Таблица 1

Состояние	**Мужские и женские презервативы**	**Спермициды**	**Диафрагмы**	**Шеечные колпачки**	**МЛА**
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	**1**	**4**	**3**	**3**	**-**
ВИЧ-инфекция	**1**	**4**	**3**	**3**	**С[у]**
СПИД	**1**	**4**	**3**	**3**	**С[у]**

[у]При ВИЧ-инфекции вскармливать ребенка грудью не рекомендуется, если искусственное питание является доступным, осуществимым, приемлемым, рациональным и безопасным методом вскармливания новорожденного. В противном случае, рекомендуется вскармливать ребенка исключительно грудным молоком на протяжении 6 месяцев с последующим переходом на искусственное вскармливание в течение от 2-3 дней до 2-3 недель.

2.2.Гормональные контрацептивы

Классификация гормональных контрацептивов (см. табл.)

Таблица

Комбинированные гормональные контрацептивы (КОК)	Контрацептивы прогестинового ряда (КПР)
Содержат эстроген и гестаген	Содержат только гестаген
• Низкодозированные КОК -монофазные -двухфазные - трехфазные	• Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (оральные прогестиновые таблетки, мини-пили)
• Парентеральные (КИК) • Внутривлагалищные гормональные (комбинированное вагинальное кольцо) • Накожные гормональные	• Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия (МОПАПД) и норэтистерона энантат (НЭЭ))

(комбинированный пластырь)	• Подкожные имплантаты, содержащие прогестин • Левоноргестрел-содержащие внутриматочные средства (ЛНГ-ВМС)

2.2.1. Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) - низкодозированные комбинированные препараты, содержащие малые дозы двух гормонов – прогестина и эстрогена, являющихся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена.

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта

2.2.2. Комбинированные инъекционные контрацептивы

Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК) или ежемесячные инъекционные контрацептивы (ЕИК) – препараты, содержащие два гормона – прогестин и эстроген, являющиеся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена.

2.2.3. Комбинированное вагинальное кольцо

Вагинальное кольцо содержит как прогестагены, так и сочетание эстрогена и прогестагена. В стержне кольца имеется гормональный препарат, покрытый силастиком. По суточному выделению эстрогенного компонента кольцо соответствует микродозированным оральным контрацептивам, по составу относится к комбинированной гормональной контрацепции.

2.2.4. Комбинированный пластырь

Комбинированный пластырь (трансдермальная контрацептивная система) является новым эффективным методом комбинированной гормональной контрацепции, с использованием двух гормонов - прогестина и эстрогена, являющихся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена.

Эффективность комбинированных контрацептивов

Эффективность КОК зависит от пользователя. При обычном использовании – 6-8 беременностей на 100 женщин, применяющих КОК в первый год. При постоянном и правильном использовании - 1 беременность на 100 женщин («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008). Восстановление фертильности после отмены метода наступает немедленно.

Эффективность трансдермальной системы не зависит от места аппликации пластыря (живот, ягодицы, верхняя часть руки или торс) и таких условий, как повышенная температура окружающей среды, влажность, физические нагрузки, погружение в холодную воду. Вероятность наступления незапланированной беременности при применении комбинированного пластыря несколько выше у женщин, весящих более 90 кг. Восстановление фертильности после отмены метода происходит практически сразу.

Эффективность влагалищного кольца при обычной практике применения составляет 8, при регулярном и правильном применении – 0,3 («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ,

2008). Восстановление фертильности после отмены метода происходит практически сразу.

Эффективность КИК при распространенном характере применения метода, на 100 женщин, пользующихся ЕИК первый год, 3 случая незапланированной беременности. При неукоснительном получении на 100 женщин - менее 1 случая незапланированной беременности («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008).

У женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, не существует ограничений в отношении использования комбинированных контрацептивов в виде таблеток, инъекций (КИК), пластырей или влагалищных колец, за исключением получающих АРТ.

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции

Таблица

	Комбинированные оральные контрацептивы	**Ежемесячные инъекционные контрацептивы**	**Комбинированный пластырь и вагинальное кольцо**
Высокий риск ВИЧ - инфицирования	**1**	**1**	**1**
ВИЧ - инфекция	**1**	**1**	**1**
СПИД	**1**	**1**	**1**
Проводится антиретровирусная терапия	**2**	**2**	**2**

- Данные о том, повышен риск заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, принимающих КОК, противоречивы.
- Отсутствует связь между использованием КОК и изменением уровня вирусной нагрузки и CD4 у ВИЧ-инфицированной женщины. **(А)**
- Нулевая корреляция между использованием КОК и передачей ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине. **(А)**
- АРВ-препараты могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов, поэтому эти случаи относят к категории 2. **(А)**
- 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 с целью предохранения от нежелательной беременности. (А)

2.3. Контрацептивы прогестинового ряда

Контрацептивы прогестинового ряда (**КПР,** чисто прогестиновые контрацептивы, противозачаточные таблетки прогестинового ряда, чистые прогестагены) - препараты, содержащие малые дозы прогестина, являющегося искусственным аналогом естественного гормона прогестерона.

Виды контрацептивов прогестинового ряда:

- Оральные (мини-пили); расшифровка
- Импланты;
- Инъекции;
- Внутриматочные гормональные рилизинг-системы (Мирена).

Эффективность КПР:

Мини-пили уступают комбинированным противозачаточным таблеткам по контрацептивной эффективности. Восстановление фертильности после отмены метода – немедленно.

- У кормящих матерей: 1случай незапланированной беременности на 100 женщин при распространенном; менее 1 - при правильном применении метода («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008).
- Если женщина не кормит грудью: от 3 до 10 случаев незапланированной беременности на 100 женщин при распространенном; менее 1 - при правильном применении метода. («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008).
- Эффективность инъекционных контрацептивов прогестинового ряда: 3 случая незапланированной беременности на 100 женщин при распространенном, менее 1 – при правильном применении («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008). Восстановление фертильности после отмены метода МОПАПД в среднем длится на 4 месяца, НЭЭ на 1 месяц дольше, чем при других методах контрацепции.
- При применении левоноргестрел-содержащих ВМС, частота наступления беременности при обычной практике применения и при регулярном и правильном применении одинакова и составляет 0,1%.
- Эффективность норпланта составляет 2 случая беременности на 100 женщин в год (7 лет). У женщин с избыточным весом противозачаточный эффект снижается раньше (через 4 года). Восстановление фертильности после отмены метода происходит сразу.
-

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции

Таблица

	Чистопрогестиновые оральные контрацептивы	**Чистопрогестиновые инъекционные контрацептивы**	**Импланты**	**Левоноргестрел - содержащие ВМС**
Высокий риск ВИЧ - инфицирования	**1**	**1**	**1**	**2**
ВИЧ - инфекция	**1**	**1**	**1**	**2**
СПИД	**1**	**1**	**1**	**3**
Проводится антиретровирусная терапия	**2**	**2**	**2**	**2\3^{р}**

[р]СПИД относится ко 2-ой категории при изучении допустимости ношения ВМС женщинами, хорошо реагирующими клинически на проведение антиретровирусной терапии. В противном случае, СПИД относится к категории 3.

- Имеющиеся на сегодняшний день данные, с одной стороны, не дают оснований для утверждения о наличии четкой причинно-следственной связи между КПР и заражением ВИЧ, а, с другой стороны, не исключают полностью возможность наличия такой связи (2012)
- АРВ-препараты могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов. Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ и компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов. **(А)**
- Неизвестно, снижается ли эффективность инъекционных КПР (таких, как МОПАПД или НЭЭ), поскольку они обеспечивают более высокую концентрацию гормона в крови, чем другие КПР и КОК. Проводятся исследования потенциального взаимодействия между МОПАПД и некоторыми ИП и ННИОТ.
- На фоне цервикальной интраэпителиальной неоплазии при хроническом течении ВИЧ-инфекции длительное применение МОПАПД (более 5 лет) может увеличивать риск возникновения преинвазивной (внутриэпителиальной) и инвазивной карциномы (ссылка МК)

2.4.Внутриматочные контрацептивы

В настоящее время создано более 50 видов внутриматочных контрацептивов (ВМК) из пластмассы и металла, которые отличаются друг от друга по жесткости, форме и размерам.

Эффективность ВМК. Важными условиями эффективности внутриматочной контрацепции, кроме формы, размера и наличия меди, прогестинов в спирали, являются возраст женщины, количество беременностей и родов в анамнезе. Частота наступления беременности при обычной практике применения медьсодержащих ВМК составляет 0,8 %, при регулярном правильном применении – 0,6% («Планирование семьи» – универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008)..

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции

Таблица

Состояния	Медьсодержащие ВМК	Левоноргестрел содержащие ВМК
Высокий риск ВИЧ - инфицирования	**1**	**2**
ВИЧ - инфекция	**1**	**2**
СПИД	**1**	**3**
Проводится антиретровирусная терапия	**2**	**2\3[р]**

- У женщин из групп риска медьсодержащее ВМК (Cu-ВМК), не повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией. **(А)**
- ВМК не повышает риск общих или инфекционных осложнений у ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с неинфицированными. Также не выявлено связи между использованием ВМК ВИЧ-инфицированными женщинами и повышением риска передачи ВИЧ их половым партнерам. **(А)**
- ВМК могут безопасно использовать женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом, независимо от наличия симптомов ВИЧ-инфекции, проведения АРТ или хорошего общего состояния здоровья, однако у таких женщин необходим тщательный контроль ВЗОМТ. **(А)**
- ВМК обычно не рекомендуется использовать женщинам, больным СПИДом, которые не получают АРТ, если доступны и не противопоказаны другие методы контрацепции, например презервативы или гормональные контрацептивы. **(А)**
- Взаимодействие АРВ-препаратов и ВМК не описано. При наличии СПИДа случай относят к категории 3 для Начала и к категории 2 для Продолжения использования ВМК. При хорошем общем состоянии на фоне АРТ случай относят к категории 2 как для Начала, так и для Продолжения использования ВМК. (А)
- ВМК, содержащее 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. **(А)**

2.5. Хирургическая стерилизация мужчин и женщин

Учитывая, что стерилизация – это необратимая хирургическая процедура, необходимо убедиться в том, что человек, который принял решение использовать этот метод контрацепции, сделал это добровольно и сознательно.

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, особенно учитывая, что стерилизация ассоциировалась со снижением частоты их использования. В процессе принятия решения также необходимо обсудить с пациентом или пациенткой национальные законы и правила, касающиеся процедуры стерилизации.

Необходимо тщательно обследовать состояние здоровья ЛЖВ, которые выбрали метод стерилизации, как это принято перед любой плановой операцией. Любое осложнение ВИЧ-инфекции, которое может ухудшить состояние пациента/пациентки во время или после операции, может служить противопоказанием к ее проведению.
ВИЧ-инфекция, СПИД и АРВ-терапия не являются противопоказанием для стерилизации.

Стерилизация больных СПИДом требует принятия специальных мер. Состояние, связанное со СПИДом, является показанием для отсрочки стерилизации или противопоказанием для ее проведения.

После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами.

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

Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванной 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.

2.7. Экстренная контрацепция

Экстренная контрацепция может предупредить наступление беременности, если:

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

Эффективность экстренной контрацепции при применении в течение 120 часов после полового акта:

- схема Юзпе (КОК) - предотвращает около 74% ожидаемых беременностей.
- прием прогестиновых мини-пилей - предупреждает 85% ожидаемых беременностей при типичном и 89% – при правильном применении.
- прогестиновые мини-пили вызывают меньше побочных эффектов по сравнению с КОК.

Применение метода экстренной контрацепции

1. Левоноргестрел в дозе 1,5 мг (2 таблетки по 0,75 мг в один прием или с интервалом 12 часов). Принять в течение 120 часов после незащищенного полового акта.

2. Низкодозированные мини-пили, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела, первую дозу (4 таблетки) необходимо принять как можно раньше, но не позднее чем через 120 часов после незащищенного полового акта. Вторую дозу (еще 4 таблетки) принимают через 12 часов после первой.

3. Комбинированные оральные мини-пили, содержащих 5 мкг этинилэстрадиола и 250 мкг левоноргестрела. Первую дозу (2 таблетки) необходимо принять как можно раньше, но не позднее, чем через 120 часов после незащищенного полового акта. Вторую дозу (еще 2 таких же таблетки) принимают через 12 часов после первой.

4. 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.

5. При приеме антипрогестина мифепристона (10 мг внутрь) в течение 120 часов (5 суток) после незащищенного полового акта наблюдается высокая эффективность при незначительных побочных эффектах.

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

Согласно немногочисленным данным, 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, а также предполагаемые изменения их активности необходимо принимать во внимание и обсуждать с пациентками.

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

Таблица . 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 26%	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.

2.9. Контрацепция для женщин, принимающих одновременно АРВ- и противотуберкулезные препараты

- У женщин, получающих АРТ и средства от туберкулеза (ТБ), лекарственные взаимодействия с некоторыми гормональными контрацептивами могут вызывать снижение эффективности последних.
- С учетом этого женщинам, принимающим одновременно АРВ-препараты и препараты для лечения ТБ, лучше рекомендовать негормональные методы контрацепции.

- Если возможна только гормональная контрацепция, низкодозированные КОК (<35 мкг этинилэстрадиола) обычно не рекомендуются женщинам, принимающим рифампицин. Согласно немногочисленным данным, в этом случае можно использовать оральные контрацептивы с более высокой дозой этинилэстрадиола (50 мкг), за исключением женщин, которые принимают эфавиренз, индинавир, ампренавир или атазанавир.
- МОПАПД обычно можно использовать женщинам, принимающим рифампицин.
- Снижение эффективности ЛНГ-ВМК маловероятно.

3. 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 сексуальному и рекпродуктивному здоровью как и все другие люди. При бесплодии ВИЧ-инфекция не должна быть причиной отказа от искусственного оплодотворения.

3.1. 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 естественном 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.

3.2. Фертильность

<u>Женщины</u>

- 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 препараты, могут вызывать нарушения 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.

<u>Мужчины</u>

- ВИЧ можно обнаружить в сперме мужчин, живущих с ВИЧ, независимо от уровня вирусной нагрузки в крови.
- У многих мужчин, живущих с ВИЧ, результаты исследования спермы (спермограмма) 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.

3.3. 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 ниже);
- 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.

3.4. 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.
- Необходимо провести консультирование по оценке фертильности у женщин. Женщин надо обучить определять начало и окончание фертильного периода менструального цикла (метод календарных дней, метод базальной температуры тела, цервикальный слизь и др.), а также другие методы с помощью которого можно оценить фертильность женщины (фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон и пролактин), а также проходимости маточных труб (Учебное пособие «Современные методы контрацепции», 2010 г.).
- Оценка фертильности у мужчин – исследование спермы (число, подвижность, прогрессия и морфология сперматозоидов).

- **Парам, желающим иметь детей, у которых один из партнеров инфицирован ВИЧ, должны понимать о важности достижения уровня CD4 (выше 500 клеток) и ВН (50 и ниже копий в 1мл) для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции во время естественного планирования семьи и профилактики во время беременности от матери к ребенку.**

Это условия также распространяется и на конкордантные пары**.**

3.5. Вспомогательные репродуктивные технологии при ВИЧ-инфекции

Перед процедурой искусственного оплодотворения необходимо диагностировать и провести лечение ИППП и оценить фертильность обоих партнеров. Уточняют, 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.

4. ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки – один из самых распространенных видов рака, являющегося причиной женской смертности во всем мире. По оценкам, ежегодно раком шейки матки заболевают около 500 000 женщин (*Shanta V, et al. Epidemiology of cancer of the cervix: global and national perspective. Journal of the Indian Medical Association, 2000, 98(2):49–52*).

Этиологическую роль в развитии предраковых заболеваний и злокачественных новообразований нижних отделов генитального тракта, в том числе рака шейки матки, играют высокоонкогенные генотипы ВПЧ. Развитие рака из предраковых поражений – длительный процесс, который может продолжаться до 20 лет.

Относительный риск дисплазии или цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, в 5–10 раз выше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ (*Wright TC Jr et al. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus: prevalence, risk factors, and validity of Papanicolaou smears. New York Cervical Disease Study. Obstetrics and Gynecology, 1994, 84(4):591–597), (Sun XW et al. Human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-seropositive women. Obstetrics and Gynecology, 1995, 85(5 Pt 1):680–686*). У ВИЧ-инфицированных женщин инфекция, вызываемая ВПЧ, носит более упорный характер.

Хотя у ВИЧ-инфицированных женщин повышен риск предраковых заболеваний и рака шейки матки, их скрининг, наблюдение и лечение могут не быть для них первоочередными из-за других более серьезных социальных и медицинских проблем.

Женщинам должны быть предоставлены одинаковые возможности скрининга рака шейки матки независимо от того, являются ли они ВИЧ-инфицированными или не инфицированными ВИЧ.

4.1. Первичная и последующая оценка

- Все женщины, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, должны пройти полное гинекологическое обследование, включая исследование Пап-мазка (окрашенный по Папаниколау мазок с шейки матки для цитологического исследования) и исследование органов малого таза (см. приложение 3). (*CONSOLIDATED GUIDELINES on the use of antiret roviral drags for treating and preventing HIV infection, recommendations for a public health approach June 2013*). Женщине должна быть предоставлена информация (см. приложение 4) и она должна заполнить бланк информированного согласия (см. приложение 5).
- Цитологическое исследование мазков с шейки матки одинаково эффективно у ВИЧ-инфицированных и не инфицированных ВИЧ женщин.
- У ВИЧ-инфицированных женщин часто наблюдаются остроконечные кондиломы и дисплазия вульвы (*Benson CA et al. Treating opportunistic infections among HIV-infected adults and adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. MMWR, 2004, 53(RR–15):1–112.*), поэтому гинекологическое исследование должно включать тщательный осмотр наружных половых органов.
- Цитологический скрининг (исследование Пап-мазка) информативен у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом.
- Цитологическое исследование Пап-мазков 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 в анамнезе цитологическое исследование Пап-мазков проводят каждые 4–6 месяцев до получения 3 нормальных результатов подряд (*Benson CA et al. Treating opportunistic infections among HIV-infected adults and adolescents.*

Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. MMWR, 2004, 53(RR–15):1–112).

- При обнаружении атипичных клеток плоского эпителия неопределенной значимости (АПНЗ) или атипичных клеток плоского эпителия, не позволяющих исключить плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести, проводят исследование для выявления генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (определение ДНК).
- Для подтверждения цитологических и визуальных отклонений от нормы полное исследование нижних отделов генитального тракта (включая влагалище, вульву, перианальную область), кольпоскопия, биопсия шейки матки проводится в следующих случаях:
  - патология при цитологическом исследовании Пап-мазков (персистирующие интраэпителиальные поражения низкой степени тяжести с выявлением АПНЗ или цервикальные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести;
  - выделение типа ВПЧ высокого онкогенного риска;
  - в анамнезе патология в Пап-мазке без последующего лечения (*Benson CA et al. Treating opportunistic infections among HIV-infected adults and adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. MMWR, 2004, 53(RR–15):1–112*).

4.2. 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 *(Benson CA et al. Treating opportunistic infections among HIV-infected adults and adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. MMWR, 2004, 53(RR–15):1–112), (Comprehensive cervical cancer control: a guide for essential practice. Geneva, WHO, in press).*

4.3. 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 как 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 6 месяцев. При обнаружении рецидива, персистенции или прогрессирования поражений высокой степени злокачественности показано неотложное лечение (*Comprehensive cervical cancer control: a guide for essential practice. Geneva, WHO, in press*).

- В отсутствие сопутствующих гинекологических заболеваний, подлежащих хирургическому лечению, гистерэктомия по поводу предраковых заболеваний шейки матки противопоказана (*Comprehensive cervical cancer control: a guide for essential practice. Geneva, WHO, in press*).
- 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.

4.4. Лечение инвазивного рака

- Для определения стадии рака шейки матки используют классификацию Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO) (*Shepherd JH. Cervical and vulva cancer: changes in FIGO definitions of staging. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1996, 103(5):405–406*).
- Если число лимфоцитов CD4 <200/мкл, предпочтительно хирургическое лечение (по показаниям) или щадящая химио- или лучевая терапия (*Comprehensive cervical cancer control: a guide for essential practice. Geneva, WHO, in press*).
- На поздних стадиях ВИЧ-инфекции прогноз при всех методах лечения рака шейки матки плохой. Если число лимфоцитов CD4 >200/мкл, возможно стандартное лечение.
- Для улучшения качества жизни ВИЧ-инфицированных женщин с раком шейки матки необходимы комплексные программы паллиативного лечения.

Приложение 1

Взаимодействие препаратов для лечения ИППП/ИРТ и АРВ-препаратов

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

Препарат для лечения ИППП/ИРТ	**Дозы препарата для лечения ИППП/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 препараты**
Азитромицин	600 мг однократно	**Эфавиренз**	400 мг в течение 7 суток	Изменения статистически не значимы	ПФК азитромицина: изменения статистически не значимы; C_{max} ↑ 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 (ТМП/СМК)	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 (Флагил)	–	**Ампренавир**	Раствор для приема внутрь (содержит пропиленгликоль)	–	–	Токсическое действие пропиленгликоля (ацидоз, угнетение ЦНС)	Не применять одновременно с пероральным раствором ампренавира	Ампренавир в капсулах
	–	**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	–

Препарат для лечения ИППП/ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП/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 препараты
	–	**Ритонавир**	Раствор для приема внутрь (содержит алкоголь) и капсулы	–	–	Антабусная реакция (головная боль, артериальная гипотония, приливы, рвота)	Не применять одновременно	–
Сульфаметоксазол	1000 мг однократно	**Диданозин**	200 мг (забуференный порошок) однократно	Изменения статистически не значимы	Изменения статистически не значимы	–	Коррекция дозы не требуется	–
Триметоприм (Тримпекс)	200 мг однократно	**Диданозин**	200 мг (забуференный порошок) однократно	ПФК диданозина: изменения статистически не значимы; C_{max} ↑ на 17%	ПФК триметоприма: изменения статистически не значимы; C_{max} ↓ на 22%	–	Коррекция дозы не требуется	–
Фамцикловир (Фамвир)	500 мг однократно	**Эмтрицитабин**	200 мг внутрь однократно	Изменения статистически не значимы	–	Изменения статистически не значимы	Коррекция дозы не требуется	–
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%; C_{max} ↓ на 28%	ПФК ципрофлоксацина: ↓ в 15 раз (при одновременном назначении); на 26%, если ципрофлоксацин назначают за 2 ч до или через 6 ч после диданозина	↓ действия 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	–

Препарат для лечения ИППП/ИРТ	Дозы препарата для лечения ИППП/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 препараты
	750 мг однократно	**Диданозин**	400 мг (капсулы в кислотоустойчивой оболочке) однократно	Не изучена	Изменения статистически не значимы	–	Коррекция дозы не требуется	–
Эритромицин основание	–	**Ампренавир**	–	Не изучена; могут ↑ уровни ампренавира	Не изучена; могут ↑ уровни эритромицина	–	Целесообразность коррекции дозы не установлена	Азитромицин, кларитромицин
	250 мг 4 раза в сутки в течение 7 суток	**Саквинавир**	1200 мг 3 раза в сутки	ПФК саквинавира: ↑ на 99%; C_{max} ↑ на 106%	–	↑ действие саквинавира	Целесообразность коррекции дозы не установлена	–

ПФК – площадь под фармакокинетической кривой; C_{max} – максимальная сывороточная концентрация; ↑ – увеличивается; ↓ – уменьшается.
Источник: HIV InSite, 2005 *(19)*.

Приложение 2

Сбор сексуального анамнеза

Нужно включить сексуальный анамнез в сбор медицинского анамнеза у ЛЖВ. Это поможет работнику обсудить стратегии по снижению риска для предотвращения дальнейшей передачи ВИЧ, такие как сокращение числа сексуальных партнеров или использование презервативов, и сделать соответствующие направления к специалистам. Медицинские работники должны иметь непредвзятое отношение относительно диапазона и разнообразия сексуальных практик и условий среди своих пациентов. Отношение медицинского персонала будет влиять на качество и эффективность помощи, оказываемой ЛЖВ.

Медицинские работники должны:

- быть открытыми и способными обсудить секс и другие деликатные вопросы;
- быть готовыми собрать обширный сексуальный анамнез;
- быть способными к ведению изнурительных проблем СРЗ, с которыми сталкиваются пациенты;
- быть деликатными к потребностям ЛЖВ, которые могли подвергаться насилию;
- владеть текущей информацией и направлять пациентов для получения соответствующей поддержки.

Все медицинские работники должны соблюдать этику при использовании своих профессиональных навыков и знать все соответствующие законы. Основные этические принципы медицинской профессии это, во-первых, не навредить и уважать права

пациента, гарантировать информированное согласие и строго соблюдать врачебную тайну.

Начните составлять сексуальный анамнез со слов:
"Поскольку секс является важной частью общего состояния здоровья, мы всем задаем эти вопросы. Пожалуйста, отвечайте только на те вопросы, на которые вы можете мне ответить, не чувствуя при этом дискомфорта».

Сексуальная ориентация
1. Вы занимаетесь сексом с мужчинами, женщинами или и с теми и с другими?
2. Вы считаете себя гетеросексуальным, гомосексуальным, бисексуальным или другое?
3. Если применимо: вы считаете себя мужчиной или женщиной?
   а). Проходили ли вы гормональную терапию?
   б). Вы меняли пол или рассматривали ли вы возможность смены пола?
   в). Были ли у вас или рассматривали ли вы возможность операции по смене пола?

Сексуальные практики и сексуальное благополучие
1. Какой вид секса вы практикуете
   а). оральный секс
   б). вагинальный секс
   в). анальный секс
   г). другое
2. Как вы защищаетесь от ВИЧ/ИППП?
3. Вы когда-нибудь использовали презервативы или другие барьерные методы?
4. Если да, то, при каком виде секса?
5. Если МСМ:
   а). Вы чаще активный или пассивный партнер?
   б). Как вы защищаетесь при исполнении каждой из ролей?
6. Когда у вас в последний раз был незащищённый секс?
7. Вы принимаете алкоголь или наркотики до или во время секса?
8. Как вы считаете, алкоголь или наркотики влияют на ваше решение и возможность иметь безопасный секс?
9. Вы довольны своей сексуальной жизнью?
10. У вас есть какие-нибудь проблемы во время секса (сексуальные дисфункции)?
11. Если да, то какие?
12. Вы когда-то страдали от депрессии?

Профилактика
1. Вы изменили своё сексуальное поведение из-за ВИЧ/ИППП?
2. Как вы защищаете своего сексуального партнёра от ВИЧ?
3. Как часто вы и ваш партнер(ы) используете презервативы (или другие барьерные контрацептивы, такие как диафрагмы или колпачки)?

Коммерческий секс
1. Вы когда-нибудь предоставляли сексуальные услуги в обмен на питание, жилье, наркотики или деньги?
2. Вы зарабатываете на жизнь коммерческим сексом?

Контрацепция
1. Для гетеросексуальных/бисексуальных партнёров:

а). Какой метод предупреждения беременности вы используете?
б). Как долго вы его используете?
в). Вы используете какие-нибудь дополнительные барьерные контрацептивы?
2. Вы хотите забеременеть?
3. Если да, есть ли у вас планы, когда вы хотите забеременеть? Вы заинтересованы в планировании беременности?

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП)
1. Вас когда-нибудь лечили от:
а). сифилиса
б). гонореи
в). проктита
г). вагинита
д). генитальногогерпеса
е). хламидиоза
ж). уретрита
з). воспалительных заболеваний тазовых органов
и). генитальныхбородавок
2. Запишите место, дату, лечение и приверженность
3. Брали ли у Вас мазок по Папаниколау?
а). Когда это было в последний раз?
б). По вашей информации, были ли какие-либо из них ненормальными?

Употребление психоактивных веществ
1. Вы курите или жуёте табак?
а). Как часто вы употребляете в день сигарет/жуете табак/нюхаете табак?
б). Как долго вы употребляете табак?
2. Как часто вы пьёте алкоголь? Сколько в среднем вы пьете в неделю?
а). Вы когда-нибудь напивались до такой степени, чтобы на следующий день вы не могли вспомнить что вы делали накануне («отключались»)?
б). У вас когда-нибудь были синдромы абстиненции?(желание опохмелиться, «трясучка», белая горячка)
в). Вы когда-нибудь переживали о своей тяге к алкоголю?

3. Вы принимаете наркотики для веселья?
а).Какие виды наркотиков?
б). Как часто вы их принимаете (ежедневно, еженедельно, ежемесячно, иногда)?
в). Как долго вы их принимаете?
г). Вы когда-нибудь принимали так много, что на следующий день вы не помнили, что вы делали?
д). Вас когда-нибудь беспокоило то, что вы употребляете наркотики?
4. Принимаете ли вы какие-нибудь лекарства, чтобы расслабиться или уснуть? Если да, то, какие?
5. Принимаете ли вы какие-нибудь обезболивающие препараты? Если да, то, какие?
6. Вы когда-нибудь употребляли инъекционные наркотики и лекарства (в том числе стероиды и витамины)?
7. Если да, то пользовались ли вы общими иглами, хотя бы раз?
8. Кто-нибудь из ваших прошлых или нынешних половых партнеров принимает инъекционные наркотики?

Интимный партнер или гендерное насилие

1. Вы когда-нибудь подвергались сексуальному насилию, нападению или изнасилованию?
2. Во взрослой жизни, вы когда-нибудь жили в ситуации с физическим насилием или запугиванием?
3. Если вы ответили «да» на любой из вышеупомянутых вопросов, то когда это происходило?
4. Вы в настоящее время подвергаетесь ли дискриминации, унижению или физическому или сексуальному насилию?
5. Боитесь ли вы за свою безопасность? Например, подвергаетесь ли вы физическому принуждению к половому акту против вашей воли? Занимаетесь ли Вы половым актом, потому что боитесь того, что ваш партнер может сделать?
6. Принуждают ли вас к каким-нибудь сексуальным действиям, которые вы считает разрушительными или унизительными?

Приложение 3

Исследование при помощи Пап-теста

Пап-тест (Мазок Папаниколау, тест Папаниколау или цитологический мазок) — тест, с помощью которого можно достаточно эффективно выявлять предраковые изменения эпителия — цервикальные внутриэпителиальные неоплазии различной степени тяжести.

Показания для исследования:

- профилактический осмотр;
- носительство вируса папилломы человека высокого онкогенного риска;
- наличие зоны измененного эпителия при кольпоскопическом исследовании шейки матки.

Согласно международным стандартам, первый Пап-тест выполняется через 3 года после начала половой жизни или в возрасте 21 года (в зависимости от того, что случится раньше). Затем — раз в год. Если в течение 3-х лет подряд результаты Пап-теста не обнаруживают изменений в строении клеток шейки матки, Пап-тест проводят 1 раз в 2-3 года до 65 лет. После 65 лет выполнение Пап-теста можно прекратить, при условии, что все предшествующие результаты были отрицательными.

Более частое проведение анализа показано женщинам с ВИЧ-инфекцией, иммунодефицитом, после лечения рака или предраковых заболеваний (CIN 2, CIN 3), при частой смене половых партнеров, а также имеющим различные гинекологические заболевания (кровотечение, боль, воспалительные заболевания, выделения, зуд). Также более частый скрининг показан в случае, если выявлены изменения в предыдущих результатах ПАП-мазка или выявлен папилломавирус (ВПЧ).

Условия перед проведением теста по Папаниколау:

- Не рекомендуется проводить обследование во время менструации, при наличии любого воспалительного процесса.
- Пациенткам рекомендовано за 48 часов до взятия Пап-мазка воздержаться от сексуальных контактов, применения тампонов, использования любых вагинальных кремов, суппозиториев и лекарств, спринцеваний и вагинального душа. Также целесообразно принимать душ вместо ванны за 2 суток до проведения Пап-теста.
- Мазок следует брать до гинекологического осмотра, кольпоскопии или не ранее чем через 48 часов после этих манипуляций.

Инструменты для исследования:

- мыло и вода для мытья рук;
- источник света для осмотра шейки матки;
- гинекологическое кресло, накрытое чистой бумажной или полотняной простынью;
- дезинфицированное (дезинфекция высокого уровня) влагалищное зеркало (может быть нестерильным);
- одноразовые или дезинфицированные (дезинфекция высокого уровня) многоразовые перчатки;
- деревянный или пластиковый шпатель с расширенным концом (шпатель Айре) или цитощетка или другой инструмент для получения материала с шейки матки (не рекомендуется использовать ватный тампон);
- предметное стекло с матовым краем и карандаш для маркировки;
- фиксатор (95% этиловый спирт, лучше в аэрозольной упаковке);
- форма для записи;

- бланк информированного согласия;
- 0,5% раствор хлорной извести для дезинфекции инструментов и перчаток.

Техника получения мазка

1. Объясните суть процедуры, что означают результаты исследования и почему важно вернуться для получения результатов и соблюдать данные в соответствии с ними рекомендации. Убедитесь, что женщина поняла сказанное, и получите информированное согласие.
2. Проведите осмотр шейки матки в зеркалах.
3. Введите длинный кончик расширенной части шпателя (если мазок берется при помощи шпателя Эйра) или заостренный конец цитощетки в наружный маточный зев и однократно поверните его вокруг своей оси на 360° .
4. Аккуратно перенесите материал с обеих сторон шпателя или цитощетки на предметное стекло 1—2 движениями, стараясь не повредить образец. Если Вы выявили патологию за пределами зоны, с которой получен мазок, возьмите материал оттуда и поместите его на отдельное стекло.
5. Сразу фиксируйте все мазки. Для этого либо используйте аэрозольный фиксатор (его наносят на стекло под прямым углом с расстояния 20 см) или поместите стекло в 95% этиловый спирт, по крайней мере, на 5 минут. Если мазок фиксирован не сразу, клетки высыхают и деформируются, и может быть трудно оценить их состояние в лаборатории.
6. Аккуратно закройте створки зеркала и извлеките его.
7. Положите все использованные инструменты в дезинфицирующий раствор.
8. Готовый препарат поместить в индивидуальную упаковку (полиэтиленовый или бумажный пакет) и отправить в лабораторию.

Допускается хранение стекол с фиксированными или высушенными мазками в герметичной упаковке при температуре 2-8 ^{o}C в течение 10 суток.

Интерпретация результатов.

Мазок по Папаниколау может быть положительным или отрицательным. В норме атипичных клеток нет, все клетки одинаковой формы и размеров (отрицательный Пап-мазок). Наличие разных по форме и размерам клеток, патологическое их положение характеризуется как положительный мазок по Папаниколау.

Цитологическая классификация по Папаниколау:

1-й класс — нормальная цитологическая картина;

2-й класс — изменение морфологии клеток, обусловленное воспалительным процессом во влагалище и (или) шейке матки;

3-й класс — единичные клетки с аномалией ядер и цитоплазмы (подозрение на злокачественное новообразование);

4-й класс — отдельные клетки с явными признаками озлокачествления;

5-й класс — большое число типично раковых клеток. Диагноз злокачественного новообразования не вызывает сомнений.

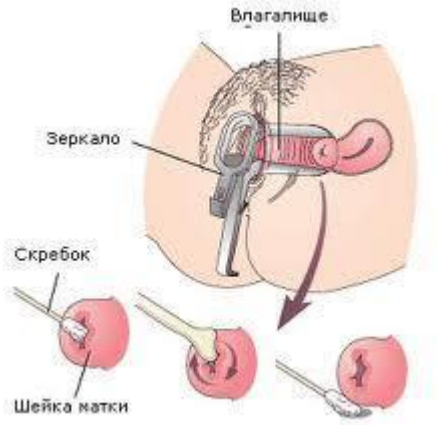
Гарантию достоверной интерпретации данных дает только комплексное обследование (кольпоскопия шейки матки, биопсия слизистой оболочки и др.).

Приложение 4

Цитологический мазок (Пап-тест). Информация для пациента

Цитологический (цервикальный) мазок (*анализ Папаниколау, Пап-тест или Пап-мазок*) - простое, быстрое и безболезненное исследование, которое позволяет на ранних стадиях обнаружить те изменения в клетках шейки матки, которые впоследствии могут перерасти в раковые образования. Помимо диагностики клеточных аномалий, мазок показывает наличие ряда патогенных микроорганизмов во влагалище и позволяет определить состояние слизистой оболочки. Результаты мазка часто не позволяют поставить окончательный диагноз и требуют других методик обследования.

Мазок основан на микроскопическом изучении клеток, взятых из шейки матки. Цитологический мазок проводится во время осмотра на гинекологическом кресле. Во влагалище вводится металлическое или пластмассовое гинекологическое зеркало. Материал для исследования берется из различных участков слизистой влагалища при помощи специальных шпателей или цитощеток (см. рисунок).



После взятия каждый образец наносится на стекло, фиксируется, а затем отправляется в цитологическую лабораторию, где его окрашивают и исследуют под микроскопом, чтобы определить состояние эпителиальных клеток.

С профилактической целью мазок делается каждой женщине ежегодно, начиная с момента начала ею половой жизни.

Лучшее время для мазка Папаниколау - любое время без менструальных выделений. За два дня до начала теста нужно избегать следующих событий, поскольку они могут замаскировать аномальные клетки и привести к неправильным результатам мазка:

- Половые сношения
- Спринцевания
- Применение вагинальных препаратов
- Применение вагинальных контрацептивов (контрацептивные пены, кремы или желе).

Отрицательные или нормальные результаты теста означают, что шейка матки выглядит здоровой, имеет здоровую форму, размер; цитология и микрофлора в пределах нормы.

Положительные или ненормальные результаты мазка означают, что что-то необычно в образце, найдены аномальные клетки различного размера и формы. Если женщина имеет ненормальный повторный результат мазка Папаниколау, мазки должны браться врачом через 4-6 месяца в течение 2 лет до получения 3 последовательных отрицательных тестов.

В мазке Папаниколау можно обнаружить также вирусные инфекции (например, вирус папилломы человека - ВПЧ) и другие провоцирующие рак факторы.

Если положительный результат Папаниколау получен из-за инфекции, нужно лечить основную причину. Пап-тест должен быть повторен в течение 2-3 месяцев, потому что рак шейки матки может быть скрыт инфекцией.

Своевременное лечение может остановить цервикальный рак до того, как он полностью разовьется. Женщина может иметь рак шейки матки и не знать об этом, потому что рак часто протекает бессимптомно.

Существуют следующие факторы риска рака шейки матки:

-несколько сексуальных партнеров (или сексуальных партнеров, которые имеют несколько партнеров);

-начало половой жизни в раннем возрасте;

-вирусные инфекции, такие, как ВПЧ, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), или вирус простого герпеса;

-ослабленная иммунная система;

-наличие в прошлом рака половой системы;

-курение.

Ранние стадии предраковых заболеваний шейки матки и рак часто не имеют признаков или симптомов. Поэтому очень важно делать регулярные мазки Папаниколау. Симптомы обычно появляются, когда рак прогрессирует и его уже сложно остановить.

При следующих симптомах немедленно обратитесь к врачу:

- Необычные вагинальные выделения
- Пятна крови или легкие кровотечения, помимо обычного срока менструации
- Кровотечение или боль во время секса

Эти симптомы не однозначно обозначают рак, эти симптомы могут вызывать и другие факторы, но необходима проверка, чтобы определить причину.

Уточнить информацию и задать дополнительные вопросы вы можете у своего лечащего врача.

Приложение 5

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение скрининга рака шейки матки

Я,_____года рождения, согласно закону Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 года №147 полностью информирована о своих правах как пациентка.

Претензий по соблюдению медицинским работником моих прав не имею.

Я получила от медицинского работника всю необходимую информацию об обследовании на предраковые процессы и рак шейки матки при помощи Пап-теста.

Мне понятно, что будет происходить во время обследования, в том числе риск и осложнения, связанные как с его проведением, так и с отказом от его проведения. Я осознаю, что мой отказ от обследования не приведет ни к каким карательным мерам.

Я понимаю, почему важно вернуться для получения результатов обследования и готова прийти на повторное консультирование. Если результаты моего обследования покажут какие-то изменения, я готова продолжить дальнейшее обследование.

Я даю информированное согласие на проведение данного обследования.

«_____» _____20____г. Подпись клиентки_____

«_____» _____20_____г. Подпись медицинского работника _____

ПРИЛОЖЕНИЕ

Подтверждающие документы для эффективных стратегий

Существует множество доказательств относительно вмешательств и действий, оказывающих благотворное влияние на различные аспекты сексуального здоровья и благополучия ЛЖВ. Эти вмешательства обобщены ниже. После каждого пункта показан уровень достоверности:

Уровень I = высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ);

Уровень II = качественные испытания, такие как случай-контроль или групповые исследования;

Уровень III = не-аналитические исследования, такие как наблюдения, отчеты о случаях или тематические серии;

Уровень IV = консенсус или мнение экспертов

1.2.1 Поддержка сексуального здоровья

Все ВИЧ-инфицированные лица, находящиеся под регулярным наблюдением должны иметь:

- оценку сексуального здоровья, в том числе сексуальный анамнез, задокументированный во время первого посещения и через 6 месяцев после этого (II);
- доступ к персоналу, обученному сбору сексуального анамнеза и к тем, кто может сделать соответствующую оценку сексуального здоровья (III);
- доступ к современным высококачественным услугам консультирования и поддержки для обеспечения хорошего сексуального здоровья и для поддержания безопасного поведения (IV);
- предложение на ежегодной основе о полном скрининге/мониторинге за сексуальным здоровьем (независимо от анамнеза) и записях о результатах лечения в случае ВИЧ-инфекции, и запись об отказе (в случае отказа) (II);
- зарегистрированные местные медучреждения для диагностики, лечения и работы с партнером относительно инфекций передаваемых половым путем (ИППП) среди людей с ВИЧ, информацию которых (учреждениях) можно активно довести до сведения всех сотрудников клиники и ВИЧ-инфицированных пациентов (II).

1.2.2 Ведение инфекций, передаваемых половым путем, у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин

Все ВИЧ-инфицированные лица с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), должны лечиться соответствующим образом:

- Большинство ИППП у ВИЧ-инфицированных, в том числе гонорею и хламидийную инфекцию, можно лечить так же, как и у людей без ВИЧ (II).
- ИППП следует рассматривать в дифференциальной диагностике представленных симптомов, таких как кожная сыпь и проктит у ВИЧ-инфицированных пациентов (I).
- Серология сифилиса должна быть задокументирована на первичном приеме и с 3-месячными интервалами, и должна рассматриваться как часть рутинного анализа крови на ВИЧ (если не указано иное) с целью выявления бессимптомного сифилиса (II).

1.2.3 Лечение гепатита и вирусов, передающихся с кровью

Все ВИЧ-инфицированные лица, находящиеся под регулярным наблюдением, должны иметь:

- Проверку на наличие гепатитов А, Б и С в начале обследования, а если они ещё не прошли иммунизацию против гепатита В (HBV), они должны быть вакцинированы против него (III);
- Скрининг на гепатитБ и С, который должен предлагаться раз в год для тех, кто имеет риск заражения (IV).

1.2.4 Постконтактная профилактика

Все учреждения должны иметь четкую политику и процедуры по постконтактной профилактике (ПКП) после полового контакта (IV).

Все ВИЧ-инфицированные лица должны быть осведомлены о существующих процедурах учреждений по доступу к ПКП (IV).

1.2.5 Предварительное консультирование до зачатия, естественное зачатие и оплодотворение

ВИЧ-инфицированные мужчины и женщины и их партнеры, планирующие иметь детей, должны получать периконцептуальное консультирование по всем вариантам зачатия, в том числе рискам передачи ВИЧ, связанные с каждым вариантом, чтобы они могли сделать осознанный выбор (IV).

Подробная всеобъемлющая периконцептуальная консультация должна быть доступна для пары, планирующей зачатие. Сюда входит обзор имеющихся вариантов и возможных рисков для каждого метода. Все обсуждения должны быть четко задокументированы в клинических записях (IV).

Клиники, предоставляющие консультации серодискордантным парам по стратегиям снижения риска при естественном зачатии, должны получить письменное согласие, что обе стороны понимают и принимают возможность риска передачи ВИЧ (IV).

1.2.6 Рак и предраковое состояние шейки матки и ануса

Рак шейки матки

Все вновь выявленные ВИЧ– инфицированные женщины должны иметь сексуальный и гинекологический анамнез, как часть их первого медицинского заключения, в том числе цитологию шейки матки и скрининг сексуального здоровья, если это необходимо (III).

Прогрессирующая ВИЧ-инфекция является самым сильным независимым фактором риска развития аномалий шейки. Все аномальные мазки (в том числе мягкий дискариоз) следует показывать специалисту по кольпоскопическим услугам (II).

В настоящее время рекомендуется ежегодный цервикальный мазок (IV).

Ведение цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) у ВИЧ-инфицированных женщин не должно отличаться от таковой у других пациентов (III).

Существуют ограниченные и противоречивые данные о влиянии высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ) на естественное протекание болезни, поэтому уход за женщинами должен быть одинаковым, независимо от того, получают они терапию или нет (II).

Анальный рак

Все основные ВИЧ учреждения, должны разработать клинические протоколы для ведениявозможного анального рака и предракового состояния (IV).

Все основные ВИЧ учреждения должны разработать местную клиническую экспертизу или пути направления при подозрении на анальный рак и предраковое состояние (IV).

1.2.7 Психосоциальные проблемы

Психологические соображения имеют ключевое значение в ряде вопросов, включая зачатие и ВИЧ в период беременности, сексуальное поведение с целью снижения риска передачи ВИЧ и сексуальные функции (II).

Все учреждения, участвующие в предоставлении услуг по ВИЧ, должны планировать финансирование и обеспечение услуг по психическому здоровью и поведенческим аспектам сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) (IV).
Современное понимание профилактики ВИЧ, рискованного поведения, репродуктивное здоровье матери/отца должны учитываться при лечении и предоставлении услуг (IV).
1.2.8 Передача ВИЧ половым путём и АРТ
АРТ снижает риск заражения ВИЧ половым путем; для людей с хронически подавленной вирусной нагрузкой риск передачи может быть незначительным при отсутствии ИППП (II).
В большинстве случаев, консультации и советы должны и впредь содействовать использованию презервативов для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП (III).
Подробные индивидуальные консультации, в том числе методы снижения вреда, должны быть доступны для лиц находящихся в серодискордантных и серо-конкордантных долгосрочных отношениях, которые предпочитают незащищенный половой акт (IV).
Риск суперинфекции ВИЧ может уменьшиться со временем после первоначальной инфекции. Несмотря на то, что это более вероятно в течение первых 3 лет после сероконверсии, риск суперинфекции сохраняется и после этого (II).
ВИЧ-инфицированных лиц нужно консультировать по вопросам низкого, но возможного риска суперинфекции, особенно тех, кто решил заниматься серосортировкой (??) (т.е. иметь незащищенный половой акт с такими же ВИЧ – инфицированными партнерами) (II).
1.2.9 ВИЧ и криминализация
Медицинский персонал должен быть осведомлен о правовых вопросах, касающихся передачи ВИЧ, обязанностях по уходу за больными, сохранению конфиденциальности и ответственности перед общественным здравоохранением (IV).
Все учреждения должны разработать местную политику и руководящие принципы, касающиеся уведомления партнеров и их раскрытия/выявления (IV).
1.2.10 Контрацепция для женщин с ВИЧ инфекцией
Следует поощрять постоянное использование презерватива в сочетании с дополнительными методами контрацепции (II).
Для женщин с ВИЧ, не получающих ART, подходят все доступные методы контрацепции (II).
Полный выбор вариантов контрацепции следует обсудить при помощи соответствующих консультаций относительно потенциального лекарственного взаимодействия и снижения контрацептивной эффективности (III).
Из-за потенциального взаимодействия антиретровирусной терапии (АРТ) и комбинированных оральных контрацептивов (КОК), только прогестогеновых препаратов (ПКП) и имплантов, эти методы лучше избегать женщинам, получающим АРТ или другие препараты, усиливающими ферменты печени (III).
Не существует известного отрицательного взаимодействия между АРТ и медроксипрогестероном ацетатом (УД), ВМС с левоноргестрелом (LNG-ВМС) и внутриматочными средствами (ВМС) (II).
Для экстренной контрацепции, срочное введение ВМС считается предпочтительным вариантом для женщин, получающим АРТ. Если используется Levonelles 1500, то для женщин, получающих АРТ, необходима дополнительная доза (3 мг) (III).
1.2.11 Репродуктивное и сексуальное здоровье у мужчин

Чтобы предотвратить распространение ВИЧ-инфекции, суперинфекции и сочетания с другими ИППП, следует поощрять использование барьерных методов контрацепции(I). Обучение правильному использованию презерватива представляется более важным, чем его толщина (презерватива).(II).

Могут возникнуть правовые последствия после незащищенного секса, особенно, если человек не раскрыл свой ВИЧ-статус и произошла его передача. Это должно быть упомянуто в контексте дискуссии о безопасном сексе. Дальнейшее руководство должно быть получено от соответствующих источников (IV).

Не следует поощрять использование минеральных смазок на масляной основе с латексными презервативами, и использование ноноксинола-9 (N-9) (III).

Не существует конкретных опубликованных доказательств того, что антиретровирусные (АРВ) препараты влияют на мужскую фертильность (III).

1.2.12 Обследование и ведение суб-фертильности у мужчин

Существует ряд доказательств, что мужчины с прогрессирующим заболеванием могут иметь ненормальное производство спермы; оптимизация лечения ВИЧ-инфекции должна быть частью ведения таких мужчин (III).

Обоим партнёрам рекомендуется пройти обследование (IV)

1.2.13Ректальная дисфункция

Существует ряд доказательств, что люди с ВИЧ-инфекцией чаще сталкиваются с ректальной дисфункцией (РД). Это может отрицательно сказаться на эффективности использования презервативов, и эти мужчины должны пройти лечение (III).

Существует несколько серьезных лекарственных взаимодействий между ингибиторами фосфодиэстераз 5 (ФДЭ-5) и ингибиторами протеазы (ИП), что может потребовать изменения дозы ингибиторов ФДЭ-5 (II).

Необходимо учитывать, что рекреационные лекарства могут повлиять на использование презервативов и ректальную функцию. Ингаляционные нитраты противопоказаны при использовании ингибиторов ФДЭ-5 (III).