

Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения
«Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и
лечение больных с ВИЧ»



Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин

Руководство по оказанию комплексной
медицинской помощи женщинам с ВИЧ

Москва, 2006



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Настоящее издание финансируется Агентством США по международному развитию. Мнения, выраженные авторами в этом издании, необязательно отражают мнения Агентства США по международному развитию.

**Любые предложения и замечания по поводу руководства просим высылать в адрес
Института Здоровья Семьи:**

119049, Москва, ул. Коровий Вал, 7, офис 175

Тел. (495) 937 3623

Факс (495) 937 3680

Адрес в интернет: www.jsi.ru



Институт Здоровья Семьи



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздравсоцразвития России)

Руководителям органов
управления здравоохранением
субъектов Российской Федерации

Рахмановский пер., 3, г. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: 928-44-53, факс: 928-50-58

16.11.2006 № 15-3/2499-04

№ _____ от _____

Разработанное в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных с ВИЧ» руководство «Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин» (далее Руководство) направлено на совершенствование качества оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам для сохранения их репродуктивного здоровья и профилактики нежелательной беременности.

В разработке Руководства принимали участие ведущие специалисты Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профильных научно-исследовательских институтов, центров и лечебно-профилактических учреждений всех уровней (муниципального, субъектов Федерации и федерального). Руководство одобрено российскими и международными экспертами, работающими в области ВИЧ/СПИДа.

Руководство разработано с учетом международных стандартов, рекомендаций и нормативных правовых актов Минздравсоцразвития России, регламентирующих организацию комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам для сохранения их репродуктивного здоровья и профилактики нежелательной беременности.

В руководстве представлены комплексные медицинские услуги, направленные на сохранение здоровья ВИЧ-инфицированных женщин, в т.ч. проведение антиретровирусной терапии, международная и отечественная практика охраны репродуктивного здоровья, современные методы контрацепции.

Руководство является методическим клиническим и организационным пособием для организации деятельности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и рекомендуется к использованию в работе организаторам здравоохранения, врачам - акушерам-гинекологам, врачам общей практики, врачам - инфекционистам, средним медицинским работникам первичного звена здравоохранения, а также для обучения студентов медицинских вузов и колледжей, последиplomной подготовки врачей и средних медицинских работников.

Директор Департамента
медико-социальных проблем семьи, материнства и детства
Министерства здравоохранения и социального развития РФ
Профессор О.В.Шарапова

Вступительное слово

Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ «Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин» разработано Институтом Здоровья Семьи при поддержке Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора).

Одной из основных задач руководства является совершенствование практики планирования семьи у женщин с ВИЧ. В руководстве представлены важные правовые документы в области оказания медицинской помощи людям с ВИЧ-инфекцией. Руководство разработано на основе серьезного анализа международных данных об особенностях контрацепции у ВИЧ-инфицированных женщин. В консультировании руководства принимали участие ведущие российские эксперты в области контрацепции и ВИЧ/СПИД, а также руководители службы материнства и детства и центров по профилактике и борьбе со СПИД регионов, имеющих большой опыт работы с ВИЧ-инфицированными женщинами.

Руководство может служить важным методическим пособием, способствующим повышению качества медицинской помощи женщинам с ВИЧ, направленной на улучшение их репродуктивного здоровья, предупреждение незапланированной беременности и абортов.

Руководство издается и распространяется в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных с ВИЧ» по комплексу мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Начальник отдела Организации надзора за ВИЧ/СПИД Роспотребнадзора

А.Т. Голиусов



Предисловие

Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ «Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин» разработано при поддержке Роспотребнадзора Институтом Здоровья Семьи (ИЗС) совместно с Представительством корпорацией «Джон Сноу Инк», внедряющей проект «Мать и дитя» в российских регионах.

Проект «Мать и дитя», финансируемый Агентством США по международному развитию, проводится в рамках межправительственного сотрудничества России и США в области здравоохранения совместно с Минздравсоцразвития России и Роспотребнадзором, при участии ведущих российских и международных специалистов. Целью проекта является улучшение здоровья женщин и детей за счет повышения качества и доступности медицинской помощи, внедрения практик, основанных на доказательной медицине. Задача проекта - распространение созданной проектом интегрированной модели оказания медицинской помощи женщинам и детям с внедрением современных перинатальных технологий, инфекционного контроля, комплекса мер по охране репродуктивного здоровья и профилактики ВИЧ/СПИДа. Основные методы работы в рамках проекта: обучение и консультирование медицинских работников, проведение исследований, разработка образовательных материалов и руководств, экспертная помощь внедрения практик и технологий в медицинских учреждениях, информационная поддержка. Проект «Мать и дитя» работает в России с 1999 года, в настоящее время в нем участвуют 16 территорий: Республики Коми и Саха (Якутия), Калужская, Новгородская, Пермская, Вологодская, Тюменская, Иркутская, Мурманская, Омская, Сахалинская области, Хабаровский и Приморский края, города Барнаул, Красноярск и Оренбург.

Целью настоящего руководства является улучшение качества медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам для сохранения и улучшения их репродуктивной функции и профилактики нежеланной беременности.

Все женщины и их партнеры независимо от их ВИЧ-статуса имеют право свободно принимать решения о сохранении или прерывании беременности, родах и контрацепции. Выделение группы ВИЧ-инфицированных женщин при оказании медицинской помощи обусловлено особенностью предоставления им медицинских услуг, что связано с профилактикой перинатальной передачи ВИЧ, профилактикой передачи ВИЧ партнеру, предупреждением прогрессирования ВИЧ инфекции, назначением антиретровирусных препаратов, распространенностью определенных сопутствующих заболеваний, оказанием им специализированной медицинской помощи в центре по профилактике и борьбе со СПИД. Женщины с ВИЧ могут сталкиваться с негативным отношением к ним общества. Поэтому при оказании медицинской помощи важно обеспечить им доброжелательное внимание, так чтобы женщины с ВИЧ не чувствовали проявлений стигматизации и дискриминации, были уверены в возможности получения всеобъемлющей медицинской помощи и социальной поддержки. Перечисленные особенности требуют повышения знаний медицинских работников первичного звена и специалистов для улучшения качества медицинских услуг женщинам с ВИЧ по репродуктивному здоровью.

Актуальность создания руководства подтверждена исследованием существующей практики медицинской помощи женщинам с ВИЧ, проведенным проектом «Мать и дитя» в 2005 г. по данным опроса женщин, поступивших в медицинское учреждение по поводу родов или аборта и ретроспективного анализа историй родов/аборта. Результаты этого исследования представлены в соответствующей главе руководства.

В руководстве представлены необходимые обследования для контроля состояния здоровья женщин с ВИЧ, правила и темы консультирования, методы и особенности контрацепции у женщин с ВИЧ, основные положения антиретровирусной терапии, а

также нормативные документы (в том числе Приказ Минздравсоцразвития № 612 от 2006 г.), определяющие оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ.

Руководство предназначено для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД, акушеров, гинекологов, акушерок, инфекционистов, врачей общей практики, медицинских сестер, любых других специалистов, оказывающих медицинскую помощь женщинам с ВИЧ-инфекцией, а также для преподавателей медицинских вузов и колледжей.

Авторами будут с благодарностью восприняты любые предложения и замечания, позволяющие улучшить данное руководство.

Оглавление

РАБОЧАЯ ГРУППА ПО СОЗДАНИЮ РУКОВОДСТВА	8
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	9
1. АКТУАЛЬНОСТЬ РУКОВОДСТВА	10
1.1 Исследование практики планирования семьи у женщин с ВИЧ-инфекцией	11
2. МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ У ЖЕНЩИН С ВИЧ	17
3. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	19
3.1 Сбор анамнеза.....	20
3.2 Осмотр	23
3.3 Обследования	23
3.3.1 Диагностика алкогольной и лекарственной/химической зависимости.....	26
4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН С ВИЧ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ	30
4.1 Методы контрацепции	33
4.1.1 Презервативы	39
4.1.2 Гормональная контрацепция	41
4.1.3 Внутриматочные средства контрацепции (ВМС)	48
4.1.4 Добровольная женская и мужская стерилизация (ДХС)	51
4.1.5 Таблетированная экстренная контрацепция (ТЭК).....	54
4.1.6 Методы отслеживания фертильности	55
4.1.7 Прерванный половой акт	56
4.1.8 Спермициды	56
4.2 Индивидуальный выбор контрацепции	57
4.2.1 Контрацепция у женщин с ВИЧ с сохраненным иммунитетом, без сопутствующих заболеваний и терапии.....	59
4.2.2 Консультирование при наличии СПИД и другого тяжелого заболевания	61
4.2.3 Особенности консультирования женщин во время беременности и после родов	62
4.2.4 Консультирование женщин после аборта	62
4.2.5 Особенности консультирования подростков	64
5. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН С ВИЧ ПО ВОПРОСАМ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ... 67	67
5.1 Основные вопросы консультирования	67
5.2 Консультирование женщин по поводу АРВ-терапии	69
6. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ АРВ-ТЕРАПИИ	73
6.1 Особенности АРВ-терапии у женщин	75
6.2 Приверженность к медицинскому наблюдению и лечению	77
7. ЛИТЕРАТУРА, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЧТЕНИЯ	81
8. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	82
9. ПРИЛОЖЕНИЕ	85
9.1 Нормативные документы	85
9.1.1 Федеральный закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ- инфекции)" с изменениями.....	85
9.1.2 Приказ Минздравсоцразвития об утверждении стандарта медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.....	89
9.1.3 Приказ Минздравсоцразвития о неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией.....	107
9.1.4 Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин.....	111
9.2 Пособие по консультированию по планированию семьи модель «ПОМОГИ».....	113

Рабочая группа по созданию руководства

Разработчики руководства

- Вартапетова Наталья Вадимовна, к.м.н. – Руководитель проекта «Мать и дитя»
- Карпушкина Анна Викторовна, д.м.н. – Координатор проекта «Мать и дитя»

В создании руководства принимали участие

- Савельева Ирина Сергеевна, д.м.н. - Руководитель отдела международных научных программ Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН
- Городничева Жанна Андреевна, к.м.н. – Старший научный сотрудник Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН

Консультанты

- Березовская Елена Константиновна – врач Центра по профилактике и борьбе со СПИД Иркутской области
- Горбунова Ольга Петровна - Главный специалист отдела организации медицинской помощи матери и ребенку Департамента здравоохранения Тюменской области
- Двоеконко Альбина Анатольевна - Заместитель главного врача Центра по профилактике и борьбе со СПИД Красноярского края
- Козырина Надежда Владимировна, к.м.н. – Старший научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД
- Малюта Руслан Николаевич – Старший советник по ВИЧ/СПИД корпорации «Джон Сноу, Инк» (США)
- Михайлов Сергей Петрович, к.м.н. – Заместитель главного врача по лечебной работе Центра по профилактике и борьбе со СПИД Оренбургской области
- Попова Елена Валентиновна - Ведущий специалист отдела охраны здоровья матери и ребенка Главного управления здравоохранения Иркутской области
- Протопопова Наталья Владимировна, д.м.н., профессор - Главный акушер-гинеколог Иркутской области, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Иркутского государственного медицинского университета
- Ракина Юлия Николаевна - Заместитель главного врача Центра по профилактике и борьбе со СПИД Иркутской области
- Садовникова Валентина Николаевна, к.м.н. – Заместитель начальника отдела организации и развития медицинской помощи матерям и детям Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития РФ
- Филиппов Олег Семенович, д.м.н. – Начальник отдела акушерско-гинекологической помощи Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития РФ
- Фомин Юрий Алексеевич, к.м.н. – Доцент кафедры инфекционных болезней и курсом СПИД Санкт-Петербургской академии постдипломного образования, заместитель главного врача Клинической республиканской инфекционной больницы
- Цветков Борис Васильевич - Главный врач Центра по профилактике и борьбе со СПИД Иркутской области
- Юрин Олег Геральдович, д.м.н. – Заместитель руководителя Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИД

Рецензенты

- Баранов Игорь Иванович, д.м.н. – Национальный эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, проект «Контроль и профилактика ВИЧ/СПИД в РФ»
- Серебренникова Клара Георгиевна, д.м.н. – Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФППО ММА им. И.М.Сеченова

Редакторская правка

- Стемковская Елена Борисовна - Координатор учебных программ проекта «Мать и дитя»

Список сокращений

Таблица 1

АД	Артериальное давление
АРВ-профилактика	Антиретровирусная профилактика
АРВ-терапия	Антиретровирусная терапия
В/м	Внутримышечно
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВК	Влагалищное кольцо
ВМС	Внутриматочное контрацептивное средство
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГК	Гормональная контрацепция
ГО	Гинекологическое отделение
ДМПА	Депо медроксипрогестерона ацетат
ДХС	Добровольная хирургическая стерилизация
ЕМПС	Естественные методы планирования семьи
ЖК	Женская консультация
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИРТ	Инфекции репродуктивного тракта
ИФА	Иммуно-ферментный анализ
КВД	Кожно-венерологический диспансер
КОК	Комбинированная оральная контрацепция
КП	Контрацептивный пластырь
ЛНГ	Левоноргестрел
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
Минздравсоцразвития	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
МЛА	Метод лактационной аменореи
МОФ	Методы отслеживания фертильности
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку
ПС	Планирование семьи
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РКС	Работники коммерческого секса
РМЦ	Регуляция менструального цикла
СВ	Снижение вреда
см	Смотри
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СПС	Служба планирования семьи
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦПС	Центр планирования семьи
ЧПИК	Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы
ЧПК	Чисто прогестиновые контрацептивы
ЧПОК	Чисто прогестиновые оральные контрацептивы

1. Актуальность руководства

В Российской Федерации продолжает увеличиваться число людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИД число зарегистрированных инфицированных ВИЧ в Российской Федерации на 30.04.2006 составило 342 504 человека. По оценкам Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) реальное число ВИЧ-инфицированных может быть в три раза выше, достигая одного миллиона человек. Согласно данным Минздравсоцразвития¹ в РФ растет число женщин среди ВИЧ-инфицированных:

- За период эпидемии ВИЧ-инфекции выявлено более 100 тысяч ВИЧ-инфицированных женщин.
- За последние 5 лет удельный вес женщин среди ВИЧ-инфицированных увеличился в 1,8 раза, с 24% в 2001 году до 43% в 2005 году. Около 60% составляют женщины 20-30 лет.
- С 1999 по 2005 гг. состоялось 26 370 родов у ВИЧ-инфицированных, из них 25 289 родов за последние пять лет. К концу 2004 г. диагноз ВИЧ-инфекция установлен более чем у одной тысячи детей, более 15 000 детей моложе 18 месяцев находятся под диспансерным наблюдением, умерло до подтверждения диагноза более 170 детей, более 400 - потеряны из наблюдения, от 1553 детей отказались матери.

Продолжительность бессимптомного течения ВИЧ может быть различна. Это зависит от состояния иммунной системы, сопутствующих заболеваний, особенностей вируса иммунодефицита. Без приема антиретровирусных препаратов (АРВ-препаратов) прогрессирование ВИЧ-инфекции, появление симптомов приобретенного иммунодефицита (СПИД), характеризующего тяжелыми оппортунистическими инфекциями и опухолевыми процессами, начинается в среднем через 7-10 лет после инфицирования.

Регулярный контроль состояния иммунной системы и прием антиретровирусных препаратов может существенно приостановить прогрессирование заболевания, продлить жизнь пациентов, улучшить качество их жизни и позволит иметь здоровое потомство.

¹ Данные Минздравсоцразвития представлены В.Н. Садовниковой на симпозиуме проекта «Мать и дитя» «Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку», который состоялся в рамках Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии 16 мая 2006 г.

В настоящее время четко определены схемы профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, позволяющие снизить риск передачи ВИЧ во время беременности и родов до 2% и менее. К ним относится назначение АРВ-препаратов во время беременности и родов, назначение АРВ-препаратов новорожденному, плановое кесарево сечение, отказ от грудного вскармливания, вскармливание ребенка искусственными смесями. Эффективность этих схем зависит от приверженности женщин к медицинскому наблюдению и приему антиретровирусных препаратов. Вся информация, касающаяся профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, представлена в **«Клинико-организационном руководстве по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»** проекта «Мать и дитя» (Москва, 2006 г., издание третье, www.jsi.ru), одобренном Минздравсоцразвития и Роспотребнадзором.

Наилучшие исходы беременности могут быть у женщин, сознательно планирующих беременность, и которым оказывается полноценная медицинская помощь по подготовке к беременности. Одним из основных факторов, негативно влияющих на состояние репродуктивного здоровья женщины, является искусственное прерывание беременности. В Российской Федерации по сравнению с другими странами наиболее высокий уровень аборт, в том числе, у ВИЧ-инфицированных женщин. По данным официальной статистики 16 регионов, участвующих в проекте «Мать и дитя», с момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции по конец 2005 г. зарегистрировано 8905 беременностей, абортами закончилось более трех тысяч. Проектом «Мать и дитя» проведено исследование существующей практики медицинской помощи женщинам с ВИЧ по планированию семьи.

1.1 Исследование практики планирования семьи у женщин с ВИЧ-инфекцией

Проектом «Мать и дитя» проведен опрос женщин с ВИЧ в медучреждениях, поступивших по поводу родов или аборта с мая по октябрь 2005 года, и изучение карт родов и абортов, проведенных с 1 января 2002 по октябрь 2005 года. Исследование проводилось в 8 российских регионах, участвующих в проекте «Мать и дитя»: Пермской, Тюменской, Оренбургской, Иркутской, Мурманской областях, Хабаровском, Алтайском и Красноярском краях.

Дизайн и материалы исследования разработаны сотрудниками проекта «Мать и дитя» с консультативной помощью специалистов Центра ВИЧ/СПИД «Джон Сноу Инкорпорейтед» (США). Проведение исследования одобрено Роспотребнадзором, Федеральным научно-практическим центром по профилактике и борьбе со СПИД и Научно-практическим центром помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям.

Принципы проведения исследования соответствовали международным этическим требованиям.

Участвовать в интервью было предложено 470 женщинам, 458 женщин опрошены, 12 женщин отказались от участия в исследовании. В ретроспективном исследовании изучено 2528 историй – 1457 историй родов и 1071 аборт. В настоящем руководстве описательно представлены преимущественно данные опроса женщин в общей группе после родов и аборта. Если между группами женщин после родов и аборта по определенному признаку были выявлены существенные различия, данные представлялись отдельно. Используются данные историй родов и аборт, касающиеся сопутствующей патологии и зарегистрированного опыта использования наркотиков у женщин, обратившихся за медицинской помощью по поводу родов и аборта за ретроспективный период исследования. Полную информацию об исследовании можно получить, обратившись в адрес проекта «Мать и дитя». Планируется отдельная публикация по результатам этого исследования.

Большинство женщин, поступивших в медицинское учреждение по поводу аборта или родов, были в возрасте 21-24 года, минимальный возраст - 15 лет, максимальный – 39, средний – около 24 лет. Все женщины имели постоянное место жительства в регионах, где проводилось исследование. Более 77% женщин имели среднее образование. Менее 40% имели постоянную работу. Замужем - половина опрошенных женщин, 82% имели постоянного полового партнера.

Большинство женщин (58%) сказали, что они были инфицированы ВИЧ гетеросексуальным путем, 32% инфицировались в результате использования инъекционных наркотиков. Остальные – затруднились с ответом. По данным медицинской документации доля женщин, использовавших наркотики, составила примерно 50%.

Большая доля женщин после родов сообщили, что они узнали о том, что инфицированы ВИЧ в год проведения исследования в 2005 году (40%), остальные - в 2004 г. и ранее. Значительно больше женщин после аборта знали о своем позитивном ВИЧ-статусе до 2005 г. (81%). Примерно 70% женщин знали о том, что они ВИЧ-инфицированы в течение 1 - 4 лет. В настоящее время только у 4% женщин позитивный ВИЧ- статус выявлен 7 лет назад и ранее.

По данным медицинской документации СПИД диагностирован у очень небольшого числа женщин (не более 0,4%). За весь период ретроспективного исследования не более 3% женщин получали АРВ-терапию до настоящей беременности.

По данным медицинской документации было установлено, что большинство женщин обследуется за время беременности на ИППП и на вирусные гепатиты. Однако довольно большой процент женщин (около 20%) не обследован на эти заболевания.

Почти у трети обследованных женщин за время последней беременности выявлены различные ИППП. За весь период исследования (2002-2005 гг) сифилис среди ИППП составил 10% у женщин после родов и 21% - у женщин после аборта. Среди других выявленных ИППП отмечались уреоплазма, хламидиоз и трихомониаз, у 34% женщин с ИППП, поступивших по поводу родов, выявлена герпетическая инфекция. Были распространены также: бактериальный вагиноз, кандидоз, кондиломатоз. В единичных случаях была выявлена гонорея. Большинство женщин получили лечение по поводу ИППП.

За ретроспективный период исследования вирусные гепатиты были выявлены у 62% женщин с ВИЧ, из них 83% были инфицированы гепатитом С, 11% - В и С, менее 5% - гепатит В.

Были выявлены и другие инфекционные заболевания - латентные формы цитомегаловирусной и токсоплазменной инфекции.

Примерно 20% опрошенных женщин подтвердили, что в течение последнего года перед беременностью у них были нарушения менструального цикла, из них у 23% задержки менструации составили 3 месяца и более.

Большинство женщин наблюдаются в центре по профилактике и борьбе со СПИД (76% женщин после родов и 92% женщин после аборта). В женской консультации подтвердили наблюдение 78% женщин после родов и 47% женщин после аборта. О стигматизации из-за ВИЧ-статуса при обращении в женскую консультацию сообщили 18% женщин после родов и 8% женщин после аборта. Проявления стигматизации были также и в роддоме (15% женщин) и гинекологическом отделении (10% женщин). Наиболее удобным местом для получения консультации гинеколога для большинства женщин является центр по профилактике и борьбе со СПИД (для 65% женщин, опрошенных после родов, и 74% - после аборта), на втором месте - женская консультация (52% и 39% соответственно).

Опрос женщин показал, что большинство имело предыдущие беременности (65% женщин после родов и 83% женщин после аборта). Среднее число предыдущих беременностей было около 2. Немногим больше трети предыдущих беременностей закончилось родами, 60% - абортами (около 10% - выкидышами). Около 70% женщин имели в прошлом аборт.

Большинство женщин не планировали настоящую беременность (54% женщин после родов и 94% женщин после аборта).

Несмотря на то, что большинство женщин (около 70%) подтвердило предыдущее консультирование медицинскими работниками по планированию семьи, только 32% женщин после родов и 59% женщин после аборта подтвердили использование контрацепции перед этой беременностью. Непосредственно перед беременностью использовали контрацепцию 25% и 35% женщин соответственно. Пятьдесят семь процентов женщин после родов и 89% женщин после аборта, использовавших контрацепцию непосредственно перед беременностью, сообщили, что они забеременели, используя контрацепцию.

Основными причинами отказа от контрацепции до настоящей беременности были – желание беременности и нежелание использовать контрацепцию. Встречались также ответы: высокая стоимость метода, опасения побочных эффектов, нежелание партнера, редкие половые контакты.

Презервативы - наиболее часто использованный метод контрацепции непосредственно перед беременностью, 74% опрошенных женщин использовали этот метод. Значительно меньше женщин принимали оральные гормональные контрацептивы (примерно 16%). Относительно часто использовались естественные методы планирования семьи, об этом сообщили 12% женщин после родов и 22 % женщин после аборта. В очень редких случаях упоминались другие методы.

Не хотят в будущем иметь детей 55% опрошенных женщин, 28% сказали, что они хотели бы иметь ребенка, 17% затруднились с ответом. Значительно чаще женщины после родов давали ответ, что они не хотят больше иметь детей (64%), по сравнению с женщинами, опрошенными после аборта (43%).

Более 90% женщин после родов и абортов планируют использовать контрацепцию, однако, проконсультированы в роддоме и гинекологическом отделении о контрацепции медработниками только половина опрошенных женщин. Треть женщин сказали, что они нуждаются в дополнительном консультировании.

Большинство женщин (примерно 90%), кто был проконсультирован, сообщили, что им было рассказано о двух и более методах контрацепции. Наиболее часто рекомендуемым методом был презерватив (70% женщин), гормональные оральные контрацептивы (около 60%), внутриматочные контрацептивы (39%), инъекционные методы контрацепции (16%). Менее 10% женщин упомянули другие методы. Двойной метод контрацепции (использование презерватива и любого другого медицинского метода контрацепции), наиболее эффективно предохраняющий от нежеланной беременности,

ИППП и суперинфекции ВИЧ, был порекомендован 46% женщин. Тринадцать процентов женщин после аборта получили метод контрацепции в гинекологическом отделении и 2% женщин после родов в роддоме.

Корректно информированы о сроках возвращения фертильности после родов и аборта были только 28% женщин.

В крайне редких случаях в консультировании по планированию семьи участвовал партнер женщины (примерно 3%).

Распределение планируемых к использованию методов контрацепции в целом соответствовало рекомендованным медработниками. Примерно половина женщин планировала использовать презервативы, треть - гормональные противозачаточные таблетки и внутриматочные контрацептивы, упоминание остальных методов не превышало 10%. Обращало внимание, что около 9% женщин планировали использование естественных методов контрацепции после настоящей беременности. Не более 25% женщин намеревались использовать двойной метод контрацепции.

В единичных случаях женщины не планировали использовать контрацепцию после беременности (4%). Это было связано: с планированием будущей беременности, нежеланием использовать контрацепцию, сомнением в эффективности контрацепции, нежеланием партнера, высокой ценой контрацептивов и опасением нежелательных эффектов.

Наиболее уважаемым источником информации о контрацепции для женщин с ВИЧ является медицинский работник (61% женщин), женщины также относятся уважительно к любой информации, представленной в центре по профилактике и борьбе со СПИД (40%), для них также важно мнение родных (23%) и партнера (21%). Значительно реже упоминались другие источники информации: друзья, печатная информация в различных медучреждениях, популярные издания, средства массовой информации, аптеки, общественные организации.

Выводы:

- У женщин с ВИЧ существует высокая потребность в получении от медицинских работников информации о современных методах предупреждения незапланированной беременности. Большинство женщин с ВИЧ находятся в начале репродуктивного возраста, и довольно большая часть из них не планирует в будущем иметь детей
- Практика консультирования женщин с ВИЧ медицинскими работниками о контрацепции является крайне неудовлетворительной. Это подтверждается низким охватом консультирования женщин с ВИЧ, высоким уровнем абортов, ограниченностью

рекомендуемых им эффективных методов, отсутствием знаний женщин о сроках возвращения фертильности после родов и аборта.

- Среди женщин с ВИЧ распространены сопутствующие заболевания и состояния, которые необходимо учитывать при оказании им медицинской помощи, такие как использование инъекционных наркотиков, наличие инфекций, передающиеся половым путем, вирусных гепатитов.
- В настоящее время только небольшое число женщин с ВИЧ нуждаются в АРВ-терапии и имеют СПИД. По мере развития заболевания, потребность в АРВ-терапии может увеличиться, что необходимо учитывать, назначая различные лекарственные препараты.
- Проявления стигматизации в медицинских учреждениях могут привести к отказу женщин от медицинской помощи, в том числе, и по вопросам планирования семьи.

Настоящее руководство призвано помочь в решении существующих проблем с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам по проблемам, связанным с их репродуктивным здоровьем.

2. Международная практика планирования семьи у женщин с ВИЧ

Во всех странах уделяется большое внимание профилактике нежеланной беременности у женщин с ВИЧ. Эта работа рассматривается как составная часть мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Существует значительное различие в использовании современной контрацепции в разных странах мира, так в Западной Африке контрацепцию используют только 8% женщин 15–49 лет, в то время как в Северной Европе до 78% женщин репродуктивного возраста используют современные методы контрацепции. По данным Организации Объединенных Наций наиболее популярными методами контрацепции в мире (не зависимо от ВИЧ-статуса) являются женская стерилизация (32%), внутриматочные контрацептивы (22%), оральные гормональные контрацептивы (14%), эти методы составляют более двух третей от всех используемых методов планирования семьи.

Зарубежные исследования показывают, что более 70% женщин с ВИЧ ведут сексуально активный образ жизни. Во Франции, США, Англии около 80% женщин с ВИЧ использует какой либо современный метод контрацепции, а в Африке только 39% женщин с ВИЧ подтвердили использование методов планирование семьи.

Использование презерватива распространено в развитых странах среди людей с ВИЧ-инфекцией. Например, в США использование презерватива подтвердили 78% женщин и 87% мужчин с ВИЧ не зависимо от использования других методов предупреждения беременности (например, стерилизации). О постоянном использовании презервативов чаще сообщает белая часть населения, люди с определенным уровнем образования, имеющие постоянного партнера, но не женатые, или чей партнер не инфицирован ВИЧ. Однако остаются проблемы с приверженностью к использованию презервативов, треть мужчин и женщин сообщили о периодическом использовании презерватива. Отмечено, чем длительнее отношения с постоянным партнером, тем реже используется презерватив. Повышало приверженность к использованию презерватива женщин и мужчин информирование об эффективности этого барьерного метода, наличие навыков его использования, оптимизм относительно своего состояния.

Хирургическая стерилизация - один из наиболее популярных методов контрацепции, как среди неинфицированных ВИЧ, так и людей с ВИЧ-инфекцией в США. От 25% - 35% женщин с ВИЧ в США выбирают этот метод, и 15% мужчин с ВИЧ используют мужскую хирургическую стерилизацию в качестве контрацепции. В Великобритании четверть женщин с ВИЧ выбирают хирургическую стерилизацию.

Использование оральных гормональных методов контрацепции женщинами с ВИЧ подтвердили 11% женщин в США, во Франции оральные контрацептивы используют примерно 10% женщин, 7% используют двойной метод контрацепции – оральные гормональные методы контрацепции и презерватив. Отмечено, что если женщина использует оральную контрацепцию, использование презервативов снижается. Упоминание других методов планирования семьи было крайне редко.

В развитых странах женщины после диагностики ВИЧ имеют меньшее число беременностей, по сравнению с женщинами из африканских стран, число беременностей у которых существенно не снижается после установления ВИЧ-инфекции. При этом риск перинатальной передачи ВИЧ в Западноевропейских странах составляет менее 2%, в отличие от 45% в странах Африки. По-видимому, число нежеланных беременностей, как и риск передачи ВИЧ от матери к ребенку являются одними из критериев качества медицинской помощи.

На ежегодных международных конференциях по вопросам ВИЧ/СПИД отмечается, что программы, направленные на увеличение использования эффективных методов контрацепции для тех, кто не планирует беременность, экономически обоснованы и являются не менее важными, чем программы, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку.

3. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией

В этой главе представлен сбор анамнеза, осмотр и обследование женщин с ВИЧ-инфекцией, способствующие получению полного представления о текущем состоянии здоровья для осуществления полноценного консультирования по поводу сохранения репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Оказывая любую медицинскую помощь женщине с ВИЧ важно помнить, что эта группа пациентов может быть серьезно обеспокоена и испугана своим заболеванием. Важно продемонстрировать сочувствие, желание предоставить достоверную, полную информацию, без давления предлагать и объяснять необходимость обследования и любых других назначений. В начале опроса объясните женщине важность получения от нее информации для того, чтобы лучше оказать медицинскую помощь, акцентируйте внимание на конфиденциальности всей представленной информации, ответственности медицинского персонала за неразглашение этой информации. Покажите доброжелательность и готовность помочь, улыбнитесь и пожмите при встрече руку.

Обратите внимание на внешний вид женщины, разговор, лексикон и поведение. Важно помнить, что если женщина находится в состоянии стресса, то сбор анамнеза может быть затруднен. Женщины, как правило, несклонны распространяться о своей сексуальной жизни, возможных путях заражения ВИЧ и могут быть негативно настроены на сбор анамнеза. В случае отказа от ответа на какой-либо вопрос – не настаивайте. Необходимо учитывать, что наиболее сложная для контактов группа - беременные женщины, они более требовательны, ранимы, мнительны и лабильны. Желательно, чтобы медицинскую помощь женщинам по вопросам репродуктивного здоровья оказывали медицинские работники – женщины.

Женщина с ВИЧ может отказаться от общения или не сообщить важную информацию, если она почувствует, что медицинский работник испытывает брезгливость, страх, неприязнь к ней, высказывает осуждение, показывает удивление об услышанной информации или ведет себя неискренне.

Организационными задачами при оказании медицинской помощи женщинам с ВИЧ являются:

- постоянное обучение медицинского персонала этическим принципам для исключения стигмы и дискриминации женщин;
- регулярная оценка удовлетворенности женщин о качестве предоставляемой медицинской помощи;

- активное предложение медицинской помощи женщинам, включая патронаж на дому, и определение наиболее удобного для женщины медучреждения;
- решение с региональным фондом ОМС и руководителями здравоохранения возможности оказания медицинской помощи женщинам, не имеющим страхового полиса и регистрации.

3.1 Сбор анамнеза

Репродуктивное здоровье и выбор методов контрацепции в значительной степени зависит от общего состояния организма, сопутствующих заболеваний, использования определенных лекарственных препаратов. Для предоставления полноценной медицинской помощи необходимо правильно собрать анамнез. При сборе анамнеза важно учитывать следующие факторы:

- **Длительность носительства ВИЧ и ВИЧ-связанные заболевания.** Практически все, кто недавно узнал о носительстве ВИЧ, находятся на этапе острого шокового осознания этой ситуации, принципиально меняющей жизнь человека. Длительность знания женщиной о своем позитивном ВИЧ-статусе позволяет ей смириться с этим. Чем более давно женщина инфицирована ВИЧ, тем больше риск прогрессирования заболевания и развития СПИД. Наличие определенных ВИЧ-связанных заболеваний может в значительной степени влиять на репродуктивный выбор женщины и ограничивать использование некоторых методов контрацепции. Важно не только уточнить у женщины - были ли диагностированы заболевания, но и спросить о симптомах, свидетельствующих о наличии подобных заболеваний, и прогрессировании ВИЧ-инфекции (потеря веса, лихорадка, потливость, диарея, головные боли, персистирующий кашель и другие).
- **Регулярность медицинского наблюдения** у специалиста центра по профилактике и борьбе со СПИД и обследования. Если женщина регулярно обследуется, это дает точное представление о текущем состоянии ВИЧ-инфекции и свидетельствует о приверженности к медицинскому наблюдению. При выявлении проблем с медицинским наблюдением нужно обсудить с женщиной возможные варианты их решения.
- **Прием антиретровирусных препаратов** и приверженность к их приему. Приверженность к лечению характеризуется степенью соблюдения пациентом согласованной с ним схемы лечения. Важно уточнить, принимает ли женщина лекарства, и как она их принимает, имеются ли нежелательные явления от приема АРВ-препаратов. Прием определенных антиретровирусных препаратов (АРВ), таких

как ифавиренц, в первом триместре беременности, может вызывать появление врожденных пороков развития у плода, поэтому женщине следует воздержаться от беременности до тех пор, пока специалист не подтвердит возможность благоприятного исхода беременности при текущей схеме лечения или заменит препарат на другой. Имеются особенности выбора контрацепции при приеме некоторых АРВ-препаратов (см. главу 6). Если женщина обратилась к врачу беременной, следует срочно рассмотреть возможность продолжения прежней схемы терапии с учетом беременности, при необходимости - провести коррекцию лечения. Решение о продолжении, изменении или прекращении терапии принимается женщиной после консультации с врачом. Необходимо учитывать также возможное взаимодействие с другими лекарственными препаратами, такими, например, как антибиотики.

- **Прием других лекарственных препаратов** также может влиять на выбор контрацепции. Например, некоторые антибиотики и противотуберкулезные препараты снижают эффективность гормональных контрацептивов. В главе 4 дается детальная информация по выбору различных методов контрацепции при наличии сопутствующей терапии.

- **Психологическое состояние.** Важно выяснить наличие таких состояний как тревожность, раздражительность, нарушения сна, депрессии, нарушения памяти. Необходимость дополнительной консультации специалистов и лечения. Установлено, что женщины с депрессией хуже привержены к медицинскому наблюдению и лечению. При выявлении симптомов депрессии необходимо привлечь психолога и/или психиатра для оказания медикаментозной и психологической помощи.

- **Репродуктивный анамнез и гинекологические проблемы.** Дата последнего менструального периода и его характер (периодичность, длительность, объем кровопотери). Наличие повторяющихся кровотечений в межменструальном периоде; приливы; повышенная сухость или атрофия слизистых половых путей, снижение либидо, затруднения мочеиспускания. Предыдущие беременности, внематочные беременности, роды, аборт, выкидыши. У ВИЧ-инфицированных женщин нередко возникают нарушения менструального цикла, которые усугубляются при прогрессировании ВИЧ-инфекции, высокой вирусной нагрузке и пониженном количестве лейкоцитов. Нарушения менструального цикла могут быть связаны также с потерей веса, хроническими сопутствующими заболеваниями, использованием наркотических препаратов и психотропных лекарственных средств. Важно уточнить

любые проявления гинекологической патологии: боли, выделения, воспалительные изменения наружных половых органов. Наличие беременности в настоящее время и ее планирование. Предшествующий опыт использования контрацепции.

- **Сексуальное поведение женщины**, наличие постоянного партнера, его состояние здоровья и его ВИЧ-статус, наличие нескольких партнеров, использование презерватива и других методов контрацепции, правильность и регулярность их использования. Наличие сексуальной дисфункции, которая может возникнуть в результате депрессии, страха инфицирования других, неуверенности в себе, стигматизации и сексуальной изоляции.

- **Семья.** Возраст, здоровье, место проживание членов семьи. Наличие детей, их состояние здоровья, их ВИЧ-статус. Отношения с партнером, включая выполнение им финансовых обязательств при наличии общих детей. Уточнить существует ли риск насилия в семье. Взаимоотношение с родителями, наличие близкого человека, которому женщина полностью доверяет и которого информировала о ВИЧ-статусе. Личные, национальные, религиозные особенности. Наличие постоянного источника доходов, жилья, полиса ОМС.

- **Сопутствующие заболевания.** Важно уточнить у женщины - есть ли у нее признаки гипертонии, других сердечно-сосудистых заболеваний, гепатита, диабета, требующего наблюдения специалистов, дополнительного обследования и лечения. Эти заболевания также ограничивают выбор гормональных контрацептивов.

- Был ли опыт **использования наркотиков, злоупотребляет ли алкоголем.** В этой группе женщин выше риск наличия ИППП и вирусных гепатитов, а также абсцессов, флегмон, тромбофлебитов, они часто истощены, подвержены туберкулезу и оппортунистическим инфекциям. У женщин, употребляющих наркотики, выше риск самопроизвольного аборта и преждевременных родов. Иногда у женщин, употребляющих наркотические препараты, отмечаются выраженные нарушения менструального цикла, аменорея, что приводит к заблуждению женщин об их бесплодии. Женщины с алкогольной зависимостью могут иметь проблемы с приверженностью к медицинскому наблюдению и лечению, а также серьезные сопутствующие заболевания, такие как гепатит, цирроз, сердечно-сосудистая патология. Необходимо консультировать женщин с наркотической и алкогольной зависимостью о негативном влиянии этих состояний на их организм и на здоровье будущего ребенка. Следует воздержаться от беременности до излечения от зависимости.

3.2 Осмотр

- **Общий осмотр.** Врач должен обратить внимание на состояние питания, наличие дерматитов, лимфоаденопатии и другие симптомов ВИЧ-инфекции. Важно обратить внимание, адекватно ли понимает женщина свое состояние, есть ли проявления нарушения настроения, следы от использования наркотических препаратов. Диагностика зависимости от алкоголя и лекарственных/химических средств представлена в следующем разделе.
- **Гинекологический осмотр.** У женщин с ВИЧ-инфекцией должен быть проведен осмотр наружных половых органов, бимануальное обследование, осмотр в зеркалах и кольпоскопия для исключения инфекционных и онкологических заболеваний. Женщина должна быть предупреждена, что гинекологический осмотр должен проводиться с той степенью регулярности, какой требует коррекция выявленных гинекологических проблем. При отсутствии симптомов гинекологического заболевания и жалоб рекомендуется проводить осмотр не реже 1 раза в год.

3.3 Обследования

- **Тест на беременность** должен быть предложен всем женщинам репродуктивного возраста при каждом визите, связанном с антиретровирусной терапией и контрацепцией, включая женщин, утверждающих, что у них сохранена менструальная функция. Тест проводится по анализам мочи или крови. При наличии беременности женщина принимает решение о сохранении беременности и начале мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку.
- **Контроль артериального давления** рекомендуется проводить при каждом визите для исключения гипертонической болезни, уточнения ограничений к использованию гормональной контрацепции.
- **Общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма** позволяют оценить наличие анемии, лейкопении, тромбоцитопения, ускоренного СОЭ, состояние системы гемостаза. Последний критерий принципиален при приеме гормональных контрацептивов. Исследование содержания сахара в крови, функции печени и почек важно для контроля нежелательных явлений АРВ-препаратов, для выявления активности хронических вирусных гепатитов, при назначении гормональных контрацептивов. Обследование проводится при первом визите, в дальнейшем – по необходимости.
- **Обследование на инфекции** включает серологическое обследование на вирусные гепатиты, сифилис и исследование культур отделяемого или соскобов на гонорею, трихомониаз, герпес, а также инфекции, вызывающие вагинозы, нарушающие

целостность слизистой оболочки и вызывающие воспаление. Обследование проводится только при информированном согласии женщины. **Инфекции, передаваемые половым путем** нарушают репродуктивную функцию женщины. Отмечено, что гинекологические инфекции у женщин с ВИЧ, такие как герпес, кандидоз, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, бактериальные вагинозы и некоторые другие, возникают чаще, протекают тяжелее и хуже поддаются лечению. Наличие ИППП, включая кандидоз влагалища, приводит к увеличению содержания вируса во влагалищном отделяемом, что повышает риск передачи ВИЧ партнеру, а также повышает риск передачи ВИЧ ребенку во время родов. Выявленная патология требует соответствующей коррекции. **Хронические вирусные гепатиты** (особенно гепатит С), хотя и не влияет существенно на течение ВИЧ-инфекции, но ВИЧ способствует прогрессированию гепатита, вызванного вирусом С, приводящего к циррозу. У определенной доли пациентов с гепатитами, вызванными вирусами В и С, существует не только риск цирроза, но и возникновения рака печени. Наличие гепатита может существенно изменять функцию печени и фармакодинамику многих лекарственных препаратов. Диагностика гепатита также требует соответствующего лечения и наблюдения. Обследование на перечисленные инфекции проводится при первом визите, в дальнейшем – по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

- **Цервикальные соскобы** проводятся для исключения дисплазии. У женщин с ВИЧ-инфекцией, особенно при выраженном снижении иммунитета, часто выявляется вирус папилломы человека, способствующий возникновению рака шейки матки. Риск рака шейки матки у женщин с ВИЧ встречается в 16 раз чаще, чем в общей популяции женщин. Рак шейки матки является одним из заболеваний, относящихся к СПИД. Частота возникновения и прогрессирование цервикальной дисплазии коррелируют с количеством CD4 и уровнем вирусной нагрузки. При ухудшении этих показателей риск рака увеличивается. Одним из типичных заболеваний при прогрессировании ВИЧ-инфекции является также дисплазия влагалища. Лечение антиретровирусными препаратами позволяет предупредить возникновение этой патологии. Принципы лечения дисплазии не различаются у неинфицированных и инфицированных ВИЧ женщин. Однако риск рецидива дисплазии у женщин с ВИЧ выше, чем у женщин неинфицированных ВИЧ. Обследование проводится при первом визите, затем по необходимости, но не реже 1 раза в год.

- **Ультразвуковое обследование органов малого таза** проводится, в основном, для исключения онкологической патологии при первом визите, затем – по необходимости.
- Женщинам старше 40 лет, а также молодым женщинам с патологическими изменениями в молочных железах должна ежегодно проводиться **маммография и/или УЗИ**.
- **Вирусная нагрузка** - количественный метод оценки вируса иммунодефицита человека (РНК ВИЧ) в крови. Важность контроля вирусной нагрузки у человека обусловлена явной связью между содержанием вируса в крови и скоростью истощения иммунной системы. Обычно во время прогрессирующей стадии заболевания содержания вируса больше, по сравнению с бессимптомным периодом течения ВИЧ. Исследование вирусной нагрузки - один из критериев выбора тактики химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку и назначения антиретровирусной терапии. Вирусная нагрузка определяется для оценки эффективности проводимой антиретровирусной терапии и приверженности пациента к приему АРВ-препаратов. Приборы средней чувствительности позволяют регистрировать вирусную нагрузку 100-400 копий/мл, более современные - 20-50 копий/мл. При превышении показателя 1000 копий/мл риск передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов повышается. У пациентов, не получающих АРВ-препараты, уровень вирусной нагрузки измеряется для оценки текущего состояния ВИЧ и потребности в назначении АРВ-терапии не реже 2 раз в год. В начале АРВ-терапии исследование проводится не реже 1 раза в 2 месяца, затем не реже 2 раз в год. В зависимости от показателей вирусной нагрузки принимается решение о продолжении или изменении схемы АРВ-терапии.
- **Число CD4 клеток** – вид Т-клеток, которые участвуют в борьбе с вирусными, грибковыми и протозойными инфекциями. В нормальном состоянии эти клетки отвечают за иммунные реакции, в результате которых активируются другие клетки иммунной системы. Главной причиной иммунодефицита, наблюдаемого при ВИЧ-инфекции, является снижение CD4+ лимфоцитов. Уменьшение количества CD4+ лимфоцитов является прогностическим критерием развития условно-патогенных инфекций. Нормальным значением является более 500 клеток/мм³. Исследование должно проводиться не реже 2 раза в год, при приеме антиретровирусной терапии желателен ежемесячный контроль. Снижение CD4 клеток может являться показателем необходимости начала или коррекции АРВ-терапии.

- **Проба Манту.** Сочетание ВИЧ и туберкулеза не редко отмечается у пациентов, особенно, с прогрессирующими стадиями ВИЧ-инфекции. При неблагоприятной эпидемиологической ситуации с заболеваемостью туберкулезом реакция Манту ≥ 5 мм должна рассматриваться как положительная, подтверждающая наличие туберкулеза, что требует назначения противотуберкулезных препаратов.

3.3.1 Диагностика алкогольной и лекарственной/химической зависимости

Употребление инъекционных наркотиков является одним из ведущих факторов риска инфицирования ВИЧ. Злоупотребление алкоголем часто приводит к многочисленным сексуальным контактам без использования презерватива. Наличие алкогольной и наркотической зависимости негативно влияет на состояние здоровья пациента, инфицированного ВИЧ. Чрезвычайно важно своевременно выявлять факторы рискованного поведения, проводить соответствующее консультирование и оказывать необходимую помощь людям с наркотической и алкогольной зависимостью.

Под наркоманией обычно подразумевают злоупотребление лекарственными средствами или химическими веществами. Страдающие наркоманией редко заботятся о собственном здоровье, гигиене и питании. Подозрительность, страх, недоверие к системе здравоохранения приводят к отказу от медицинской помощи. Объективными сложностями работы с женщинами, употребляющими наркотики, могут быть отсутствие постоянного места жительства, хаотический образ жизни, отсутствие прописки/регистрации, и, следовательно, возможности пользоваться системой обязательного медицинского страхования, отсутствие поддержки со стороны семьи, родственников, отсутствие постоянного места работы и регулярного источника финансовых средств.

Использование наркотиков обычно связано с многочисленными половыми контактами без использования презерватива. Если ВИЧ-инфицированные женщины сохраняют практику опасного поведения, беспорядочные половые связи и общее использование игл и шприцев - это может привести к суперинфекции - инфицированию резистентным типом вируса.

К сопутствующим заболеваниям, связанным с наркотической зависимостью, отягощающим общее состояние относятся: гепатит С, ИППП, туберкулез, сепсис, эндокардиты, рак, тромбозы, дистрофия, пневмония, кожные абсцессы, травмы, депрессии и другие психические заболевания. Нередко у женщин с опиатной зависимостью возникают выраженные нарушения менструального цикла.

Наркотическая зависимость часто не диагностируется своевременно медработниками в связи с отсутствием понимания важности диагностики, отсутствием настороженности и диагностических навыков. Большинство людей с алкогольной и наркотической зависимостью на ранних стадиях болезни продолжают учиться или работать, ведут «нормальный» образ жизни.

При осмотре можно установить некоторые симптомы, свидетельствующие о возможной наркотической зависимости: нистагм, резкое расширение или сужение зрачков, царапины на коже или повреждение слизистой носа. При подозрении на наркотическую зависимость женщине может быть предложено проведение анализа крови или других физиологических секретов для определения содержания наркотика. Особенно это важно при ведении беременной женщины для профилактики токсического действия наркотиков на плод, при необходимости, лечения абстинентного синдрома у ребенка.

Диагностика алкогольной/наркотической зависимости может проводиться в медицинских учреждениях первичного здравоохранения с помощью простых, апробированных опросников. Одним из них является Руководство по диагностике и статистике психических отклонений (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), предложенной Американской ассоциацией психиатров. В нем представлены методы, позволяющие неспециалисту в области психиатрии установить признаки наркотической/алкогольной зависимости. О наличии зависимости будет свидетельствовать позитивный ответ как минимум на один из нижеследующих вопросов:

1. Чувствовали ли Вы когда-либо, что Вам следует уменьшить использование алкоголя или химических/лекарственных препаратов.
2. Раздражают ли Вас окружающие своей критикой в Ваш адрес по поводу алкоголя или химических/лекарственных препаратов.
3. Чувствовали ли Вы себя когда-либо плохо или испытывали ли Вы чувство вины из-за использования Вами алкоголя или химических/лекарственных препаратов.
4. Использовали ли Вы алкоголь или химические/лекарственные наркотические препараты утром, сразу же после пробуждения для того, чтобы снять беспокойство, преодолеть абстинентный синдром или для того, чтобы начать день.

Прогрессирование зависимости к алкоголю и/или лекарственным/химическим веществам приводит к увеличению толерантности (больше вещества требуется, чтобы достичь желаемый эффект) и появлению симптомов отмены (выраженного физического недомогания).

Для алкогольной/наркотической зависимости характерно также наличие хотя бы одного из нижеследующих симптомов, отмечавшихся в течение последних 12 месяцев, которые могут быть установлены при опросе близких людей пациента:

1. Неоднократное использование алкоголя и/или лекарственных/химических веществ, приводящее к отказу от выполнения обязательств на работе, в школе, дома (например, повторные прогулы, плохое выполнение профессиональных обязанностей, отставание в школе или отчисление из школы, оставление детей без присмотра, плохое ведение домашнего хозяйства).
2. Использование алкоголя и/или лекарственных/химических веществ в ситуациях, когда это может быть опасным (например, при вождении автомобиля или во время работы с механизмами, требующими особого внимания).
3. Повторные проблемы с правоохранительными органами из-за использования алкоголя и/или лекарственных/химических веществ.
4. Продолжение использования алкоголя и/или лекарственных/химических веществ, несмотря на постоянные социальные или персональные проблемы, связанные с их использованием.

Существует мнение, что активное употребление наркотиков снижает приверженность к лечению, в том числе к приему АРВ препаратов. Это связано с нейропсихологическими расстройствами личности в результате формирования наркотической зависимости. Однако было установлено, это мнение в большей степени основывается на профессиональных стереотипах и предубеждениях, чем на достоверных данных. Длительные исследования показали, что приверженность к приему АРВ препаратов зависит от комплекса личностных психосоциальных особенностей, определяемых с помощью тестов, таких как, трудности с выполнением тестовых требований и психомоторная заторможенность.

Осознание человека с наркотической зависимостью своего позитивного ВИЧ-статуса может привести одних к отказу от наркотиков, чтобы лучше о себе заботиться, у других вызвать ощущение безнадежности и привести к тяжелой депрессии, увеличению использования алкоголя и наркотиков.

Мотивацией для женщин прекратить использование наркотиков может стать необходимость заботиться о ребенке. Беременность — один из редких случаев, когда страдающие наркоманией женщины самостоятельно приходят к врачу.

Основными медицинскими службами, оказывающими помощь людям с наркотической зависимостью, являются наркологические и реанимационные отделения.

Однако отмечено, что женщины, в отличие от мужчин, предпочитают обращаться за помощью по поводу наркотической зависимости в неспециализированные медицинские учреждения. Этими учреждениями могут быть центры по профилактике и борьбе со СПИД и поликлиники, где ведут прием наркологи, психиатры и другие специалисты, имеющие навыки консультирования и лечения людей с наркотической зависимостью. Дополнительным преимуществом этого подхода является возможность предложить женщине всеобъемлющую медицинскую помощь, включая консультацию инфекциониста, терапевта, гинеколога. С другой стороны и в специализированных наркологических учреждениях, где проводится дезинтоксикационная терапия пациентам должно предлагаться консультирование по приему АРВ-препаратов и планированию семьи.

От эффективности лечебных программ по преодолению наркотической зависимости зависит не только жизнь и здоровье пациентов, их детей и близких, но и общества в целом. Благодаря эффективности программ по лечению наркомании, в результате изменения сексуального поведения, достигается снижение криминальной активности и распространения ВИЧ-инфекции.

При оказании медицинской помощи людям с наркотической/алкогольной зависимостью необходимо проводить лечение как физической, так и психической зависимости. Однако необходимо признать, что лечение наркотической зависимости чрезвычайно сложный длительный процесс, результаты которого трудно прогнозируемы.

В рамках комплексной программы лечения ВИЧ инфекции у людей с наркотической зависимостью необходимо организовывать группы поддержки. Нередко бывшим потребителям наркотиков лучше, чем кому-либо другому, удастся просвещать активных потребителей наркотиков и способствовать их обращению за помощью для охраны здоровья и планирования семьи, антенатального наблюдения, приема АРВ-препаратов, медицинского наблюдения и отказа от приема наркотиков.

4. Консультирование женщин с ВИЧ о методах контрацепции

Ключевые положения контрацепции у женщин с ВИЧ:

- При незапланированной и нежеланной беременности выше риск передачи ВИЧ от матери к ребенку и риск социального сиротства детей.
- Проведение аборта представляет угрозу здоровью женщины.
- При правильном выборе и использовании контрацептивных методов риск незапланированной беременности очень низкий.
- Использование «двойного метода» контрацепции значительно снижает риск незапланированной беременности, ИППП, суперинфекции ВИЧ.
- При выборе метода контрацепции следует учитывать предпочтения женщины, сопутствующие заболевания и терапию.
- Качество консультирования существенно влияет на приверженность женщины к использованию контрацепции.

ВИЧ-позитивные женщины осуществляют свои репродуктивные права свободно, хотят ли они планировать беременность, обеспечить интервал между родами, ограничить количество родов или совсем отказаться от беременностей.

Согласно данным исследований, проведенных в США, правильное использование современных методов контрацепции снижает риск смертности женщин фертильного возраста независимо от их ВИЧ-статуса (Таблица 2). Так, например, показано, что риск от смерти в результате аборта, проведенного в 12 недель беременности и ранее, составляет 1 случай на 100100, риск смерти при введении ВМС в 10 раз ниже. Риск материнской смертности составляет 1 на 10000, риск смертности при стерилизации женщины в 4 раза меньше и почти в 7 раз ниже риск смертности при использовании гормональных методов контрацепции.

В РФ не проводилось подобных исследований. Материнская смертность в РФ минимум в 3 раза выше, чем в США. Следовательно, можно предположить, что риск негативных последствий использования контрацептивов в нашей стране значительно ниже по сравнению с риском для жизни, связанным с родами и абортom. Кроме того, важно учитывать риск других негативных последствий, связанных с незапланированной нежеланной беременностью у женщины с ВИЧ, таких как риск передачи ВИЧ от матери к

ребенку, а также других инфекций, распространенных среди женщин с ВИЧ, представляющих угрозу для здоровья ребенка и затрачивающие большие средства системы здравоохранения. При незапланированной и нежеланной беременности выше риск социального сиротства детей.

Таблица 2. Смертность женщин 14 – 44 лет в зависимости от родов, аборта и использования контрацепции в США (R.Hatcher, 2004).

Риск смерти в результате аборта, беременности/родов и контрацепции	Риск смерти в течение 1 года
Риск смерти в результате легального медицинского аборта	
До 9 недель	1 на 262 800
9 – 12 недель	1 на 100 100
13 – 15 недель	1 на 34 000
После 15 недель	1 на 10 200
Риск смерти в результате беременности и родов после 20 недель и родов	1 на 10 000
Риск смерти при использовании контрацепции	
Оральные методы контрацепции	
Некурящая женщина	1 на 66 700
Курящая женщина	1 на 1 700
Использование ВМС	1 на 10 000 000
Использование презерватива	0
Использование естественных методов	0
Стерилизация с лигированием труб	1 на 38 500
Стерилизация - вазэктомия	1 на 1 000 000

Как показал опрос женщин, проведенный проектом «Мать и дитя», совершенствование медицинской помощи по профилактике нежеланной беременности в российских регионах является чрезвычайно актуальной задачей. Женщинам с ВИЧ требуется информация о существующих методах планирования семьи, возможности иметь здорового ребенка, плюсах и минусах материнства, влиянии ВИЧ на здоровье и жизнь. Далее представлены основные требования к консультированию по репродуктивному здоровью.

Свободный доступ к информации об охране репродуктивного здоровья и планирования семьи и медицинским услугам для женщины и близких ей людей. Консультирование по поводу репродуктивного здоровья должно быть предоставлено женщине при обращении в любое медицинское учреждение. При консультировании важно максимально привлекать партнера женщины и других близких ей людей. Одним из

возможных методов предоставления информации о планировании семьи является распространение среди клиентов в медицинских учреждениях буклетов или листовок по соответствующей тематике. Проектом «Мать и дитя» разработаны и апробированы материалы для информирования женщин о планировании семьи (см. на сайте организации www.jsi.ru). Полезной будет и другая визуальная информация, с которой женщина может ознакомиться, ожидая приема врача, например, плакаты и видеоматериалы.

Предоставление полного выбора современных методов контрацепции. Важно представить все существующие методы контрацепции, включая половое воздержание. Во время консультирования необходимо рассмотреть все факторы, которые влияют на предпочтение человека в отношении выбора какого-либо метода контрацепции. Женщине должно быть детально объяснено, по какой причине существуют ограничения использования определенных методов контрацепции в зависимости от сопутствующих заболеваний и/или терапии.

Организация поддержки, чтобы женщина/пара смогли осуществить информированный добровольный выбор контрацептивного метода. Опытный консультант понимает чувства и потребности каждого пациента. Во многих странах мира при консультировании используют модель «ПОМОГИ», в которой можно выделить 6 элементов или этапов. Каждая буква в слове ПОМОГИ обозначает один из этих элементов: «приветливость», «о чем расспросить», «методы контрацепции», «о выборе метода», «главное – как пользоваться», «информация о повторном визите» (см. Приложение 9.2). Чем больше элементов модели «ПОМОГИ» использовал консультант, тем более приемлемым для пациентов был уровень обслуживания.

Перед консультированием о репродуктивных планах женщины Важно задать ей следующие вопросы:

1. Какой размер семьи является для Вас идеальным? Планируете ли Вы в будущем иметь детей?
2. Когда Вы планируете беременность?
3. Вы или Ваш партнер принимает решение относительно сексуальных контактов?
4. Как Вы оцениваете свое состояние здоровья относительно планирования беременности и воспитания детей? Есть ли у Вас поддержка в случае ухудшения Вашего здоровья?
5. Кому Вы больше всего доверяете при обсуждении вопросов Вашего здоровья и планирования семьи?

В зависимости от репродуктивных планов женщины ей предлагается рассмотреть методы контрацепции.

4.1 Методы контрацепции

Методы контрацепции условно можно подразделить на гормональные и негормональные средства. Гормональные контрацептивы различаются в зависимости от вида, дозы гормона и формы контрацептива. Негормональные средства можно подразделить на медицинские методы, различающиеся по механизму контрацептивного действия, и естественные методы контрацепции.

Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки. Выбор метода контрацепции в значительной мере определяется тем, насколько он эффективен в предупреждении незапланированной беременности. Эффективность зависит от того, насколько правильно и систематически этот метод используется. При неправильном и нерегулярном использовании некоторых методов контрацепции их эффективность снижается в 6 и более раз. Регулярность и правильность применения методов контрацепции может существенно варьировать в зависимости от возраста, дохода, желания предотвратить беременность, а также особенностей культурной среды. Большинство мужчин и женщин в процессе применения конкретного метода со временем приобретают опыт более эффективного его использования.

Другим важным критерием для выбора метода контрацепции является оценка ограничений, связанных с его использованием. Экспертами ВОЗ разработаны **Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции** с учетом определенных состояний. Медицинские критерии приемлемости призваны обеспечить эффективность и безопасность использования контрацепции. Медицинские критерии подразделяются на соответствующие категории, определяющие допустимость применения каждого отдельного метода контрацепции (Таблица 3). Рассматриваются следующие состояния, при которых могут существовать ограничения к использованию того или иного метода контрацепции: ожирение, тромбогенные мутации, депрессивные расстройства, фибромы матки, воспалительные заболевания органов малого таза, ИППП, ВИЧ/СПИД, лекарственные взаимодействия. Категории приемлемости при ВИЧ подразделяются на 3 состояния: носительство ВИЧ, АРВ-препаратов не требуется; манифестная стадия ВИЧ-инфекции с необходимостью приема АРВ-препаратов; ВИЧ-инфекция в стадии СПИД.

Таблица 3. Медицинские критерии приемлемости различных методов контрацепции

Категория	Клиническое обследование проведено в полном объеме	Провести обследование в полном объеме не представляется возможным	Пояснения
1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)	Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции.
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода		Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски. Метод контрацепции допускается использовать, однако, при этом может потребоваться контроль со стороны врача.
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)	Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции. Данный метод не рекомендуется использовать за исключением тех ситуаций, когда более подходящие средства контрацепции являются недоступными или их использование является неприемлемым для клиента. При этом состояние здоровья клиента должно находиться под особым контролем со стороны врача
4	Использование метода абсолютно противопоказано		Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано.

В таблице 4 представлены основные методы контрацепции с краткими характеристиками метода и указанием критериев приемлемости для каждого медицинского метода при ВИЧ/СПИД.

Таблица 4. Медицинские методы контрацепции у женщин с ВИЧ (ВОЗ, 2004, Turrentine JE., 2003, Anderson JR, 2005, Trussell J. 2004, Hatcher RA, 2004, Ashraf T, 1994)

Метод контрацепции	Риск неудачи ²	Противопоказания	Польза/преимущества	Потенциальные побочные эффекты	Недостатки	Категория приемлемости
Гормональные методы контрацепции						
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) Ежедневный прием в течение 3 недель, 1 неделя - перерыв	Правильное- 0,3%, Типичное – 8%	Наличие в анамнезе инсульта; гипертензии; высокое соотношение ЛПВП/ЛПНП; >35 лет и активное курение; существенные нарушения функции печени; гепатоцеллюлярная аденома; головные боли с локальными неврологическими симптомами; диабет; рак молочной железы.	Уменьшают: кровотечения и менструальные боли; акне; доброкачественные заболевания молочных желез; активность кистозных яичников; риск рака яичников и эндометрия; воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Используются независимо от полового акта	Дурнота; головная боль; увеличение веса; головокружение; нагрубание молочных желез; влагалищные выделения; гиперпигментация на лице; депрессия, риск рака шейки матки при длительном использовании.	1. Не ясно влияние стероидов на им.систему. 2. Возможно, повышают содержание вируса в выделениях половых органов. 3. Отсутствует профилактика ИППП, суперинфекции ВИЧ. Могут повысить чувствительность к ИППП. 4. Возможное..... взаимодействие с антибиотиками и АРВ. 5. Необходимость приема каждый день, в одно и тоже время.	ВИЧ -1 АРВ-терапия - 2 СПИД – 1
Пластырь Приклеивается 1 раз в неделю 3 недели, 1 неделя - перерыв.	Правильное- 0,3%, Типичное – нет данных	Также как у КОК.	Также как у КОК Не требует ежедневного использования	Такие как у КОК, но реже	1 – 4 см.выше Помнить схему использования	ВИЧ -1 АРВ-терапия ? СПИД – 1
Влагалищное кольцо Вводится 1 раз на 3 недели, четвертая неделя - перерыв	Правильное- 0,3%, Типичное – нет данных	Также как у КОК. Психическая неполноценность, аномалии органов малого таза, опущение матки и влагалища, аллергия	Также как у КОК. Не требует ежедневного использования	Такие как у КОК, но реже. Возможно, увеличивает влагалищные выделения и дискомфорт	1 – 4 см.выше Помнить схему использования	ВИЧ -1 АРВ-терапия ? СПИД – 1

² % женщин с незапланированными беременностями в течение первого года при правильном и регулярном использовании метода и при «типичном» использовании

Метод	Риск неудачи ²	Противопоказания	Польза/преимущества	Потенциальные побочные эффекты	Недостатки	Категория приемлемости
Прогестиновые оральные контрацептивы Постоянный ежедневный прием	Правильное- 0,3%, Типичное – 8%	Кровянистые выделения неясной этиологии, рак молочной железы в настоящее время. Инсульт	Также как у КОК	Реже отмечается тошнота и сердечно-сосудистые осложнения по сравнению с КОК	1 – 5 см.выше	ВИЧ -1 АРВ-терапия - 2 СПИД – 1
Прогестиновые инъекционные формы Инъекции 1 раз в 3 месяца	Правильное- 0,3%, Типичное – 3%	Необъяснимые вагинальные кровотечения; рак молочной железы	Уменьшают риск сердечно-сосудистых осложнений, ВЗОМТ, рака яичников и эндометрия. Уменьшает кровотечения. Не требует ежедневного использования	Нарушения менструального цикла; нагрубание молочных желез; увеличение веса; головные боли; нарушение обмена липидов; депрессия.	1 – 4 см.выше Требует обращения в медучреждение для инъекции.	ВИЧ -1 АРВ-терапия - 2 СПИД – 1
Негормональные методы контрацепции						
Мужской презерватив Использование при каждом половом акте (латексный и полиуритановый)	Правильное- 5%, Типичное – 21%	Аллергия на латекс	1. Защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ, 2. Не требует предписаний. Предотвращает преждевременное семяизвержение. Различные размеры, плотность.	Аллергия на латекс, снижение чувствительности	Должен использоваться при каждом половом контакте. Требует обсуждения с партнером. Может быть поврежден во время секса. Требует навыка использования	ВИЧ - 1 АРВ терапия – 1 СПИД – 1
Женский презерватив Может быть введен ≤8 часов перед половым контактом. (полиуритановый)	Правильное- 2%, Типичное – 15%	Отсутствуют	Как у мужского 1-2 Меньше риска повреждения презерватива. Женщина контролирует процесс.	Возможны эстетические проблемы для некоторых	Должен использоваться при каждом половом контакте	ВИЧ - 1 АРВ терапия – 1 СПИД – 1

Метод	Риск неудачи ²	Противопоказания	Польза/преимущества	Потенциальные побочные эффекты	Недостатки	Категория приемлемости
ВМС однократно устанавливается на 3-10 лет в зависимости от характеристики (медь- или гормонсодержащие)	Сп: Правильное- 0,6% Типичное – 0,8% ЛНГ: Правильное- 0,1% Типичное – 0,1%	Недавние (последние 3 месяца) рецидивирующие ВЗОМТ; эндометрит; ИППП; выраженные нарушения положения матки	Продолжительное использование. Не требует сотрудничества партнера.	Менструальные боли, усиление кровотечений (нет при использовании ВМС-ЛНГ). Риск ВЗОМТ, перфорации матки при введении.	Отсутствует предупреждение ИППП и суперинфекции ВИЧ. Введение осуществляется обученным медработником.	ВИЧ -2 АРВ-терапия – 2 СПИД – 2
Хирургическая стерилизация , Мужская - вазэктомия Женская - лигирование труб Постоянный метод	Женская Правильное- 0,3% Типичное – 0,5% Мужская Правильное- 0,1% Типичное – 0,15%	Желание иметь ребенка в будущем.	Постоянная контрацепция. Возможно, снижает риск рака яичников и сальпингитов у женщин. Лучшее соотношение стоимость/эффективность	Риск сожаления после стерилизации. Общие постоперационные осложнения.	Отсутствует предупреждение ИППП. Требуется хирургическое подразделение, обученный персонал и оборудование. Однократная сравнительно высокая стоимость метода.	ВИЧ - Медицинских противопоказаний для проведения стерилизации не существует
Экстренная контрацепция после полового акта как можно раньше, не позднее 120 часов, принять внутрь 1 таблетку (0,75 мг), через 12 часов после первой дозы принять еще 1 таблетку	1,1-3,2%	Повышенная чувствительность, гормонозависимые опухоли, склонность к тромбозам, отосклероз, острые заболевания или опухоли печени, инфекционные заболевания мочеполовой системы, беременность.	Предупреждение беременности в случае неудачи постоянного метода.	Кровянистые выделения, нарушения менструального цикла, масталгия, выпадение волос, дерматит, тошнота, головная боль, акне, задержка жидкости в организме, гирсутизм, депрессия.	Зависимость эффективности от времени приема	ВИЧ -1 АРВ-терапия – 2 СПИД – 1

Метод	Риск неудачи ²	Противопоказания	Польза/преимущества	Потенциальные побочные эффекты	Недостатки	Категория приемлемости
Методы, которые не должны использоваться у женщин с ВИЧ						
Метод отслеживания фертильности	Правильное ³ - 2-5% Типичное – 12-22%	Не рекомендуется к использованию при ВИЧ-инфекции		Не известны	Не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ. Трудно прогнозировать эффективность метода.	
Прерванный половой акт	Правильное- 4% Типичное – 27%	Не рекомендуется к использованию при ВИЧ-инфекции		Не известны	Не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ. Трудно прогнозировать эффективность метода. снижение удовольствия	
Спермициды с нон-оксинолом	Правильное- 10%, Типичное – 28%	Противопоказаны при ВИЧ-инфекции		Аллергия, раздражение влагалища и шейки матки. Повышают риск ИППП, суперинфекции ВИЧ, передачу ВИЧ партнеру	Не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ. Трудно прогнозировать эффективность метода. снижение удовольствия	ВИЧ – 4 АРВ терапия – 4 СПИД – 4
Метод лактационной аменореи	В течение 6 месяцев после родов при правильном пользовании- 2% Работающие женщины – 5,2%	Противопоказан при ВИЧ-инфекции		Передача ВИЧ от матери к ребенку при грудном вскармливании	Не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ.	ВИЧ -4 АРВ-терапия – 4 СПИД – 4

³ В зависимости от метода: определение фертильных дней менструального цикла, измерения базальной температуры, подсчета фертильных дней по календарю.

Далее представлены различные методы контрацепции с описанием схемы их приема и ограничений к использованию в зависимости от частых сопутствующих состояний, распространенных среди женщин с ВИЧ: АРВ-терапия; ВИЧ-связанные заболевания; гепатиты; наркотическая зависимость; другие состояния и лекарственные препараты.

4.1.1 Презервативы

Использование презервативов относится к 1-ой категории приемлемости использования при ВИЧ, что означает, что презервативы можно использовать без каких-либо ограничений. Презерватив – это единственный метод, который может предотвратить не только наступление нежеланной беременности, но и передачу ВИЧ и ИППП сексуальным партнерами. При правильном и регулярном использовании презерватива удается предотвратить до 95-97% незапланированных беременностей.

Презервативы также предотвращают передачу других типов ВИЧ человеку, который уже заражен ВИЧ инфекцией, включая резистентный тип вируса к АРВ. Эффективность профилактики передачи ВИЧ соответствует 90% при правильном и регулярном использовании. При так называемом «типичном использовании» для популяции, когда презерватив используется не при каждом половом контакте и с нарушениями инструкции эффективность снижается до 69%.

Таблица 5. Возможность использования презервативов при ВИЧ-инфекции, АРВ-терапии, СПИД, и других сопутствующих состояниях

	Критерии приемлемости ВОЗ	Ограничения
ВИЧ без сопутствующих состояний и терапии	1	Нет ограничений
АРВ-терапия	1	Нет ограничений
СПИД	1	Нет ограничений
Вирусные гепатиты	1	Нет ограничений
Наркотическая зависимость (риск гепатитов, циррозов, гипертензий, инсультов, эндокардитов, тромбозов, абсцессов, инфекций, психических расстройств)	1	Нет ограничений
ИППП	1	Нет ограничений
Другие заболевания	1	Нет ограничений
Другие лекарственные препараты	1	Нет ограничений

Эффективность презерватива по профилактике беременности и передачи ВИЧ партнеру и предупреждению инфицирования резистентным типом вируса ВИЧ зависит от постоянного и правильного использования. Необходимо использовать презерватив при любой форме полового акта. Презервативы должны использоваться во время каждого полового акта. Каждый презерватив должен использоваться только один раз.

Эффективность метода повышает обучение клиентов демонстрация использования мужских и женских презервативов с помощью муляжей. Снижает эффективность: употребление алкоголя и наркотиков; смазывание презерватива минеральным маслом, пищевым жиром, детским кремом или вазелином, разрушающим материал презерватива; хранение презерватива в теплом месте, т.к. это разрушает его материал.

Пациенту должны быть даны инструкции по использованию мужского презерватива (см. листовку проекта «Мать и дитя» www.jsi.ru):

1. Презерватив надевается только на твердый половой член в состоянии эрекции, до соприкосновения с половыми органами женщины.
2. Скатанный презерватив помещается на головку полового члена и расправляется по всей длине таким образом, чтобы весь член был им закрыт.
3. Чтобы сперма не пролилась на половые органы женщины, после полового контакта необходимо вынуть половой член (еще в состоянии эрекции) из влагалища, придерживая презерватив у основания полового члена.

Метод «двойной защиты» - одновременное использование презерватива и какого-либо другого метода контрацепции для профилактики наступления беременности и профилактики ВИЧ/ИППП является наиболее эффективным.

Использование презерватива не имеет побочных эффектов, аллергические реакции на латекс встречаются крайне редко. В случае наличия аллергии на латекс можно использовать полиуретановый презерватив (Таблица 6).

Важно знать, что использование презерватива не полностью защищает от таких инфекций, передающихся половым путем, как герпес, вирус папилломы человека и сифилис, которые передаются также через кожный покров, незакрытый презервативом.

Таблица 6. Проблемы и решения при использовании презервативов

Побочный эффект/проблема	Решение
Симптомы воспаления, возникающие после использования презерватива	Исключите инфекцию. Используйте полиуретановые презервативы.
До полового акта есть подозрение, что презерватив поврежден	Проверьте презерватив на целостность. При наличии дефектов – замените.
Презерватив порвался или соскользнул во время полового акта	Если презерватив порвался или есть подозрение на нарушение его целостности, используйте метод экстренной контрацепции.
Уменьшение чувства полового удовлетворения	Если снижение чувствительности даже при использовании более тонких презервативов неприемлемо, помогите выбрать другой метод.

В РФ наиболее распространено использование мужских презервативов, но также доступны и женские презервативы. В таблице 7 представлены основные характеристики

презервативов различных торговых марок. При упоминании презервативов со смазкой, имеется в виду обычная силиконовая смазка, презервативы со спермицидами (ноноксинолом) к использованию у ВИЧ-инфицированных противопоказаны (см.4.1.8.). Преимущества и недостатки метода представлены в таблице 4.

Таблица 7. Некоторые варианты презерватив, находящихся в продаже в РФ

CONAMORE	Женские, мужские разных ароматов, рельефности
SIMPLEX	Мужские полиуритановые и латексные, разных размеров, плотности, цветов, ароматов
DUREX	Мужские разных размеров, плотности, цветов, ароматов, рельефности
Reflex	Мужские разных размеров, плотности, рельефности
CONTEX	Мужские разных размеров, плотности, цветов, рельефности
Carex	Мужские разных размеров, плотности, цветов, ароматов, рельефности
Contempo	Мужские разных размеров, плотности, цветов, ароматов, рельефности, со смазкой
King	Мужские разных размеров, плотности, цветов, ароматов, рельефности
Life Style	Мужские разных размеров, плотности, цветов, формы, ароматов, рельефности, со смазкой
Masculan	Мужские разных размеров, плотности, цветов, рельефности
Pentcroft	Мужские полиуритановые разных размеров, плотности
Preventor	Мужские полиуритановые
Sico	Мужские разных размеров, плотности, цветов, формы, ароматов, рельефности, со смазкой
Vizit	Мужские разных размеров, плотности, цветов, ароматов, рельефности, со смазкой
Эрос Люкс	Мужские полиуритановые

4.1.2 Гормональная контрацепция

Гормональные контрацептивы содержат эстрогены и/или прогестины. Женщины с ВИЧ, кто не получает АРВ-терапии и не имеет сопутствующих заболеваний, могут применять гормональные контрацептивы без ограничений – *категория приемлемости 1*.

При приеме АРВ-терапии *приемлемость гормональных контрацептивов* соответствует категории 2, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски. Метод контрацепции допускается использовать, однако, при этом может потребоваться контроль со стороны врача. Это объясняется тем, что некоторые АРВ-препараты могут вызывать изменение концентрации гормональных контрацептивов в крови (таблица 8). У таких АРВ-препаратов как ритонавир, нелфинавир, лопинавир, невирапин, у некоторых

противосудорожных и противотуберкулезных лекарств, антибиотиков и некоторых других лекарственных средств выявлено индуцирующее влияние на ферменты в печени, ускоряющее метаболизм гормональных контрацептивов в печени, что может снизить содержание эстрогена в крови и привести к снижению эффективности гормональной контрацепции и повысить риск наступления беременности. У перечисленных в таблице 9 препаратов установлена различная сила воздействия на печень, наиболее выражено действие у противотуберкулезных препаратов - рифампицина и рифабутина. Доказано, что они могут привести к неудачам при использовании гормональной контрацепции и влияют на ее эффективность в течение 4 недель и после окончания лечения. Указанные АРВ-препараты могут понизить содержание КОК в крови на 18 - 47%.

В то же время в присутствии некоторых АРВ-препаратов, таких как индинавир и ифавиренц, повышается содержание гормональных контрацептивов в крови, что может спровоцировать возникновение побочных эффектов от использования гормональной контрацепции.

Таблица 8. Лекарственные препараты, изменяющие концентрацию гормональных контрацептивов в крови (Kathleen E.S., 2005, Cohn SE, 2005, Clark RA, 2004)

Снижают концентрацию гормональных контрацептивов	Повышают концентрацию гормональных контрацептивов
АРВ-препараты	
Ритонавир	Индинавир
Нелфинавир	Ампренавир (концентрация АРВ-препарата при этом снижается)
Лопинавир с ритонавиром	Атазанавир
Невирапин	Ифавиренц
Противотуберкулезные препараты	
Рифампицин и рифабутин	
Антибиотики	
Амоксициллин+клавулоновая кислота, тетрациклин, пенициллин	
Противосудорожные препараты	
Фенобарбитураты, карбамазепин, фенитоин, примидон и топирамат	
Другие	
Гризеофульвин, тоглизатон, препараты снижающие содержание сахара в крови, антидепрессанты, оральные антикоагулянты, бета-блокаторы, витамин С	

Имеются и другие ограничения использования гормональной контрацепции при АРВ-терапии. Некоторые АРВ-препараты вызывают нарушение обмена веществ, прежде всего липидного. Эти нарушения повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. На фоне АРВ-терапии могут отмечаться гепатиты и панкреатиты, ограничивающие использование гормональной контрацепции. Тошнота и рвота является

также нередким побочным эффектом АРВ-препаратов, что затрудняет приверженность к приему оральных форм контрацептивов.

Существуют некоторые опасения, что гормональные комбинированные контрацептивы повышают риск инфицирования ИППП и передачи ВИЧ за счет нередко возникающих кровянистых влагалищных выделений во время использования, эпителиальных изменений шейки матки, некоторого подавления иммунного ответа.

Важно сопоставить также положительное влияние гормональных контрацептивов по профилактике рака яичников и эндометрия и негативное влияние, связанное с повышением риска рака шейки матки при длительном использовании комбинированных оральных контрацептивов. Кроме того, могут существовать и другие ограничения к использованию гормональной контрацепции у женщин с ВИЧ и сопутствующими состояниями, представленные в таблице 9.

Таблица 9. Возможность использования гормональных методов контрацепции при ВИЧ-инфекции, АРВ-терапии, СПИД, и других сопутствующих состояниях

Состояния	Критерии приемлемости ВОЗ	Ограничения
ВИЧ без сопутствующих состояний и терапии	1	Нет ограничений
АРВ-терапия	2	Может быть взаимодействие с определенными препаратами (см. таблицу 8). Ограничения при некоторых побочных эффектах АРВ-препаратов.
СПИД	1	Нет ограничений
Активные вирусные гепатиты	4	Может быть нарушен метаболизм лекарственных средств и их концентрация в крови
Наркотическая зависимость (риск гепатитов, циррозов, гипертоний, инсультов, эндокардитов, тромбозов, абсцессов, инфекций, психических расстройств)	4	Могут быть ограничения в связи с сопутствующими наркоманией состояниями
ИППП	1	Нет ограничений
Другие заболевания	4	Противопоказаны при инфаркте, инсульте, гипертонии, повышенной свертываемости крови, тяжелом сахарном диабете, раке молочной железы, мигрени с неврологическими симптомами.
Другие лекарства	3	Может быть взаимосвязь с определенными препаратами: антибиотиками, противосудорожными, противогрибковыми (см. таблицу 8)
Другое: курение и возраст	2-4	Усиление риска побочных эффектов при возрасте ≥ 35 лет, курящих ≥ 15 сигарет в день

Однако необходимо отметить, что данных о взаимодействии АРВ-препаратов и гормональных контрацептивов, особенно новых классов контрацептивов, выпускаемых в форме пластыря или вагинального кольца в настоящее время крайне недостаточно. По мнению международных экспертов, у женщин с ВИЧ без сопутствующих заболеваний и терапии благодаря эффективности, безопасности и простоте использования гормональные контрацептивы могут использоваться для предупреждения незапланированной беременности. Женщинам, кто выбирает гормональную контрацепцию, должно настоятельно рекомендоваться постоянно использовать презервативы при половых контактах, т.к. только презервативы предупреждают инфицирование резистентным типом вируса и передачу ВИЧ другим лицам. Далее представлены основные группы гормональных контрацептивов.

4.1.2.1 Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

КОК подразделяются на моно- и трехфазные (Таблица 10). Они отличаются по дозе и содержащимся эстрогенам и прогестагенам. В каждой упаковке содержится количество таблеток, обеспечивающих контрацепцию в течение 1 месяца. Осуществляется ежедневный прием 1 таблетки в течение 21 дня – 7 дней перерыв, во время которого возникает менструальноподобное кровотечение. Начало приема КОК:

- В первый день цикла. Возможно начало использования в любой день цикла или в первое воскресенье после начала цикла (для упрощения подсчета длительности использования и проведения перерыва). В последнем случае необходимо одновременно дополнительно использовать в течение 7 дней другой эффективный метод контрацепции.
- После родов: спустя 3 недели.
- После аборта: сразу или в течение первых 5 дней.

Важно также помнить о приверженности к методу. Правильно используют КОК 77-89% женщин. В общей женской популяции в странах с длительной культурой использования современных контрацептивов до 50% женщин перестает принимать оральные контрацептивы через год после начала использования этого метода, из них 42% не консультируется об этом с врачом. При консультировании необходимо подчеркнуть пациентке важность ежедневного приема таблеток в одно и то же время и, в случае пропуска таблетки, рассмотреть необходимость экстренной контрацепции. При половых контактах обязательно использовать презерватив.

По-видимому, оральные контрацептивы могут быть полезны для женщин с ВИЧ в начальной стадии ВИЧ-инфекции с обильными менструальными кровотечениями, риском рака яичника и эндометрия.

Таблица 10. Представители комбинированных оральных контрацептивов

Наименование	Состав, мкг	
	Этинил эстрадиол	Прогестин
Монофазные		
Ригевидон, Микрогинон	30	ЛНГ 150
Регулон, Марвелон	30	дезогестрел 150
Новинетт, Мерсилон	20	дезогестрел 150
Фемоден, Инулет	35	гестоден 75
Линдинет, Логест	20	гестоден 75
Жанин	30	диеногест 2 мг
Ярина	30	дроспиренон 3 мг
Белара	30	хлормадинона ацетат 2 мг
Трехфазные		
Три-регол, Триквилар		
6 табл.	30	ЛНГ 50
5 табл.	40	ЛНГ 75
10 табл.	30	ЛНГ 125
Тризистон		
6 табл	30	ЛНГ 50
6 табл	40	ЛНГ 75
9 табл.	30	ЛНГ 125
Три-мерси		
7 табл.	35	дезогестрел 50
7 табл.	30	дезогестрел 100
7 табл.	30	дезогестрел 150

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

Настораживающие симптомы при использовании КОК, которые необходимо знать женщине, требующие немедленного обращения к врачу

- Сильная боль в груди или одышка
- Сильные головные боли или нарушение зрения
- Сильные боли в нижних конечностях
- Полное отсутствие кровотечений или выделений во время 7-ми дневного перерыва, что может являться признаком беременности

4.1.2.2 Комбинированные контрацептивы - влагалищное кольцо

Единственный в настоящее время представитель НоваРинг представляет собой гибкое контрацептивное гормоносодержащее влагалищное кольцо, которое непрерывно высвобождает гормоны во влагалище, обеспечивая стабильный гормональный фон этинилэстрадиола и этоноргестрела. Влагалищное кольцо вводится 1 раз на 3 недели, четвертая неделя – перерыв. При использовании этого метода приверженность к

контрацепции выше, чем при использовании оральных контрацептивов. Эффективность при правильном и обычном использовании сопоставима с КОК.

Начало использования:

- *с 1 по 5 день менструации.* В течение первых 7 дней в первом цикле применения кольца необходимо использовать дополнительный метод контрацепции.
- *После аборта в первом триместре:* можно начинать сразу же.
- *После родов или аборта во втором триместре:* можно начинать использование НоваРинг на четвертой неделе.

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

Настораживающие симптомы при использовании влагалищного кольца, которые необходимо знать женщине, требующие немедленного обращения к врачу
Подозрение на синдром токсического шока - лихорадка, диарея, рвота, недомогание.

4.1.2.3 Комбинированные контрацептивы - пластыри

ЕВРА - трансдермальная система, в виде пластыря - трехслойного квадрата размером в 20 см², который наклеивается на ягодицы, торе, живот или предплечье, обеспечивающая высокую контрацептивную эффективность в течение 7 дней благодаря суточному выделению этинилэстрадиола и норэргестромина.

При использовании этого метода приверженность к контрацепции выше, чем при использовании оральных контрацептивов. Примерно 93% женщин в состоянии использовать метод корректно. Эффективность при правильном и обычном использовании сопоставима с КОК. Некоторые данные указывают на то, что эффективность пластыря может понижаться у женщин весом 90 кг или выше.

Использование пластырей позволяет избежать первого пассажа через печень и резкого повышения концентрации гормонов в крови, по сравнению с КОК, что уменьшает нагрузку на печень и улучшает переносимость метода. Однако при использовании этого метода могут отмечаться кожные реакции в месте приклеивания пластыря. В целом, нежелательные явления такие же, как и при использовании КОК, и частота их возникновения достоверно не отличается.

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

4.1.2.4 Чисто прогестиновые оральные контрацептивы (ЧПОК)

Чисто прогестиновые контрацептивы (Таблица 11) могут применяться женщинами, у которых имеются противопоказания к использованию эстрогенов. ЧПОК – мини-пили принимаются ежедневно непрерывно. Полагают, что этот метод более подходит молодым женщинам. Начало приема ЧПОК:

- В первый день цикла. Возможно начало использования в любой день цикла. В последнем случае необходимо одновременно дополнительно использовать в течение 7 дней другой эффективный метод контрацепции.
- После родов сразу
- После аборта сразу

Таблица 11. Чисто прогестиновые оральные контрацептивы

Препарат	Содержание	Количество таблеток
Микролют	30 мкг ЛНГ	Упаковка из 35 таблеток
Эксклютон	500 мкг линестренола	Упаковка из 28 таблеток:
Чарозетта	75 мг дезогестрел	Упаковка из 28 таблеток:

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

<p><i>Настораживающие симптомы при использовании ЧПОК, которые необходимо знать женщине, требующие немедленного обращения к врачу</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Задержка менструации после нескольких месяцев регулярных циклов (может быть признаком беременности)• Боли в нижней части живота (могут быть признаком внематочной беременности)• Обильное (в 2 раза больше обычного) или продолжительное (> 8 дней) кровотечение• Повторные сильные головные боли или нарушение зрения.
--

4.1.2.5 Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы длительного действия (ЧПИК)

Представителем ЧПИК является высокоэффективный Депо-Провера, содержащий медроксипрогестерона ацетат. Препарат вводится путем глубокой внутримышечной инъекции с интервалом в 12 недель. Инъекция может быть сделана до 4 недель (28 дней) раньше положенного срока и на 2 недели позже. Сроки начала применения:

- В первый день цикла. Возможно начало использования в любой день цикла. В последнем случае необходимо одновременно дополнительно использовать в течение 7 дней другой эффективный метод контрацепции.
- После родов сразу или в течение 6 недель.
- После аборта (сразу или в течение первых 7 дней).

Этот метод особенно подходит для женщин, у которых возникают трудности с ежедневным приемом препаратов. Приверженность к использованию этого метода

составляет примерно 60% в течение первого года и снижается до 24% после 4 лет непрерывного использования. Этот метод также может быть полезен женщинам, не определившимся окончательно с методом для долгосрочной контрацепции, но нуждающимся в эффективном методе предупреждения незапланированной беременности. ЧПИК как и КОК могут быть полезны при обильных менструальных кровотечениях, анемии, инфекциях малого таза.

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

Настораживающие симптомы при использовании ЧПИК, которые необходимо знать женщине, требующие немедленного обращения к врачу

- Сильные головные боли.
- Обильное или продолжительное кровотечение
- Депрессия
- Сильные боли в нижней части живота (могут быть признаком беременности)
- Боль и кровотечение в месте инъекции

Методы будущего

В Западной Европе и США используется высокоэффективные контрацептивные **имплантанты**, содержащие прогестины (Импланон), которые обеспечивают контрацепцию в течение 3 лет. В России этот метод пока не зарегистрирован.

4.1.3 Внутриматочные средства контрацепции (ВМС)

Наиболее популярны два вида ВМС – содержащие медь и содержащие гормоны. Это эффективный длительный метод контрацепции. Действие медьсодержащих ВМС (таких как ТСu380А) продолжается в течение 10 лет после введения. Внутриматочная спираль, содержащая гормоны, представляет собой эластичный цилиндр из пластика, вертикальная часть которого содержит прогестерон или левоноргестрел (ЛНГ). Рекомендованный период времени использования этого вида ВМС составляет 5 лет. Преимуществом ВМС, содержащих гормоны, является то, что они реже вызывают полименорею. Фертильность после удаления ЛНГ-ВМС может возвращаться в течение года.

Ранее предполагалось увеличение риска инфекций органов малого таза при введении ВМС, поэтому в предыдущем издании «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацептивов» использование ВМС у женщин с ВИЧ ограничивалось. Однако позднее было установлено, что риск побочных эффектов после введения ВМС достоверно не различается среди ВИЧ инфицированных и

неинфицированных женщин. Осложнения, как среди женщин с ВИЧ, так и неинфицированных ВИЧ, связаны, преимущественно, с качеством медицинской помощи. Поэтому в третьем издании «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацептивов» 2004 г. использование ВМС, включая гормонсодержащие ВМС, при ВИЧ/СПИД относится к **категории 2**, когда в большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода, и ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски. ВМС допускается использовать у женщин с ВИЧ при возможности организации медицинского наблюдения:

- при отсутствии стадии СПИДа;
- продолжение использования при возникновении стадии СПИДа;
- у женщин, имеющих СПИД, у которых на фоне АРВ терапии наступила стойкая ремиссия.

Учитывая, что ВМС нередко вызывают кровотечения, были некоторые опасения, связанные с увеличением риска передачи ВИЧ половому партнеру и суперинфекции ВИЧ. В то же время, существует мнение, основанное на результатах исследования, что использование ВМС не приводит к увеличению содержания ВИЧ во влагалищном отделяемом. В любом случае медицинские работники, консультирующие клиентов с ВИЧ, должны настоятельно рекомендовать пользоваться презервативами в дополнение к этому, как и любому другому методу контрацепции, который захочет использовать клиент.

В отличие от негормонального ВМС ЛНГ-содержащий ВМС способствуют истончению эндометрия, и первые три месяца применения могут наблюдаться нерегулярные маточные кровотечения, к 12 месяцам - отмечается снижение менструальной функции в 94-97% случаях и у 10-15% пользователей наступает аменорея, прекращаются болезненные обильные менструации.

Особенности использования ВМС при ВИЧ-инфекции, АРВ-терапии, СПИД, и других сопутствующих состояниях представлены в таблице 12.

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

Таблица 12. Возможность использования ВМС при ВИЧ-инфекции, АРВ-терапии, СПИД, и других сопутствующих состояниях

Состояния	Критерии приемлемости ВОЗ		Ограничения
	ВМС медьсодержащие	ВМС-ЛНГ	
ВИЧ без сопутствующих состояний и терапии	2	2	При медицинском наблюдении нет ограничений
АРВ-терапия	2	?	При медицинском наблюдении нет ограничений
СПИД	2	2	При медицинском наблюдении нет ограничений
Активные вирусные гепатиты	1	3	Может быть нарушен метаболизм лекарственных средств и их концентрация в крови
Наркотическая зависимость (риск гепатитов, циррозов, гипертензий, инсультов, эндокардитов, тромбозов, абсцессов, инфекций, психических расстройств)	2	3	Могут быть ограничения в связи сопутствующими наркоманическими состояниями
ИППП	1	1	Нет ограничений
Другие заболевания	4	4	Противопоказаны при неясных кровянистых выделениях, септическом аборте в течение последних 3 месяцев, аномалии половых путей и доброкачественной опухоли матки, значительно деформирующей ее полость, ревмокардите, генитальном туберкулезе, раке половых органов.
Другие лекарственные препараты	1	1	Нет ограничений

Введение ВМС

- В любой день менструального цикла, но лучше – во время менструации, для того, чтобы быть уверенным в отсутствие беременности. Введение ВМС в этот период менее неприятно для женщины. Однократная доза доксициклина 200 мг при введении уменьшает риск возникновения болей и кровотечения.
- После родов - может быть введено сразу после рождения плаценты, после кесарева сечения, в послеродовый период. Если ВМС не введено в течение 48 часов после родов, введение следует отложить до 4-6 недель после родов. Требуется опытный врач, специально обученный технике введения ВМС. Женщина должна быть обследована и проконсультирована в пренатальном периоде о введении ВМС. Вероятность экспульсии

при введении ВМС в послеродовом периоде выше (6-10%), чем при интервальном введении. Самый низкий коэффициент экспульсии - при введении ВМС высоко в полость матки в первые 10 минут после рождения плаценты. При интервальном введении ВМС спустя 4-6 недель после родов процедура введения обычная и требует специального обучения персонала.

- После аборта (сразу или в течение первых 7 дней), если нет признаков ВЗОМТ. Введение ВМС непосредственно после аборта обеспечивает немедленную контрацептивную защиту и является более удобным для женщины, поскольку риск дискомфорта, связанного с введением ВМС, уменьшается.

Врач должен сказать пациентке и дать документ с информацией о том, какой тип ВМС установлен, и когда ВМС надо удалить. Всем пациенткам рекомендуется приходить к врачу для регулярного профилактического гинекологического осмотра. Если проблемы отсутствуют, и женщина не желает досрочного удаления ВМС, то после обязательного осмотра через 4-6 недель после введения ВМС, дальнейшие посещения врача по необходимости. Женщина должна проверять нити ВМС после каждой менструации.

Симптомы при использовании ВМС, которые необходимо знать женщине, требующие немедленного обращения к врачу

- Задержка менструации с симптомами беременности (тошнота, болезненность молочных желез и т.д.)
- Продолжающиеся или схваткообразные боли в нижней части живота, особенно сопровождающиеся плохим самочувствием, жаром или ознобом (указывают на возможную инфекцию органов малого таза)
- Нити спирали отсутствуют или при проверке нащупывается кончик ВМС

4.1.4 Добровольная женская и мужская стерилизация (ДХС)

Мужская и женская стерилизация – являются высокоэффективными необратимыми методами контрацепции. Для женщин и мужчин, которые решили не иметь детей, методы женской и мужской стерилизации могут быть оптимальным методом. При проведении женской стерилизации риск возникновения беременности составляет: 5,5 беременностей на 1000 стерилизаций в течение первого года после операции и 18,5 беременностей на 1000 стерилизаций в течение 10 лет. При проведении мужской стерилизации риск неудачи меньше и составляет в среднем от 0,1% до 0,4%.

Мужская или женская добровольная хирургическая стерилизация как методы контрацепции при ВИЧ-инфекции могут использоваться без медицинских ограничений. В соответствии с «Медицинскими критериями приемлемости» использование стерилизации соответствует категории – метод приемлем (Таблица 13). Однако могут существовать определенные заболевания или состояния, требующие особой осторожности, подготовки или специальных условий.

Таблица 13. Возможность использования стерилизации при ВИЧ-инфекции, АРВ-терапии, СПИД, и других сопутствующих состояниях

	Критерии приемлемости ВОЗ	Использование стерилизации
ВИЧ без сопутствующих состояний и терапии	Метод приемлем	Медицинских противопоказаний для проведения стерилизации не существует
АРВ-терапия	Метод приемлем	Медицинских противопоказаний для проведения стерилизации не существует
СПИД	Необходимы специальные условия	Стерилизация должна проводиться опытным хирургом с общей анестезией и при наличии всех других необходимых клинических условий.
Активные вирусные гепатиты	Метод может быть приемлем или рекомендуется отсрочка	Стерилизация может быть проведена после проведения надлежащей диагностики и/или устранения патологического состояния.
Наркотическая зависимость (риск гепатитов, циррозов, гипертензий, инсультов, эндокардитов, тромбозов, абсцессов, инфекций, психических расстройств)	Необходима особая осторожность	Стерилизация может быть проведена в условиях обычной клиники с соблюдением дополнительных мер предосторожности.
ИППП	Метод может быть приемлем или рекомендуется отсрочка (при гнойном цервиците, хламидиозе или гонорее)	Стерилизация может быть проведена после проведения надлежащей диагностики и/или устранения патологического состояния.
Другие заболевания	Необходимы специальные условия	При инфаркте, инсульте, гипертензии, повышенной свертываемости крови, тяжелом сахарном диабете, эндометриозе, генитальном туберкулезе, хронических заболеваниях дыхательных путей стерилизация должна проводиться опытным хирургом под общей анестезией и при наличии всех других необходимых клинических условий.

Женская стерилизация – хирургическая операция, которая заключается в пересечении (перевязке, или наложении скобок и колец, или коагуляции) обеих фаллопиевых труб, что предотвращает оплодотворение яйцеклетки сперматозоидами. Она

может быть сделана под местной анестезией с помощью минилапаротомии или лапароскопии. Сроки проведения операции по окклюзии маточных труб:

- В любой день менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна, предпочтительней с 6-го по 13-й день менструального цикла
- После родов. Возможно выполнение стерилизации одновременно с кесаревым сечением. Решение о стерилизации обычно принимается женщиной во время беременности. Вместе с тем, женщина в любой момент может изменить свое решение.
- После аборта в 1-м триместре: сразу или в течение первых 7 дней, если нет признаков ВЗОМТ (минилапаротомия или лапароскопия). После аборта во II-м триместре - минилапаротомия сразу или в течение 7 дней, если нет признаков ВЗОМТ.

Метод мужской стерилизация заключается в перевязке обоих семявыводящих протоков. Этот метод прост в выполнении и может проводиться амбулаторно. Необходимо предупредить клиента о том, что эффект не наступает немедленно и в течение 3-х месяцев следует использовать дополнительно метод контрацепции.

Особенности консультирования клиентов, выбравших постоянный метод контрацепции:

1. Перевязка труб и вазэктомия являются хирургическими операциями.
2. Имеется как риск, связанный с операцией, так и преимущества метода.
3. Клиент больше не сможет иметь детей, контрацепция будет постоянной.
4. Клиент может изменить свое решение в любой момент до проведения операции.

Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

При проведении ДХС необходимо обеспечить адекватный уровень консультирования и последующего наблюдения. Пациентка должна подписать стандартную форму добровольного согласия на процедуру до начала операции.

Ниже представлены законодательные аспекты проведения хирургической стерилизации. В соответствии со ст. 37 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан "медицинская стерилизация может быть произведена только **по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей**. Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется МЗ РФ. Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность...". При наличии медицинских показаний и согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей. Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин в Приложении 2 к приказу МЗ РФ от 28.12.93 №303 "О применении медицинской стерилизации граждан" (см. Приложение

9.1.4). "При наличии у женщин других показаний, непредусмотренных настоящим перечнем, **вопрос о стерилизации решается комиссией в индивидуальном порядке**". Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, врачами, имеющими специальную подготовку (в ред. Федерального закона от 10.01.2003 N 15-ФЗ).

Признаки/симптомы, при появлении которых пациентки, перенесшие трубную окклюзию, должны немедленно обратиться к врачу

- повышение температуры (>38°C), озноб
- головокружения с обмороком
- постоянные или нарастающие боли в животе
- промокание повязки кровью или экссудатом
- признаки или симптомы беременности

Методы будущего

В настоящее время в Западной Европе и США используется **нехирургическая женская стерилизация** (Essure) – введение в каждую фаллопиеву трубу гибкой металлической пружины 4 см в длину и 0,8 мм в диаметре. Процедура проводится амбулаторно опытным гинекологом с помощью специального устройства при гистероскопии. Продолжительность процедуры 35 минут. Эффективность метода составляет 99,6%. Постоянная контрацепция наступает через 3 месяца после процедуры. Полагают, что этот метод снижает риск возникновения рака яичников и сальпингитов. Риск экспульсии, внематочной беременности или перфорации матки при введении менее 3%. При введении устройства может возникнуть ощущение дурноты. В России этот метод пока не зарегистрирован.

<http://www.essure.co.uk/>

4.1.5 Таблетированная экстренная контрацепция (ТЭК)

Экстренной называется **контрацепция**, которая используется в качестве экстренной меры предупреждения беременности после незащищенного полового акта или неудачно использованного метода, блокируя овуляцию. Экстренная контрацепция имеет те же особенности использования у женщин с ВИЧ, как и другие гормональные контрацептивы. Нет ограничений к использованию этого метода у женщин с ВИЧ без других сопутствующих заболеваний и СПИД. Взаимодействия с лекарственными препаратами неизвестны.

Эффективность метода составляет от 56 до 93%. Экстренная контрацепция максимально эффективна, если женщина применяет ее в течение первых 120 часов после незащищенного полового акта. Чем раньше приняты таблетки экстренной контрацепции, тем выше их эффективность.

Не допускается использование препарата как средства для регулярной и непрерывной контрацепции, так как это приводит к снижению эффективности препарата и учащению побочных реакций. Следует избегать и повторного применения ТЭК во время одного и того же менструального цикла для избежания нарушений цикла. Частота использования ТЭК более 2 раз в месяц свидетельствует о необходимости выбора постоянного метода контрацепции. Медицинские работники должны помочь женщине выбрать регулярный метод контрацепции и проконсультировать ее о том, как правильно его использовать.

Для экстренной контрацепции используются прогестины, а также комбинированные гормональные контрацептивы (Таблица 14). Все преимущества и недостатки метода, а также противопоказания и нежелательные явления представлены в таблице 4.

Таблица 14. Препараты, используемые для экстренной контрацепции

Наименование	Прогестин, мкг
Микролют	ЛНГ 30
Эксклютон	линестренол 500
Чарозетта	дезогестрел 75
Постинор	ЛНГ 0,75 мг
Эскапель	ЛНГ 1,5 мг

4.1.6 Методы отслеживания фертильности

Методы отслеживания фертильности включают в себя определение фертильных дней менструального цикла с помощью отслеживания признаков фертильности, таких как наличие цервикальной слизи, измерения базальной температуры и подсчета фертильных дней по календарю (календарный ритмический метод, метод стандартных дней).

Эффективность метода сильно зависит от способности женщин правильно определять фертильные дни и регулярности менструального цикла. При правильном использовании календарного метода, определяющий потенциальную фертильность с 8 по 19 день менструального цикла включительно при цикле 26-32 дней, доля женщин с незапланированной беременностью в течение года составляет 5%. Метод сравнительно мало эффективный, показатель наступления незапланированной беременности при обычном использовании этого метода достигает 12%. Отслеживание признаков фертильности и измерения базальной температуры еще менее эффективный, риск незапланированной беременности в течение года достигает 22%.

В соответствии с «Медицинскими критериями приемлемости» ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом женщинам не рекомендуется пользоваться этим

методом, т.к. он не защищает от ВИЧ и ИППП. Поэтому, например, календарный метод можно использовать только в сочетании с презервативом.

4.1.7 Прерванный половой акт

Прерванный половой акт заключается в том, что мужчина полностью извлекает половой член из влагалища женщины прежде, чем у него произойдет эякуляция, в результате чего сперма не попадает во влагалище, и оплодотворение не происходит. Метод низко эффективный (4-27 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования). Эффективность метода может еще более снизиться из-за присутствия в уретре спермы, сохранившейся после недавней (менее 24 часов назад) эякуляции.

В соответствии с «Медицинскими критериями приемлемости» ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом женщинам не рекомендуется пользоваться этим методом. В семенной жидкости, выделяемой до эякуляции, может содержаться ВИЧ и другие возбудители ИППП.

Женщины и пары, выбравшие этот метод контрацепции, должны быть предупреждены, о том, что этот метод является низкоэффективным по предупреждению нежеланной беременности, и не защищает от передачи ИППП и суперинфекции ВИЧ. Нужно рекомендовать выбрать современный эффективный метод контрацепции.

4.1.8 Спермициды

В соответствии с «Медицинскими критериями приемлемости» ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом женщинам не рекомендуется пользоваться *спермицидами и диафрагмами (категория 4 и 3, соответственно)* в виду их невысокой контрацептивной эффективности, с одной стороны, и повышения риска передачи ИППП/ВИЧ, с другой стороны.

Повышение чувствительности к ВИЧ и ИППП объясняется тем, что спермициды вызывают раздражение слизистой оболочки влагалища и усугубляют имеющийся воспалительный процесс во влагалище и шейке матки.

Применение спермицидов имеет низкий эффект по предупреждению нежеланной беременности по сравнению с другими методами контрацепции. Уровень неудач варьирует от 18%, когда спермициды используются последовательно и правильно, до 29% при типичном использовании.

Методы будущего

Последние научные данные позволяют надеяться, что группа препаратов спермицидов/микробицидов получит новое развитие. Предполагается, что представители нового поколения этой группы смогут снизить риск передачи ВИЧ и ИППП при половых контактах. Представители нового поколения микробицидов будут различаться по своим свойствам: одни будут обладать активностью против ИППП и ВИЧ, и контрацептивными свойствами; другие – предупреждать заражение ИППП и ВИЧ, но не иметь контрацептивных свойств. Последние предназначены для тех, кто планирует беременность, когда один партнер не инфицирован ВИЧ. В настоящее время проводятся серьезные исследования этой группы препаратов. Вероятно, что доступны эти средства будут не ранее, чем к 2010 г.

Alliance for Microbicide Development <http://www.microbicide.org/>

International Partnership for Microbicides <http://www.ipm-microbicides.org/>

Department of Reproductive Health and Research, WHO
<http://www.who.int/reproductive-health/>

4.2 Индивидуальный выбор контрацепции

Лучшим методом контрацепции является тот, который соответствует желаниям пациента, его состоянию здоровья и образу жизни. Вопросы анкеты, разработанной ведущим специалистом в области контрацепции профессором Р. Хэтчером, представленной в таблице 15 с небольшой адаптацией, помогают определить, насколько конкретный метод приемлем для определенной жизненной ситуации.

Медицинский работник после консультирования женщины о методах контрацепции предлагает ей заполнить эту анкету. После чего обсуждает с ней ответы на вопросы анкеты. Ответ «не знаю» требует получения от женщины дополнительной информации. Большое число ответов «да» определяет, что выбранный метод не подходит для женщины. Чем больше таких ответов, тем больше может быть нерешенных проблем с контрацепцией, требующих дополнительного консультирования.

Таблица 15. Вопросы, которые задаются пациенту, выбравшему определенный метод контрацепции.

Укажите метод.....	Да	Нет	Не знаю
1. Были ли у Вас проблемы с использованием этого метода раньше?			
2. Возникла ли у Вас беременность при использовании этого метода?			
3. Опасаетесь ли Вы использования этого метода?			
4. Предпочли бы Вы не использовать этот метод?			
5. Были ли у Вас проблемы с запоминанием правил пользования?			
6. Использовали ли Вы этот метод правильно?			
7. Остались ли у Вас вопросы об использовании этого метода?			
8. Удлиняет ли этот метод менструации и делает ли более болезненными?			
9. Стоит ли этот метод дороже суммы, которую Вы можете себе позволить?			
10. Приводит ли использование этого метода к серьезным осложнениям?			
11. Есть ли у Вас религиозные или моральные предубеждения против этого метода?			
12. Не будет ли Ваш партнер против использования этого метода?			
13. Можете ли Вы использовать этот метода не информируя партнера?			
14. Будет ли использование этого метода смущать Вашего партнера?			
15. Будет ли использование этого метода смущать Вас?			
16. Будете ли Вы или Ваш партнер получать меньше удовольствия от секса используя этот метод?			
17. Если удовольствия от использования метода будет меньше, будете ли Вы его использовать?			
18. Советовал ли Вам медработник когда-либо не использовать этот метод?			
19. Существуют ли у Вас какие-то ограничения, связанные с состоянием здоровья, для использования этого метода?			
20. Получаете ли Вы какие-либо препараты, ограничивающие использование этого метода контрацепции?			
21. Есть ли риск при использовании этого метода инфекций, передающихся половым путем и инфицирования другим типом вируса ВИЧ?			

Существуют некоторые особенности консультирования женщин в определенные периоды ВИЧ-инфекции, при тяжелых сопутствующих заболеваниях, во время беременности, после родов и после аборта, а также определенная специфика консультирования подростков. В следующих разделах представлено консультирование женщин в различные периоды, а также консультирование подростков.

4.2.1 Контрацепция у женщин с ВИЧ с сохраненным иммунитетом, без сопутствующих заболеваний и терапии

Если женщина не имеет ВИЧ-связанных и сопутствующих заболеваний, количество CD-4 клеток не менее 350-500 клеток/мм³, она не получает никакой терапии и не планирует беременность в ближайшее время ей может быть предложен любой метод контрацепции.

Учитывая высокую уязвимость женщин к ИППП, необходимость защиты от суперинфекции ВИЧ и вирусных гепатитов наиболее эффективным способом профилактики нежеланной беременности и перечисленных выше состояний является использование «двойного метода» - презерватива и любого другого медицинского метода контрацепции.

В таблице 16 представлена схема обсуждения с женщиной **методов контрацепции**:

1. Подчеркивается, что единственным методом, предупреждающим нежеланную беременность, передачу ИППП/ВИЧ и суперинфекцию ВИЧ является презерватив. Презерватив эффективен при правильном и постоянном использовании. При консультировании необходимо рассмотреть возможные варианты обсуждения парой использования презервативов и предложить консультирование женщины вместе с партнером.
2. Рассматриваются свойства других медицинских методов: эффективность метода и условия/факторы, влияющие на его эффективность. Является ли данное средство краткосрочным, долгосрочным или постоянным контрацептивным методом, как им пользоваться. Возможные побочные эффекты и тактика поведения при их возникновении. Доступен ли метод по цене при постоянном использовании.

Таблица 16. Схема обсуждения с ВИЧ-инфицированной женщиной двойного метода контрацепции

Основной метод	Презерватив +любой из ниже перечисленных медицинских методов контрацепции при каждом половом акте во время беременности, сразу после аборта и родов.						
Обсуждение презерватива	Важность профилактики суперинфекции ВИЧ и ИППП. Наличие мужского презерватива различных форм, размеров, плотности, материалов и женского презерватива. Обучить пользованию. Тактика в случае повреждения презерватива (экстренная контрацепция).						
Цена¹, руб.	от 30 до 70 (от 3 до 12 штук в упаковке)						
Другие медицинские методы	Гормональные методы контрацепции					ВМС	Стерилизация
	Комбинированные оральные	Влагалищное кольцо	Комбинированные пластыри	Прогестиновые оральные	Прогестиновые инъекционные		
Начало использования	С 1 дня цикла ⁴	С 1 дня цикла ⁴ .	С 1 дня цикла ⁴ .	С 1 дня цикла	С 1 дня цикла	В любой день ⁵	В любой день ⁵
После родов	С 3 недели.	С 3 недели	С 3 недели	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу
После аборта	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу	Можно сразу
Темы обсуждения	Схема использования, достоинства, недостатки методов, побочные эффекты и тактику в случае их появления (см. таблицу 4)						
	Наличие различных препаратов. Приверженность к использованию. Тактика при пропуске таблетки. Консультация с врачом, в случае назначения других препаратов.	Возможные проблемы с использованием и тактику при их появлении. Консультация с врачом, в случае назначения любых других препаратов.	Ограничения использования у женщин с весом более 90 кг. Консультация с врачом, в случае назначения любых других препаратов.	Наличие различных препаратов. Приверженность к использованию. Тактика при пропуске таблетки. Консультация с врачом, в случае назначения других препаратов.	Отсроченное восстановление фертильности. Консультация с врачом, в случае назначения других препаратов.	Наличие различных форм. Введение в медучреждении. Отсроченное восстановление фертильности	Проведение в медучреждении. Пожизненное отсутствие фертильности
Цена⁶, руб.	от 56 до 1200 ⁷	от 420 до 780	от 390 до 600	от 120 до 500	от 215 до 300	80-290-1150-9000 ⁷	ОМС? ⁸ ДМС – 2500-4000
При подозрении на возможность незапланированной беременности - проведение экстренной контрацепции Цена - 100 - 200 руб							

⁴ Возможно начало использования в любой день цикла или в первое воскресенье после начала цикла (для упрощения подсчета длительности использования и проведения перерыва). В последнем случае необходимо одновременно дополнительно использовать в течение 7 дней другой метод контрацепции.

⁵ Если есть уверенность отсутствия беременности

⁶ Информация получена из фармацевтической базы данных московских аптек <http://apteka.mos.ru/new/>

⁷ Цены представителей контрацептивной группы существенно различаются

⁸ Цена в системе ОМС не доступна

4.2.2 Консультирование при наличии СПИД и другого тяжелого заболевания

Существуют определенные заболевания, при которых незапланированная беременность может являться серьезной угрозой здоровью женщины (ВОЗ, 2004). К ним относятся:

- Рак молочной железы
- Осложненные поражения клапанов сердца
- Диабет: инсулино-зависимый; с нефропатией/ретинопатией/нейропатией или другими заболеваниями сосудов; либо продолжающийся > 20 лет
- Рак эндометрия или яичников
- Высокое артериальное давление (систолическое >160 мм рт ст или диастолическое >100 мм рт ст)
- ВИЧ-инфекция в стадии СПИД
- Ишемическая болезнь сердца
- Злокачественные гестационные болезни трофобласта
- Злокачественные опухоли печени
- Шистосомоз с фиброзом печени
- Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени
- Серповидно-клеточная анемия
- Инсульт
- Тромбогенные мутации
- Туберкулез.

Женщине с перечисленными выше заболеваниями должна быть детально объяснена угроза ее здоровью и, возможно, жизни при возникновении беременности или в родах и предложен выбор эффективных методов контрацепции.

При консультировании по вопросам контрацепции женщин с прогрессированием ВИЧ-инфекции важно учитывать наличие или риск возникновения оппортунистических заболеваний при снижении CD4 менее 250 клеток/мм³. К оппортунистическим инфекциям относятся: туберкулезная, герпетическая, цитомегаловирусная, кандидозная инфекция, саркома Капоши, бактериальная пневмония, лимфома, пневмоцистная пневмония, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, токсоплазмоз, ВИЧ-энцефалопатия, криптоспоридиоз, инфекции, вызванные атипичными микобактериями. Прогрессирование ВИЧ-инфекции может приводить к ограничению использования определенных методов контрацепции. Поэтому необходимо заранее консультировать женщину с ВИЧ о возможных проблемах выбора контрацепции при прогрессирующем ухудшении здоровья.

Если женщина настаивает на желании иметь ребенка, независимо от ее общего состояния, ей должна быть оказана эффективная медицинская помощь, составлен план ведения беременности и наблюдения у соответствующих специалистов. Важно уточнить наличие поддержки и рассмотреть возможность ухода за женщиной и ребенком, близкими

и родственниками в случае резкого ухудшения здоровья женщины в результате беременности и/или родов.

4.2.3 Особенности консультирования женщин во время беременности и после родов

Во время антенатального наблюдения с женщиной должны обсуждаться ее дальнейшие репродуктивные планы. Важно, чтобы женщина во время беременности определилась с выбором послеродовой контрацепции. Женщина должна быть информирована о сроках возвращения фертильности после родов. Фертильность после родов возвращается в среднем в течение 6 недель, однако, могут быть индивидуальные различия, поэтому желательно начать использовать контрацепцию сразу после родов, если женщина к этому готова. Большинство методов контрацепции можно начинать использовать непосредственно сразу после родов. Консультирование по планированию семьи у ВИЧ-инфицированных женщин в послеродовом периоде должно проводиться в роддоме тогда, когда для женщины это будет наиболее удобно, по возможности, пригласив партнера женщины.

Если женщина с ВИЧ не планирует следующей беременности вскоре после настоящих родов, ей должны быть предложены различные методы планирования семьи. Если женщина во время беременности хотела бы после родов провести стерилизацию, и у нее нет ограничений к проведению хирургической стерилизации, следует обсудить с ней возможность проведения родоразрешения с помощью планового кесарева сечения, в качестве метода профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, с последующей стерилизацией. Женщина должна получить полноценную информацию о преимуществах и недостатках кесарева сечения в качестве метода профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Необходимо ей представить преимущества и недостатки стерилизации как метода контрацепции. Для проведения кесарева сечения с последующей стерилизацией необходимым условием является письменное информированное согласие женщины.

4.2.4 Консультирование женщин после аборта

Фертильность после аборта восстанавливается через 11-14 дней. Ответ на вопрос о лучшем времени для консультирования женщин о планировании семьи после аборта зависит от каждой женщины, ее реальной ситуации и возможностей. Важно использовать любую возможность для предоставления консультирования по планированию семьи.

В некоторых гинекологических отделениях консультирование по контрацепции предлагается непосредственно сразу перед проведением аборта, в других – после. После аборта женщина может испытывать боль, находиться под воздействием седативных

препаратов и стремиться быстрее покинуть клинику. Она может находиться в таком состоянии, когда ей трудно сделать информированный выбор и разговор с ней может оказаться невозможным. Решение об использовании любого метода не должно быть принято поспешно, в состоянии стресса или боли. Будет полезно пригласить женщину на повторное консультирование в наиболее удобное для нее время и учреждение. При проведении консультирования необходимо учитывать психологические особенности женщин после аборта. Они представлены в таблице 17.

При условии отсутствия медицинских противопоказаний использование любого метода контрацепции следует начинать сразу после аборта. Хотя большинство женщин не хотят забеременеть сразу после аборта, некоторые из них затрудняются сразу принять решение о применении определенного метода контрацепции. Женщинам, которые не выбрали метод контрацепции сразу, можно предложить использовать презервативы и посоветовать обратиться за консультацией (возможно, вместе с партнером) в удобное для нее время, как только решение будет принято.

В процессе консультирования всем женщинам должна быть предоставлена информация о возможных осложнениях после аборта и их признаках, при появлении которых, они должны срочно обратиться в лечебное учреждение:

- кровотечение, при котором за 2 часа промокают две гигиенические прокладки;
- кровяные сгустки;
- повышенная температура;
- озноб;
- тошнота и/или рвота, продолжающаяся более четырех часов;
- длительная резкая боль внизу живота;
- влагалищные выделения с неприятным запахом;
- отсутствие менструации более шести недель.

Вне зависимости от того, использует женщина метод контрацепции или нет, через 3-14 дней после аборта пациентка должна быть обязательно приглашена на прием к гинекологу.

Таблица 17. Психологическое состояние и возможные проблемы женщин, перенесших аборт

Проблема	Рекомендации
Находится в состоянии стресса, испытывает боль или не готова принять решение о контрацепции	Стресс и боль мешают принятию информированного добровольного решения. Предложите другие услуги, связанные с конкретным состоянием женщины.
Забеременела, когда применяла метод контрацепции	Неэффективность метода, неправильное использование могли привести к наступлению нежелательной беременности. Оцените, почему произошла беременность; в чем причина неэффективности метода. Помогите выбрать метод, который она в состоянии правильно использовать. Убедитесь, что женщина правильно поняла инструкцию по использованию метода и последующему наблюдению.
Прекратила использование метода	Побочные эффекты и невозможность приобретения метода могут привести к возникновению нежелательной беременности. Определите, почему женщина прекратила применение метода. Помогите выбрать доступный метод, который женщина в состоянии правильно использовать. Убедитесь, что женщина правильно поняла инструкцию по использованию метода и последующему наблюдению.
Имеет партнера, который не хочет использовать презервативы или будет препятствовать использованию другого метода	В некоторых ситуациях участие партнера в консультировании, при согласии женщины, повышает эффективность использования метода и может привести к более длительному его использованию. В случае невозможности привлечения партнера, его отказе от обсуждения с женщиной методов профилактики нежеланной беременности, обсудите с женщиной методы контрацепции, которые она может использовать, не ставя в известность партнера (например, инъекции или ВМС).
Хочет скоро забеременеть	Если женщина имела повторные выкидыши и/или невынашивание беременности, она нуждается в оказании специализированной помощи. Не старайтесь убедить ее применять какой-либо метод. Предоставьте ей необходимую информацию и/или направьте ее в соответствующее ЛПУ.
Женщина является жертвой сексуального насилия	Состояние стресса, в котором находится женщина, может потребовать дополнительного консультирования психолога, социального работника, проведения психолого-социальной реабилитации. Информировать ее о методах экстренной контрацепции (или других методах, если это возможно).

4.2.5 Особенности консультирования подростков

Подростки относятся к уязвимым группам населения, которые по определенным причинам (поведенческим, характерологическим, социальным, экономическим) имеют

ограниченный доступ к получению медицинской помощи. Отсутствие уверенности в себе, депрессия, проблемы в семье и в учебе, могут привести к формированию алкогольной и наркотической зависимости.

Особенность сексуального поведения молодежи состоит в склонности к многочисленным, кратковременным половым связям; ранним бракам. Для подростков также характерно гендерное неравенство, усиливающее уязвимость девочек и молодых женщин; завышенное чувство неуязвимости; психологические сложности при обращении за медицинской помощью, отсутствие планирования будущего и/или последствий, неадекватная оценка своего поведения. Ограничение использования контрацепции связано также с отсутствием информированности, веры в эффективность, мотивации или чувством неуверенности в себе, а также с отсутствием навыков правильного применения.

Необходимо оказывать подросткам всеобъемлющую помощь, включающую обучение поведению, способствующему укреплению общего и репродуктивного здоровья, профилактику алкоголизма, наркомании, ИППП и нежелательной беременности. Если у подростка выявлены признаки наркотической или алкогольной зависимости, необходимо привлечь к работе специалиста – нарколога, вовлечь в группу поддержки представителей из числа людей, прекративших прием наркотиков.

Универсальными требованиями при работе с подростками для медицинских работников должны быть: отсутствие осуждения, честность, настойчивость, твердость. При общении с подростками необходимо не только самим владеть навыками консультирования, но и уметь учить молодежь навыкам общения.

Если подросток пришел на прием не один, а с родителями, побеседуйте сначала с подростком отдельно. Сообщите подростку, что в клинике обеспечивается конфиденциальность. Не посылайте письменных напоминаний и анкет подросткам и не оставляйте им сообщений, связанных с обращением к врачу, по телефону.

Раньше существовали противоречивые данные относительно бесплодия у никогда не рожавших прежде женщин после использования ВМС. Недавние тщательно проведенные исследования подтвердили отсутствие подобного риска. Хирургическая контрацепция, проведенная в подростковом возрасте, может привести к последующему сожалению. Согласно существующему в России законодательству, этот метод не приемлем для молодежи.

Основной принцип консультирования состоит в том, что клиент самостоятельно выбирает метод на основе индивидуальной ситуации и предпочтений. В целом, клиентам подросткового возраста должны быть доступны любые методы, если соблюдаются медицинские критерии для этого метода. Помогая подростку в выборе метода

контрацепции, специалист должен учитывать ряд факторов, существенно влияющих на окончательный выбор подростка. К ним относятся: особенности состояния репродуктивной системы, психологические особенности подростка, частота сексуальных контактов, количество партнеров и побочные эффекты контрацептивных средств. Необходимо принимать все возможные меры для того, чтобы стоимость услуг по планированию семьи и средств контрацепции не оказывали ограничивающего влияния на свободу выбора методов.

5. Консультирование женщин с ВИЧ по вопросам поддержания здоровья

5.1 Основные вопросы консультирования

Одна из основных услуг, которая должна предоставляться женщинам с ВИЧ на любом этапе оказания медицинской помощи в первый же день обращения (в женской консультации, гинекологическом отделении, центре планирования семьи, родильном доме, поликлинике, в центре по профилактике и борьбе со СПИД, в наркологическом и дермато-венерологическом диспансере) – консультирование.

Принципы проведения консультирования:

- Внимание к тому, что говорит клиент;
- Демонстрация сочувствия к ситуации;
- Помощь в принятии информированного решения
- Не позволять влиять своим личным убеждениям и предпочтениям;
- Обеспечить клиентов точной достоверной информацией.
- Уточнить понимание изложенной информации.
- Гарантировать и обеспечить конфиденциальность полученной информации.

Консультирование должно включать следующие **темы**:

- **Общие методы сохранения и укрепления здоровья**, такие как прекращение использования наркотиков, курения, контроль артериального давления, снижение других факторов риска для здоровья. Курение не только ухудшает общее состояние здоровья, ограничивает возможность использования некоторых методов контрацепции, но и способствует возникновению хронических заболеваний легких и рака. При этом необходим отказ не только от активного, но и пассивного курения. Рекомендуется физическая активность, полноценное питание, прием витаминов.
- **Профилактика ИППП**. ВИЧ ослабляет иммунитет, что делает человека уязвимым к инфекциям, передаваемым половым путем – сифилису, гонорее, герпесу, хламидиозу и многим другим, которые без лечения представляют угрозу для здоровья женщины и ее будущего ребенка, способствующие хронизации воспаления органов малого таза на фоне ослабленного иммунитета. Половым путем передаются также вирус папилломы человека, способствующий возникновению онкологической патологии шейки матки, и вирусы гепатита В и С.
- Чрезвычайно важно и **предупреждение о риске инфицирования другим типом ВИЧ**, который может быть резистентен к антиретровирусной терапии и отягощать

течение ВИЧ-инфекции. В таблице 18 перечислены факторы риска суперинфекции ВИЧ.

- **Общие принципы профилактики передачи ВИЧ другим лицам.** Важно объяснить женщине необходимость знания **ВИЧ-статуса партнера**, и если статус неизвестен, медработник должен способствовать тому, чтобы партнер женщины был добровольно проконсультирован и протестирован на ВИЧ, после чего ему будет предложена полноценная медицинская помощь. Если партнер женщины не инфицирован ВИЧ, должны быть даны рекомендации по предупреждению его инфицирования, прежде всего – постоянное и правильное использование презерватива и тактика экстренной профилактики в случае угрозы инфицирования ВИЧ. Планирование беременности у дискордантных пар (один партнер инфицирован ВИЧ, а другой нет), должно проводиться специалистом особенно тщательно, возможно, с обсуждением экстракорпорального оплодотворения. В таблице 18 перечислены факторы, которые снижают и повышают риск передачи и инфицирования ВИЧ партнеру (см.таблицу 18).

Таблица 18. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ партнеру и суперинфекции ВИЧ.

Фактор	Риск передачи ВИЧ партнеру	Риск суперинфекции
Прогрессирование ВИЧ	Повышается	
Острая ВИЧ-инфекция	Повышается	
Антиретровирусная терапия	Снижается	Снижается
Воспалительные заболевания органов малого таза	Повышается	Повышается
Барьерный метод контрацепции	Значительно снижается	Значительно снижается
Внутриматочные контрацептивы	Не известно	Повышается
Гормональные методы контрацепции	Противоречивые данные	Противоречивые данные
Менструация	Значительно повышается	Повышается
Травма половых путей	Значительно повышается	Значительно повышается

- Уточнить у женщины **планы и желание иметь ребенка**. Если женщина не планирует беременность предложить ей консультирование о методах контрацепции. Этой части консультирования посвящены следующие разделы руководства.
- **Методы подготовки к беременности и профилактики передачи ВИЧ ребенку во время беременности, родов и после родов.** Женщине объясняется, что течение беременности не влияет на прогрессирование ВИЧ, однако, при СПИД наличие беременности представляет угрозу здоровью женщины. Подчеркивается, что риск передачи ВИЧ ребенку от матери во время беременности, родов и после рождения

без соблюдения профилактических мероприятий достигает 40%. Правильный систематический прием антиретровирусных препаратов во время беременности, в родах, плановое кесарево сечение, назначение АРВ-препаратов ребенку, искусственное вскармливание позволяет снизить риск передачи ВИЧ ребенку до 2% и менее. Консультирование по этой теме детально представлено в «**Клинико-организационном руководстве по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку**».

- Составить план и обсудить с женщиной **необходимое медицинское обследование** для оценки состояния иммунитета, активности ВИЧ, контроля возникновения онкологических заболеваний.
- **Методы контроля ВИЧ-инфекции**, принципы назначения АРВ-препаратов, важность регулярного приема назначенных антиретровирусных препаратов. В следующем разделе представлена информация о консультировании женщин с ВИЧ по вопросам АРВ-терапии.
- **Возможности получения всеобъемлющей медицинской помощи**, наличие специалистов и групп поддержки для людей с ВИЧ-инфекцией, их координаты. Возможности получения социальной помощи для женщины и ее детей.

5.2 Консультирование женщин по поводу АРВ-терапии

Ниже представлена информация для женщин в доступной форме, которую будет полезно использовать, разъясняя пациентке АРВ-терапию.

- Наличие **вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)** не означает наличие синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), однако, без лечения ВИЧ повреждает иммунную систему и может вызвать СПИД.
- **СПИД** – наиболее тяжелое состояние при ВИЧ-инфекции, при котором клетки иммунной системы не в состоянии бороться с инфекцией и другими заболеваниями, поэтому возникают жизнеугрожающие инфекционные болезни и опухоли.
- Важнейшими клетками крови, борющимися с инфекциями, является популяция лимфоцитов, называемых клетками **CD4**. Их количество характеризует состояние иммунной системы. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции количество этих клеток снижается. При количестве клеток менее 200 в мм³ или появлении следующих заболеваний диагностируется СПИД: грибковое поражение внутренних органов, генерализованная цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, энцефалопатия, онкологические заболевания (рак шейки матки, саркома Капоши,

лимфома), пневмонии, тяжелые формы туберкулеза и некоторые другие заболевания. Необходим регулярный контроль количества CD4 клеток.

- **Лечение ВИЧ** – использование противовирусных лекарств (называемых также антиретровирусными) для того, чтобы лечить ВИЧ-инфекцию. Они ослабляют или останавливают распространение вируса в организме. Лекарства не излечивают ВИЧ, но позволяют поддерживать состояние человека, приближенное к здоровому. Назначает лечение опытный специалист. Существуют различные группы противовирусных препаратов. Выбор их зависит от стадии ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний, сопутствующей терапии, предшествующего лечения, наличия беременности и др. Для лечения может быть назначен один препарат или нескольких лекарств из нескольких групп. Комбинированное назначение нескольких лекарств является наиболее эффективной схемой лечения, оно называется – высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ). При назначении этих лекарств могут возникать побочные эффекты, но польза от их приема по предотвращению прогрессирования, усугублению ВИЧ-инфекции выше, чем риск побочных эффектов. Тем не менее, очень важно обсудить, какие побочные эффекты могут появиться и как поступать при их появлении.
- **Приверженность к лечению** - ежедневный, регулярный, правильный прием противовирусных лекарств, позволяющий предотвратить распространение вируса в организме и предупредить утяжеление ВИЧ-инфекции, это будет положительно влиять на продолжительность и качество жизни, позволит иметь здоровое потомство. Соблюдение предписаний врача является ключевым моментом в борьбе с ВИЧ по двум причинам. Первая - от этого напрямую зависит эффективность препаратов по борьбе с ВИЧ в снижении количества вируса в крови (**вирусной нагрузки**). Пропустив всего лишь один приём препаратов, пациент даёт вирусу возможность начать размножаться гораздо быстрее, в то время как удержание скорости воспроизводства ВИЧ на минимальном уровне чрезвычайно важно для предотвращения возникновения СПИДа и смерти от этого заболевания. Вторая причина - соблюдение предписаний по борьбе с ВИЧ-инфекцией помогает преодолеть развитие **устойчивости вируса к лекарствам**. При пропуске приёма лекарств в организме пациента могут выработаться штаммы ВИЧ, устойчивые не только к тем препаратам, которые он принимает, но и к другим лекарственным средствам. В этом случае, если в будущем возникнет необходимость изменить методику лечения, диапазон выбора лекарственных средств для данного пациента существенно сузится. В виду того, что устойчивый к препаратам штамм вируса

может передаваться другим людям, рискованное поведение может повлечь за собой особенно серьёзные последствия. Несмотря на разнообразие существующих препаратов и методов борьбы с ВИЧ, проведённые исследования доказали, что долгосрочный эффект приносит в основном тот метод, который выбран первым. Аккуратный приём медикаментов повышает шансы пациента на успех.

- **Проблемы с приверженностью к лечению.** Схемы лечения ВИЧ-инфекции могут быть довольно сложными. Некоторые из них требуют приёма большого количества таблеток каждый день. Одни препараты против ВИЧ нужно принимать до еды, другие - необходимо принимать с едой. Это может представлять проблему для многих пациентов, особенно, для тех из них, кто болен или страдает от симптомов ВИЧ-инфекции. К другим факторам, осложняющим следование предписаниям по борьбе с ВИЧ-инфекцией, относятся: неприятные побочные эффекты от лекарственных средств (например, тошнота), пропуск приёма лекарств из-за сна, дальние путешествия, сильная занятость, болезнь, депрессия, забывчивость.
- **Помогает строго соблюдать предписания по лечению** обсуждение с врачом образа жизни, чтобы выработать наиболее эффективную схему лечения для данного конкретного пациента. Необходимо обсудить с врачом следующие темы: график своих переездов, время сна и приёма пищи, возможные побочные эффекты от лекарств, другие принимаемые им медикаменты и их взаимодействие с препаратами против ВИЧ, степень своей решимости в точности следовать схеме лечения. Многие пациенты строго соблюдают все предписания в начале курса лечения, но со временем это становится для них труднее. Необходимо поднимать вопрос о приверженности к лечению во время каждой встречи с врачом. Приверженность пациента к схеме лечения жизненно важна. Доказано, что наилучших результатов достигают те пациенты, которые принимают препараты строго по разработанной схеме.
- **Начало лечения.** До начала курса лечения ВИЧ-инфекции пациенту в целях соблюдения принципа приверженности к лечению рекомендуется предпринять следующие шаги: обсудить с врачом схему лечения; получить письменную копию назначенной схемы с указанием всех препаратов, времени приёма и доз, а также способа приёма (до еды либо с едой). Постараться понять всю важность соблюдения принципа приверженности лечению; честно рассказать о своих привычках или проблемах, которые могут препятствовать соблюдению схемы лечения. Строгое следование предписаниям может представлять проблему для людей, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, не имеющих постоянного

места жительства, страдающих психическими заболеваниями или испытывающих другие жизненные трудности. Полезно провести «тест», попробовать соблюдать схему лечения, используя вместо лекарств витамины или леденцы. Это поможет пациенту заранее выявить те моменты, когда правильный приём очередной дозы препарата может вызывать затруднения. Разработать подходящий для него план.

- **Продолжение лечения.** Необходимо принимать назначенные лекарства каждый день в одно и то же время. В начале каждой недели полезно разложить в специальной коробочке такое количество препаратов, которое, согласно схеме, требуется на всю неделю. Чтобы не пропустить очередной приём лекарств - использовать таймер, будильник, держать лекарства там, где будет пациент, когда необходимо принять очередную дозу. Возможно, целесообразно иметь запас медикаментов на рабочем месте, в портфеле или сумке. Следует вести дневник приёма лекарств, записывать названия всех препаратов, и после каждого приёма препаратов вычёркивать соответствующую запись. Полезно заранее планировать выходные и праздничные дни, учитывать изменения в привычном распорядке дня, попросить членов своей семьи и друзей напоминать о времени приёма лекарств. По мнению некоторых пациентов, полезно также вступить в группу поддержки для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Следует следить за запасами медикаментов. Если их не хватает до следующего посещения врача, немедленно связаться с лечащим врачом.
- **Проблемы с соблюдением схемы лечения.** Очень важно немедленно сообщать лечащему врачу обо всех возникающих у пациента проблемах с соблюдением схемы лечения. В случае возникновения побочных эффектов может потребоваться изменение дозировки препаратов или даже схемы лечения в целом. Пропуски приёма лекарств могут сигнализировать о том, что план лечения, разработанный для данного пациента, является для него слишком сложным или даже вообще невыполнимым. В этом случае необходимо обсудить с врачом другие варианты лечения. Чтобы помочь пациенту получить от выбранного метода лечения максимальный эффект и разработать подходящий ему вариант схемы лечения, врач должен обладать всей полнотой информации.

6. Общие принципы АРВ-терапии

Главной целью антиретровирусной терапии является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией. Основной задачей лечения является снижение содержания вируса ВИЧ в крови.

Чрезвычайно важно своевременное назначение АРВ-препаратов до появления клинической симптоматики ВИЧ-инфекции. Оптимальным критерием для назначения терапии является снижение CD4 менее 350 клеток/мм³.

Наилучшие клинико-иммунологические результаты лечения были получены при сочетании трех АРВ-препаратов из двух разных классов – высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Стандартный режим ВААРТ подразумевает два препарата из группы нуклеозидных/нуклеотидных аналогов ингибитора обратной транскриптазы и одного ненуклеозидного аналога ингибитора обратной транскриптазы или ингибитор протеазы. Преимуществом схемы с использованием ненуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы по сравнению с использованием ингибитора протеаз является лучшая переносимость. Однако при использовании этой схемы выше риск развития резистентности. АРВ-препараты, представленные в стандарте лечения ВИЧ/СПИД Минздравсоцразвития представлены в таблице 19. Схемы терапии выбираются в соответствии с существующими протоколами, стандартами и рекомендациями, утвержденными Минздравсоцразвития.

Проникновение лекарственного вещества через плаценту может быть как позитивным, так и негативным фактором. Нежелательно это тогда, когда у АРВ-препарата выявлены тератогенные побочные эффекты и другие эффекты, негативно влияющие на плод. Нежелательно использование ифаверенца – препарата, у которого выявлено выраженное тератогенное действие. Рекомендуется также, по возможности, избегать схем, включающих в себя индинавир, этот препарат потенциально токсичен для плода. Если у лекарства нет негативных эффектов на плод, проникновение через плаценту является позитивным фактором, предупреждающим передачу ВИЧ плоду от матери во время беременности. К таким препаратам относится, например, невирапин и эпивир.

Таблица 19. АРВ-препараты, используемые для терапии ВИЧ-инфекции

Название (торговое)	Стандартная дозировка мг x в день	Проникновение через плаценту	Типичные побочные эффекты у взрослых, включая влияние на плод при беременности
Нуклеозидные/нуклеотидные аналоги ингибитора обратной транскриптазы			
Зидовудин (Азидотимидин) Вудазидин Ретровир Тимазид)	200 мг x 3 или 300 мг x 2 (2-6 таблетки в день)	Да, рекомендуется при беременности	Анемия, нейтропения, тошнота, головная боль
Ламивудин (Эпивир)	150 мг x 2 300 мг x 1 (1-2 таблетки в день)	Да, рекомендуется при беременности	Минимальная токсичность. Головная боль
Зидовудин/ ламивудин (Комбивир)	зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг 1x2	См. зидовудин и ламивудин	см. зидовудин и ламивудин
Диданозин (Видекс)	200мг x 2 или 400 мг x 1 (1-4 таблетки в день)	Да	Панкреатит, диарея, нейропатия
Ставудин (Зерит)	40 мг x 2 (2 таблетки в день)	Да	Нейропатия, панкреатит, липодистрофия, гиперлипидемия, лактоацидоз
Абакавир (Зиаген)	300 мг x 2 (2 таблетки в день)	Да	Реакция гиперчувствительности (сыпь, лихорадка, миалгия у 4%), сыпь, диспепсия, респираторные нарушения Нарушение органогенеза (исследования у крыс)
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы			
Невирапин (Вирамун)	200 мг x 1 – 14 дней, затем 200 мг x 2 (2 таблетки в день)	Да. Рекомендуется при беременности у женщин с CD4 ниже 250	Сыпь, включая синдром Стивенса-Джонсона, гепатиты, включая тяжелые особенно у женщин с CD4 более 250
Ифавиренц (Стокрин)	600 мг x 1 (1 таблетка в день)	Да. Не рекомендуется при беременности	Головная боль, головокружение, сыпь, повышение трансаминаз Тератогенный эффект: анцефалия, анофтальмия, микрофтальмия.

Название (торговое)	Стандартная дозировка мг х в день	Проникновение через плаценту	Типичные побочные эффекты у взрослых, включая влияние на плод при беременности
Ингибиторы протеаз			
Саквинавир (Фортоваза)	600 мг х 3 (9 капсул в день)	Низкое. Не выявлено тератогенного эффекта. Возможно использование при беременности	Диарея, тошнота, абдоминальный дискомфорт, головная боль, гиперлипидемия
Ритонавир (Норвир)	600 мг х 2 (18 таблеток в день)	Низкое. Возможно при беременности	Тошнота, абдоминальный дискомфорт, парестезии, гепатиты, астения, гиперлипидемия
Индинавир (Криксиван)	800 мг х каждые 8 часов (6 таблеток в день)	Выше, чем у других этой группы. Не рекомендуется при беременности	Нефролитиаз, диспепсия, гиперлипидемия. Риск гепатитов у плода
Нельфинавир (Вирасепт)	750 мг х 3 или 1250 х 2 (4-10 таблеток в день)	Не известно. Тератогенного эффекта не выявлено, рекомендуется при беременности	Диарея, гиперлипидемия, повышение трансаминаз
Атазанавир (Реогаз)	200 мг х 2	Низкое	Гипербилирубинемия, диарея
Лопинавир/ Ритановир (Калетра)	400/100мг х 2 (3 – 6 капсул в день)	Низкое.	Диарея, диспепсия, астения, гиперлипидемия, повышение трансаминаз
Ингибиторы слияния			
Энфувертид (Фузион)	90 мг (1мл) подкожно х 2	Не известно	Местные реакции на инъекцию (почти у 100%), увеличивается частота бактериальной пневмонии, реакции гиперчувствительности у менее 1% (сыпь, лихорадка, тошнота, гипотензия)

6.1 Особенности АРВ-терапии у женщин

В настоящее время все больше уделяется внимание роле пола при заболеваниях в различных областях медицины. Доказано, что пол непосредственно или опосредовано влияет на каждую из биологических функций. Важно отличать биологические различия между мужчинами и женщинами (половые) и социально-культурные (гендерные).

В норме женщины имеют более высокое количество CD4 чем мужчины. При ВИЧ-инфекции в первые годы болезни сохраняется это гендерное различие. Отмечено также, что у женщин в первые годы болезни также ниже и уровень вирусной нагрузки, чем у мужчин, но с течением заболевания эта разница исчезает. Нет различия в показателях лабораторной нормы CD4 и показателях вирусной нагрузки в зависимости от пола.

Хотя не выявлено существенной разницы в симптомах ВИЧ-инфекции между мужчинами и женщинами, такими как, персистирующий субфебрилитет, ночная потливость, астения, потеря веса, однако, у мужчин значительно более часто возникает СПИД-маркерная опухоль, известная как саркома Капоши, а женщины чаще имеют симптомы герпетической инфекции, заболевают бактериальной пневмонией. Утяжеляют состояние женщин с ВИЧ различные гинекологические проблемы, возникающие более часто и протекающее тяжелее, чем у женщин, неинфицированных ВИЧ. Сравнение продолжительности жизни мужчин и женщин с ВИЧ дает противоречивые результаты. В некоторых исследованиях отмечается более медленное прогрессирование заболевания у женщин, чем у мужчин, другие исследования демонстрируют более короткую продолжительность жизни женщин, по сравнению с мужчинами. В целом, делается заключение, что нет гендерного различия в эффективности АРВ-терапии и продолжительности жизни обоих полов на фоне ВААРТ.

По данным ряда исследований женщины чаще, чем мужчины имеют побочные эффекты от приема АРВ-препаратов, такие как синдром Стивенса-Джонсона и гепатит на фоне приема невирапина, лактоацидоз от приема нуклеозидных аналогов ингибитора обратной транскриптазы. У женщин чаще, чем у мужчин возникает гиперглицеринемия на фоне АРВ-терапии. При приеме невирапина гепатит у женщин возникает при CD4 более 250, у мужчин - более 400 клеток/мм³.

На возникновение побочных эффектов может влиять также наличие беременности. Нуклеозидные/нуклеотидные аналоги ингибитора обратной транскриптазы, особенно, ставудин, чаще вызывают лактоацидоз у беременных женщин, чем у женщин вне беременности и мужчин. Поэтому назначать ставудин беременным крайне нежелательно.

Однако нужно иметь в виду, что женщины чаще, чем мужчины жалуются на побочные эффекты любых лекарств. При проведении исследований было выявлено, что женщины чаще, чем мужчины жаловались на побочные эффекты плацебо (препарата, не имеющего активного вещества, используемого для контроля эффективности лекарственных препаратов). Необходимо подробное консультирование женщины для предупреждения предубеждения относительно выраженности побочных эффектов

лекарств, чтобы отличить реальные негативные явления от кажущихся побочных эффектов.

У женщин следует рассматривать следующие важные факторы, касающиеся АРВ-терапии:

- Возможность сочетания АРВ-препаратов и контрацепции. Необходимость выбора наиболее эффективного метода при приеме определенных АРВ-препаратов (см. следующую главу).
- Возможность/наличие беременности – выбор препаратов, предотвращающих передачу ВИЧ от матери ребенку и не имеющих нежелательных эффектов на здоровье женщины и плода.

6.2 Приверженность к медицинскому наблюдению и лечению

Эффективность АРВ-терапии зависит от выполнения пациентом предписаний врача по приему лекарственных препаратов - приверженности к лечению. Для предупреждения вирусной репликации необходимо принимать 100% рекомендованных АРВ препаратов. Отсутствие приверженности к регулярному приему приводит к формированию резистентности ВИЧ к АРВ препаратам.

Многочисленные исследования, проведенные у пациентов с различными хроническими заболеваниями, показали, что, в лучшем случае, только половина строго следует медицинскими предписаниям. Приверженность к лечению существенно снижается после 12 месяцев непрерывного приема лекарств. В западноевропейских странах и США от 20 до 40% пациентов с ВИЧ не принимают АРВ препараты, как предписано. При этом через 36 месяцев от начала лечения число пациентов, приверженных к лечению, уменьшалось в 2 раза. Только треть пациентов с ВИЧ-инфекцией в течение длительного времени полностью соблюдает режим назначения комбинированной терапии.

Необходимо также помнить, что основной причиной отказа от приема АРВ-препаратов являются побочные эффекты. Побочные эффекты от комбинированной терапии возникают по разным данным у 27 - 80% пациентов. Риск побочных эффектов увеличивается при сопутствующих заболеваниях, в частности, при алкоголизме, гепатитах, вызванных вирусами В и С.

В настоящее время существуют различные методы оценки приверженности к приему АРВ препаратов. Субъективная оценка приема лекарств врачом не является достоверным методом. Международная практика показывает, что наиболее эффективным методом оценки приверженности к приему АРВ лекарств является сочетание письменного

отчета пациентов (дневника наблюдения) с результатами определения уровня вирусной нагрузки.

Несколько программ по развитию приверженности к приему АРВ препаратов доказали свою эффективность. Одна из них – обучение пациентов правильному приему АРВ-лекарств, идентификации и профилактике побочных эффектов с привлечением психолога. Необходимо специальное обучение консультантов, имеющих психологическое образование, оказанию поддержки, способствующей уменьшению депрессии и улучшению приверженности к приему лекарств. Консультирование женщин о приеме АРВ препаратов и необходимости медицинского наблюдения может проводиться и подготовленной медсестрой.

Показало свою эффективность обучение пар, инфицированных ВИЧ, о необходимости приема АРВ препаратов, выполнении медицинских предписаний, определении проблем с приверженностью, развитию навыков общения, поддержке партнера и развитию уверенности в позитивных результатах лечения. Важнейшим принципом развития приверженности является предоставление возможности пациенту задать врачу любые вопросы. Способствует приверженности к приему АРВ-препаратов также назначение простых лекарственных режимов, обеспечение коробочками для лекарств с раскладкой ежедневной дозы и письменные инструкции.

При сравнении приверженности к медицинскому наблюдению и лечению определены некоторые гендерные различия. Приверженность к приему лекарств лучше у женщин, чем у мужчин. Три четверти женщин принимают АРВ-препараты как предписано. Отчасти это объясняется тем, что среди женщин чаще распространено социально приемлемое поведение. Приверженность мужчин к лечению в большей степени определяется уровнем их знаний о заболевании и необходимости лечения, а также стоимостью лечения. Для женщин важнее взаимоотношения с медицинским работником и отсутствие стигматизации. Более того, особенностью женщин является более высокая обеспокоенность относительно побочных эффектов АРВ-терапии, в том числе негативное влияние на плод при возникновении беременности. Другими факторами, затрудняющими исполнение медицинских предписаний, является забывчивость, непонимание назначений, стресс, беспокойство, боль.

Несомненно, гендерный подход может быть ошибочен в индивидуальных случаях, однако, важно помнить о типичных отличиях в восприятии ВИЧ, свойственных мужчинам и женщинам. Так, несмотря на то, что среди обоих полов основными страхами являются оказаться беспомощными во время болезни и умереть в одиночестве, не редко мужчины

более всего боятся зависеть от других во время болезни, напротив, женщины больше беспокоятся за судьбу зависящих от них людей, прежде всего детей.

Мужчины часто теряют уверенность в себе, если они не в состоянии работать, чувствуют злость и могут дистанцироваться от людей, которые зависят от них. Женщины чаще теряют уверенность, если они не в состоянии заботиться о других. Женщины чаще, чем мужчины имеют чувство, что они это «заслужили» и свою вину, что не в состоянии заботиться о других должным образом. Не редко женщины также чувствуют вину, если вынуждены тратить время на себя, на свое здоровье. Для многих женщин является приоритетом здоровье других членов семьи, прежде всего детей. Многие женщины с ВИЧ-инфекцией - одинокие матери. Бывает достаточно трудно мотивировать женщину начать заботиться о себе, если никто из ее близких, как ей кажется, не получит от этого никакой пользы. Мужчины чаще опасаются возникновения устойчивой привязанности, а женщин страшат расставания. Для женщин важно определять себя в контексте взаимоотношений с другими людьми. Эти особенности женщин могут приводить к тому, что они часто принимают насилие или даже готовы использовать наркотики, если их партнер наркоман, из-за страха остаться в одиночестве.

Эпидемиологические исследования показали, что, в целом, женщины чаще, чем мужчины обращаются за медицинской помощью. Однако женщины с ВИЧ-инфекцией чаще испытывают проявления стигматизации и дискриминации из-за ВИЧ, чем мужчины. Опасения быть покинутой у женщин больше чем у мужчин, поэтому они сильнее боятся тестирования на ВИЧ и при определении положительного результата могут отказаться от медицинской помощи. Было установлено, что женщины с ВИЧ значительно позже обращаются за медицинской помощью, чем мужчины, а если же женщина имеет ребенка, это еще на более долгий срок откладывает ее обращение за медицинской помощью. Нередко также женщины недооценивают тяжесть своего заболевания.

С другой стороны, мотивация заботиться о других, может стимулировать женщину с ВИЧ к серьезным изменениям в ее жизни. Например, прекращение использования наркотиков во время беременности. Диагностирование ВИЧ-позитивного статуса часто приводит к снижению числа партнеров, постоянному использованию презерватива, снижению сексуальной активности. Многие женщины с ВИЧ также могут взять на себя ответственность за медицинское наблюдение ребенка или партнера, несмотря на серьезные трудности, включая состояние их собственного здоровья.

Медицинским работникам следует уважать заботу, которую женщина демонстрирует по отношению к окружающим. Необходимо напомнить женщине, что если она не будет заботиться о своем здоровье, она не сможет заботиться о других. Когда

женщина почувствует собственную значимость и самоуважение, будет больше уверенности, что женщина обратится за медицинской помощью. Учитывая, что приоритетом для женщины является здоровье ребенка, педиатрам принадлежит большая роль в развитии у женщины приверженности к заботе о ее собственном здоровье, получение всеобъемлющей помощи, включая прием АРВ-препаратов и планирование семьи. Важным фактором в формировании приверженности к медицинской помощи играют личные взаимоотношения с медицинским работником, основанные на доверии.

Нужно также помнить, что осознание позитивного ВИЧ-статуса - колоссальный стресс для любого человека, меняющий всю его жизнь. У многих пациентов это может приводить к возникновению тяжелой депрессии, которая, как доказано, значительно снижает приверженность к лечению. Более того, депрессия связана с прогрессированием заболевания и смертностью. Женщины значительно чаще, чем мужчины имеют депрессию. Депрессии способствует одиночество, отсутствие поддержки друзей, финансовые сложности, отсутствие эффективной медицинской и социальной поддержки.

Лекарственная коррекция депрессии улучшает приверженность к медицинскому наблюдению и лечению. При этом отмечено, что для лечения депрессии могут быть эффективны меньшие дозы антидепрессантов, чем у мужчин. Установлено также, что женщины более привержены к лечению антидепрессантами, чем мужчины. Отказом от обращения к психиатру может стать опасение стигматизации. Необходимо организовать возможность психологического консультирования в поликлинике или психологическом центре, где бы получение психиатрической помощи было бы для женщин более приемлемо.

Знание этих психологических особенностей женщин должно помочь медицинским работникам выработать эффективную стратегию оказания медицинской помощи женщине, включая помощь по планированию семьи. Залогом успешного наблюдения является эффективное повторное консультирование. И, наоборот, отталкивающая форма консультирования, например, при объяснении результатов тестирования на ВИЧ может привести к полному отказу от медицинской помощи.

7. Литература, рекомендуемая для дальнейшего чтения

На русском языке:

- Клинические рекомендации ВИЧ-инфекции и СПИД. Под ред. В.В. Покровского. «Геотар – Мед», Москва, 2006.
- Консультирование по вопросам приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. Составитель Беляева В.В. Фонд «Российское здравоохранение» и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. Москва, 2006
- Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку. Проект «Мать и дитя». Издание третье при поддержке Роспотребнадзора в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ». Москва, 2006
- Учебный курс по планированию семьи для медицинских работников первичного звена здравоохранения проекта «Мать и дитя». Москва, 2006
- Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Третье издание. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2004 г.
- Иллюстрированный альбом: «Контрацепция: Как предупредить нежелательную беременность». «ЭнжендерХелф» и Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук, 2003 г.
- Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Под ред. Д.Р. Андерсон. Издание Американского международного союза здравоохранения. Москва, 2001
- Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В., Афонина Л.Ю., Королева Л.П. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации (информационно-аналитический обзор) – ЮНИСЕФ, Москва, 2004.

На английском:

- Contraceptive Technology. By R.A. Hatcher. 18 Revised edition. Ardent Media, NY, 2004
- A Guide to the Clinical Care of Women with HIV. Edited by Jean Anderson. Edition 2005. HRSA, Washington, 2005
- Contraception for Women and Couples with HIV. Family Health International (FHI). <http://www.fhi.org/en/RH/Training/trainmat/ARVmodule.htm>
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. May, 2006. OARAC. <http://AIDSinfo.nih.gov>.

8. Использованная литература

1. Клинические рекомендации ВИЧ-инфекции и СПИД. Под ред. В.В. Покровского. «Геотар – Мед», Москва, 2006.
2. Консультирование по вопросам приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. Составитель Беляева В.В. Фонд «Российское здравоохранение» и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. Москва, 2006
3. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Третье издание, 2004, ВОЗ
4. AIDSinfo Fact Sheets and Booklets. 2005. A service of the US Department of Health and Human Service. <http://AIDSinfo.nih.gov>.
5. A Guide to the Clinical Care of Women with HIV. Edited by Jean Anderson. Edition 2005. HRSA, Washington, 2005
6. Addressing the Family Planning Needs of HIV-positive PMTCT Clients: Baseline Findings from an Operations Research Study (Horizons, Research update)
7. Adrienne Verrilli, New CDC data on sexual behavior reinforces need for comprehensive medically accurate information and education for all people through their lifetime. 2005
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). 2006
9. Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, Grant RW. et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis* 2001, 33:1417-1423.
10. Ashraf T, Arnold SB, Maxiefield M. Cost-effectiveness of levonorgestrel subdermal implants. Comparison with other contraceptive methods available in the United States. *J Rep Med* 1994. 39: 791-8.
11. Bangsberg DR, Charlebois ED, Grant RM, Holodny M, Deeks SG, Perry S, et al. High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS* 2003, 17:1925-1932.
12. Bernard E.J. – Hormonal contraceptive associated with increased risk of HIV infection – *Aidsmap news* – March, 2004
13. Bernard E.J. Hormonal contraceptives increase cervical infections HIV-positive women: implications for disease progression and HIV transmission. *Aidsmap news*, 2004
14. Bird Sh. Th., Harvey M., Maher J.E., Beckman L.J. – Acceptability of an existing, female-controlled contraceptive method that could potentially protect against HIV: a comparison of diaphragm users and other method users. 2004, 14, Issue 3: 85-93
15. Brabin L. Interaction of Female Hormonal Environment, Susceptibility to Viral Infections, and Disease Progression – *AIDS Patient Care and STIs*. 2002, 16(5): 211-221
16. Branch M. R., Harvey S. M., Casillas A., Bird S. T. A new look at an old method: Exploring diaphragm use as a potential HIV prevention strategy among high risk women. American Public Health Association Conference, 2003 San Francisco, CA
17. Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL et al. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Soc Sci Med* 2002, 55:235-246.
18. Cairns G. Contraception is integral to HIV treatment, say US aid agency directors. *Aidsmap news*. November, 2004
19. Carrieri P, Spire B, Duran S, Katlama C, Peyramond D, François C, et al. Health-related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. *J Acquired Immune Defic Syndr* 2003, 32:38-47.
20. Carter M. - Hormonal contraceptives increase shedding of HIV infected cells in the cervix. *Aidsmap news*. 2004
21. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med* 2000, 50:1599-1605.
22. Clark RA, Dumestre J. Women and human immunodeficiency virus: unique management issues. *Am J Med Sci*. 2004;328(1):17-25.
23. Clark R.A. Theall K., Population-based study evaluating association between selected antiretroviral therapies and potential oral contraceptive failure. *J. Acquir Immune Defic Syndrome*. 2004; 37: 1219-1220
24. Cohn SE, Watts D, Lertora J, Park JG, Yu S. An open-label, non-randomized study of the effect of depomedroxyprogesterone acetate on the pharmacokinetics of selected protease inhibitors and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor therapies among HIV-infected women. Program and abstracts of the 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 22-25, 2005; Boston, Massachusetts. Abstract 82.

25. Contraceptive Technology. By R.A. Hatcher. 18 Revised edition. Ardent Media, NY, 2004
26. Contraception for Women and Couples with HIV. Family Health International (FHI). <http://www.fhi.org/en/RH/Training/trainmat/ARVmodule.htm>
27. COPE Services to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV (A Toolbook to Accompany the COPE Handbook) EngenderHealth's Quality Improvement Series 2005
28. European STD Guidelines. International Journal of STD and AIDS. 2001. 12, Suppl.3
29. Forsyth BC., Davis J.A., Freudigman K. et al. Pregnancy and birth rates among HIV-infected women in the United States: the confounding effects of illicit drug use. 2002. AIDS. 16(3):471-479
30. Gadd Ch., Contraceptive choices of HIV-positive women are dependent on the partner's HIV status. Aidsmap news, 2004
31. Gordillo V., del Amo J., Soriano V., Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS, 1999. 13(13):1763-1769
32. Goujard C, Bernard N, Sohler N. et al. Impact of a patient education program on adherence to HIV medication: a randomized clinical trial. J Acquired Immune Defic Syndr 2003, 34:191-194.
33. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. May, 2006. OARAC. <http://AIDSinfo.nih.gov>.
34. Halpern MT, Read JS, Ganoczy DA, Harris DR. Cost-effectiveness of cesarean section delivery to prevent mother-to-child transmission of HIV-1. AIDS 2000, 14: 691 -700.
35. Harvey SM, Bird ST, Branch MR. A new look at an old method: The diaphragm. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2003; 35: 270-273
36. Harvey SM, Bird ST, Maher J, Beckman LJ. Who continues using the diaphragm and who doesn't: Implications for the acceptability of female-controlled HIV prevention methods. Women's Health Issues. 2003; 13: 185-193
37. Haubrich RH, Little SJ, Currier JS et al. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. AIDS 1999, 13: 1099-1107.
38. Hinkin CH, Hardy DJ, Mason KI et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. AIDS. 2004.18 Supplement 1:19-25
39. Hormonal Contraception and HIV: Science and Policy – Africa Regional Meeting Nairobi 19-21 September 2005
40. Howard AA, Arnsten JH, Lo Y, Vlahov D et al. A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women. AIDS 2002, 16:2175-2182.
41. Integrating Services (The Family Planning/HIV Collaborative Series). 2004; 23 (3).
42. Integration of HIV/STI Prevention, Sexuality and Dual Protection in Family Planning Counseling: A training Manual, EngenderHealth, 2002, Handouts
43. Kanouse DE, Collins RL, Miu A, Berry SH. Contraceptive use by couples when one partner is infected with HIV. Conference Microbicides 2000: March 13-16, Washington, DC.
44. Kathleen E. S. Update on the Management of HIV-Infected Women. HIV/AIDS Annual Update 2005
45. Kiddugavi M; Makumbi F, Wawer MJ et al. Rakai Project Study Group. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. AIDS. 2003; 17: 233-240
46. Lavreys L, Baeten JM, Martin HL et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. AIDS. 2004; 18: 695-697
47. Mantell J.E., Hoffman S., Exner T.M., Stein Z.A., Atkins K. Family planning providers' perspectives on dual protection. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2003. 35: 71-78.
48. Mitchell H.S. and Stephens E. Contraception choice for HIV positive women Sex Transm. Infect 2004;80:167-173
49. Moatti J-P, Spire B, Kazatchkine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment: against a double standard between the north and the south AIDS. 2004: 18 Supplement 3: S55-S61
50. Morrison Ch.S., Sekadde-Kigundu Ch., Sinei S.K. et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? British Journal of Obst&Gyn. 2001; 108: 784-790
51. Mrus, J M.; Goldie, S J; Weinstein, M C. Tsevat, J The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery for HIV-infected women with detectable HIV RNA during pregnancy. AIDS, 2000. 14(16):2543-2552.
52. National Institute of Health. HIV Infection in Women. 2005 <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/womenhiv.htm>
53. Nieuwkerk PT. Electronic monitoring of adherence to highly active antiretroviral therapy changes medication-taking behaviour? AIDS 2003, 17:1417-1418.
54. Ory HW, Family Planning Perspectives. Mortality associated with fertility and fertility control: 1983.Fam Plann Perspect. 1983;15(2):57-63.

55. Painter T.M., Kassamba D.L., Matia D. M. et al. Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study *BMJ* 2004;329:543
56. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med* 1998, 338:853-860.
57. Pradier C, Bentz L, Spire B et al. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clin Trials* 2003, 4:121-131.
58. Remien RH, Stirratt MJ, Curtis D. et al. Couple-focused support to improve HIV medication adherence: a randomized controlled trial. *AIDS*, 2005. 19(8):807-814.
59. Reynolds HW, Janowitz B, Homan R, Johnson L. The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. *Sex Transm Dis.* 2006;33(6):350-6.
60. Sabbatini A, Carulli B, Villa M et al for the NISDA Study Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993-1999. *AIDS*, 2001. 15(16):2181-2185.
61. Sonnenberg FA, Burkman RT, Speroff L, Westhoff C, Hagerty CG. Cost-effectiveness and contraceptive effectiveness of the transdermal contraceptive patch. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(1):1-9.
62. Spire B, Duran S, Souville M. et al. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Soc Sci Med* 2002, 54:1481-1496.
63. Sulkowski MS, Mast EE, Seef LB, Thomas DL. Hepatitis C virus infection as an opportunistic disease in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2000; 30 (Suppl. 1):S77-S84.
64. Sun AP. Principles for practice with substance-abusing pregnant women: a framework based on the five social work intervention roles. *Soc Work.* 2004 Jul;49(3):383-94
65. Thorburn SB, Harvey S. M., Maher J.E., Beckman L.J. Acceptability of an existing, female-controlled contraceptive method that could potentially protect against hiv: a comparison of diaphragm users and other method users. 2004. 14, Issue 3: 85-93
66. Trussell J. Contraceptive efficacy in *Contraceptive Technology*. Eighteenth Revised Edition. NY. 2004.
67. Turrentine JE. *Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology*. Second Edition. Parthenon Publishing, 2-nd Edition. New York, 2003
68. UNAIDS Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on constricton of core indicators. 2005 Geneva– Switzerland
69. UNICEF. Statistics fertility and contraceptive use 2000.
70. Walsh JC, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS* 2002, 16:269-277.
71. Wang C.C., McClelland SR, Overbaugh J. et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS* 2004; 18: 205-209
72. Ward H, Miller R. Contraceptive choice for HIV positive women. *Sex Transm Infect – 2004.* 80: 158.
73. Weller S, Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 2. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003255.html>
74. *Women and HIV (HIV InSite Knowledge Base Chapter)* M. D. Newman, University of California San Francisco. 2004
75. Wood E, Hogg RS, Yip B et al. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 2005. 19(11):1189-1195.
76. Yerly S, Jost S, Monnat M. et al and the Swiss HIV Cohort Study HIV-1 co/super-infection in intravenous drug users. *AIDS*, 2004. 18(10):1413-1421

9. Приложение.

9.1 Нормативные документы

9.1.1 Федеральный закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" с изменениями

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ
"О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания,
вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"
(с изменениями от 12 августа 1996 г., 9 января 1997 г., 7 августа 2000 г., 22 августа 2004 г.)

Принят Государственной Думой 24 февраля 1995 года

(извлечение)

Признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

Глава 1. Общие положения

Статья 4. Гарантии государства

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в пункт 1 статьи 4 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

1. Государством гарантируются: регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции; эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации; производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях; доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее - медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование; предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции; включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию; социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство; подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции; развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции; обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в

учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. ВИЧ-инфицированные - граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в статью 6 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации.

1.1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации.

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Глава II. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным

Статья 7. Медицинское освидетельствование

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в пункт 7 статьи 7 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органом исполнительной власти.

Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в главу III настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

Глава III. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних имеют право на: совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию; сохранения непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного - несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних

ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными - несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в главу IV настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

Глава IV. Социальная поддержка лиц, подвергшихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей

Статья 21. Утратила силу с 1 января 2005 г.

Статья 22. Гарантии в области труда

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации. Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации. Порядок предоставления указанных гарантий и установление размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат: обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Глава V. Заключительные положения

Статья 23. Государственный контроль

Государственный контроль за деятельностью физических и юридических лиц, направленной на реализацию мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Нарушение настоящего Федерального закона влечет за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

9.1.2 Приказ Минздравсоцразвития об утверждении стандарта медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией

П Р И К А З

17 августа 2006 г.

№ 612

Москва

Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

В соответствии со ст. 38 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый стандарт медицинской помощи больным с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).
2. Рекомендовать руководителям государственных и муниципальных учреждений здравоохранения использовать стандарт медицинской помощи больным стандарт медицинской помощи больным с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.
3. Признать утратившим силу приказ Минздравсоцразвития России от 13 августа 2004 г. № 77 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией».

Заместитель Министра



В. Стародубов

1. Модель пациента

Нозологическая форма: Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Категория возрастная: взрослые

Код по МКБ-10: B20-B24

Стадия: 2Б, 2В, 4А, 4Б, 4В;

Фаза: прогрессирования

Осложнение: вторичные заболевания

Условия оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	4
A 01.01.005	Определение дермографизма	0,1	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	0,05	1
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A 02.03.005	Измерение роста	1	1
A 02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	0,3	1
A 02.07.001	Осмотр полости рта с использованием дополнительных инструментов	0,25	1
A 02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	2
A 02.12.001	Исследование пульса	1	2
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,4	1
A 02.25.001	Отоскопия	1	1
A 02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	2
A 03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	0,1	2
A 03.01.002	Осмотр кожи через стекло при надавливании (витропрессия)	0,1	2
A 03.08.001	Ларингоскопия	0,1	1
A 03.08.002	Фарингоскопия	0,1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 03.20.001	Кольпоскопия	0,4	1
A 03.25.002	Исследование слуха с помощью камертона	0,3	1
A 04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	1	1
A 04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов	0,1	1
A 04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	1
A 04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	1
A 04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	1
A 04.18.001	Ультразвуковое исследование толстого кишечника	1	1
A 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,4	1
A 04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований	1	1
A 06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A 08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1,1
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1,1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1,1
A 08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1,1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	0,01	1
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1	1,1
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1,1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A 09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,1	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	1
A 09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и изоферментов в крови	1	1
A 09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	1
A 09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A 09.05.178	Исследование уровня липазы в сыворотке крови	0,05	1
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A 11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A 11.20.003	Получение цервикального мазка	0,1	1
A 11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,1	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A 12.05.005	Определение основных групп крови (А, В, О)	1	1
A 12.05.006	Определение резус-принадлежности	1	1
A 12.06.001	Исследование популяций лимфоцитов	1	1
A 26.06.036	Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus	1	1
A 26.06.041	Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus	1	1
A 26.06.048	Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1	1	2
A 26.06.049	Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 2	1	2
A 26.06.082	Определение антител к Treponema pallidum	1	1
A 26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование крови на ВИЧ (HIV)	1	1

ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 ГОД

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	16
A 01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	16
A 01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	16
A 01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	16
A 01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	16
A 01.01.005	Определение дермографизма	0,1	2
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	4
A 01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	4
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	0,2	1
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	6
A 02.03.005	Измерение роста	0,1	4
A 02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	0,3	4
A 02.07.001	Осмотр полости рта с использованием дополнительных инструментов	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал	1	2
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	12
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	12
A 02.12.001	Исследование пульса	1	12
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,4	2
A 02.25.001	Отоскопия	1	2
A 02.26.003	Офтальмоскопия	1	2
A 02.31.001	Термометрия общая	1	8
A 03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	0,1	2
A 03.01.002	Осмотр кожи через стекло при надавливании (витропрессия)	0,1	2
A 03.08.001	Ларингоскопия	0,1	2
A 03.08.002	Фарингоскопия	0,1	2
A 03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A 03.20.001	Кольпоскопия	0,4	1
A 03.25.002	Исследование слуха с помощью камертона	1	2
A 04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	1	2
A 04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов	0,1	4
A 04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	2
A 04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	2
A 04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	2
A 04.18.001	Ультразвуковое исследование толстого кишечника	1	2
A 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,4	2
A 04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	1	2
A 11.01.001	Биопсия кожи	0,01	1
A 08.01.001	Морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи	0,01	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	0,01	1
A 08.06.001	Цитологическое исследование пунктатов лимфоузлов	0,01	1
A 08.06.002	Гистологическое исследование пунктатов лимфоузлов	0,01	1
A 08.06.003	Гистологическое исследование препарата тканей лимфатического узла	0,01	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований	1	2
A 08.20.012	Морфологическое исследование препарата тканей шейки матки	0,4	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 05.23.001	Электроэнцефалография	0,01	1
A 05.23.002	Магнитно-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,01	1
A 06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A 08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	5
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	5
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	5
A 08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	5
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1	5
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	8
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1	2
A 09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	2
A 09.28.022	Определение объема мочи	1	2
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	2
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	2
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	5
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	2
A 09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,1	2
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	3
A 09.05.025	Исследование уровня нейтральных жиров и триглицеридов плазмы крови	1	3
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	3
A 09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,01	1
A 09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,01	1
A 09.05.035	Исследование уровня лекарственных средств в крови	0,01	1
A 09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и изоферментов в крови	1	2
A 09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	5
A 09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	5
A 09.05.043	Исследование уровня креатинкиназы в крови	1	3
A 09.05.178	Исследование уровня липазы в сыворотке крови	1	3
A 09.05.213	Исследование уровня молочной кислоты в крови	0,05	2
A 09.19.003	Исследование кала на гельминты	0,1	1
A 09.19.012	Исследование кала на простейшие	0,1	1
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств и растворов	0,2	4
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	0,3	16

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1	4
A 11.06.001	Получение цитологического препарата лимфатического узла	0,01	1
A 11.06.002	Биопсия лимфоузла	0,01	1
A 11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0,005	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,05	12
A 11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	8
A 11.09.008	Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода	0,01	14
A 11.20.003	Получение цервикального мазка	0,1	2
A 11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,1	2
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,1	4
A 12.05.005	Определение основных групп крови (А, В, 0)	0,01	1
A 12.05.006	Определение резус-принадлежности	0,01	1
A 12.06.001	Исследование популяций лимфоцитов	1	5
A 13.30.003	Психологическая адаптация	1	12
A 13.30.005	Психотерапия	0,2	4
A 13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	0,005	2
A 13.31.009	Обучение родственников или половых партнеров больного с ВИЧ инфекцией	1	4,5
A 14.31.015	Обучение членов семьи пациента технике его перемещения и размещения в постели	0,005	1
A 16.01.037	Удаление контагиозных моллюсков	0,03	2
A 19.24.001	Лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы	0,05	12
A 25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	16
A 25.31.002	Назначение диетической терапии при неуточненных заболеваниях	1	16
A 25.31.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при неуточненных заболеваниях	1	16
A 26.01.009	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на кандиды (Candida spp.)	0,05	2
A 26.01.011	Микологическое исследование соскоба с кожи на кандиды (Candida spp.)	0,05	2
A 26.01.014	Микологическое исследование пунктата (биоптата) на кандиды (Candida spp.)	0,05	2
A 26.01.015	Микологическое исследование пунктата пролежня на кандиды (Candida spp.)	0,05	2
A 26.01.016	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы	0,05	2
A 26.01.019	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей	0,05	2
A 26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,05	2
A 26.05.005	Микробиологическое исследование крови на грибы	0,05	2
A 26.05.006	Микробиологическое исследование крови на кандиды (Candida spp.)	0,05	2
A 26.05.008	Бактериологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis).	0,01	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	2
A 26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование крови на HIV	1	5
A 26.06.036	Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus	1	1
A 26.06.041	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus	1	1
A 26.06.082	Определение антител к Treponema pallidum	1	1
A 26.09.001	Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)	0,01	1
A 26.09.002	Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)	0,01	1
A 26.09.021	Микроскопическое исследование мазков мокроты на аспергиллы (Aspergillus spp)	0,01	1
A 26.09.022	Микроскопическое исследование мазков мокроты на кандиды (Candida spp.)	0,01	1
A 26.09.023	Микроскопическое исследование мазков мокроты на криптококк (Cryptococcus neoformans)	0,01	1
A 26.09.024	Микологическое исследование мокроты на кандиды (Candida spp.)	0,01	1
A 26.19.011	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	0,01	1
A 26.19.012	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,01	1
A 26.19.013	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (Cryptosporidium parvum)	0,01	4
A 26.20.015	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (Candida spp.)	0,01	4
A 26.20.016	Микологическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (Candida spp.)	0,01	4
B 04.014.005	Школа больного с ВИЧ-инфекцией	0,8	1

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения и профилактики инфекций			1		
	<i>Противовирусные средства</i>		0,95		
		Абакавир	0,05	0,6 г	219 г
		Абакавир/Зидовудин/Ламивудин	0,001	0,6 г/0,6 г/0,3 г	219г/219,0/109,5
		Атазановир	0,01	0,4 г	146 г
		Диданозин	0,34	0,4 г	146 г
		Зидовудин	0,21	0,6 г	219 г

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***	
		Зидовудин/Ламивудин	0,4	0,6 г/0,3 г	219 г/109,5 г	
		Индинавир	0,005	2,4 г	876 г	
		Ифавиренц	0,5	0,6 г	219 г	
		Ламивудин	0,3	0,3 г	109,5 г	
		Лопинавир/Ритановир	0,2	0,798г/0,198 г	291,27 г/72,27 г	
		Невирапин	0,15	0,4 г	146 г	
		Нельфинавир	0,03	2,25 г	821,25 г	
		Ставудин	0,21	0,08 г	29,2 г	
		Фосфазид	0,13	0,8 г	292 г	
		Энфувертид	0,005	1,8 г	657 г	
		Ацикловир	0,1	1,2 г	12 г	
		Валацикловир	0,01	3 г	21 г	
		Ганцикловир	0,01	3 г	30 г	
		Интерферон человеческий рекомбинантный альфа 2b	0,1	9000 МЕ	90000 МЕ	
		Интерферон человеческий рекомбинантный гамма	0,15	500 тыс.МЕ	18 млн. МЕ	
		Меглумина акридонacetат	0,2	0,5 г	13 г	
	<i>Иммуноглобулины</i>			0,1		
			Иммуноглобулин человеческий нормальный	1	70 г	280 г
	<i>Антибактериальные средства</i>			0,8		
			Ципрофлоксацин	0,1	1,5 г	10,5 г
			Моксифлоксацин	0,1	0,4 г	4 г
			Левифлоксацин	0,25	0,5 г	5 г
			Рифампицин	0,05	0,45 г	4,5 г
			Эритромицин	0,1	2,0	14,0
			Амикацин	0,2	1,0 г	7,0 г
			Цефотаксим	0,3	3,0 г	21,0 г г
			Спарфлоксацин	0,025	0,2 г	1,6 г
			Азитромицин	0,25	0,5 г	3 г
			Кларитромицин	0,25	0,5 г	6 г
			Меропенем	0,025	0,5 г	3 г
		Триметоприм	0,001	1,0	21,0	
		Ко-тримаксозол	0,05	0,8/0,16	60,0/12,0	
<i>Противопрозоидные и противомалярийные средства</i>			0,05			
		Сульфадоксин+Пириметамин	0,9	0,05 г	2,1	

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
		Дапсон	0,001	0,1 г	2,1 г
		Метронидазол	0,1	0,5 г	5,0
	<i>Противогрибковые средства</i>		0,5		
		Флуконазол	0,35	0,2 г	2г
		Кетоконазол	0,25	0,4 г	4 г
		Нистатин	0,3	3,0 млн.ЕД	21 млн.ЕД
		Итраконазол	0,1	0,2 г	2 г
	<i>Средства, влияющие на кровь</i>		0,3		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Эпоэтин альфа	0,5	3500 МЕ	42000МЕ
		Эпоэтин бета	0,5	3500 МЕ	4200 МЕ

* - анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** - ориентировочная дневная доза

*** - эквивалентная курсовая доза

2. Модель пациента

Нозологическая форма: Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Категория возрастная: взрослые

Код по МКБ-10: B20-B24, Z21

Стадия: 3, 4А, 4Б, 4В

Фаза: ремиссии

Осложнение: без осложнений

Условия оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь.

2.1 ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	4
A 01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	4
A 01.01.005	Определение дермографизма	0,1	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	0,05	1
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 02.03.005	Измерение роста	1	1
A 02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	0,3	1
A 02.07.001	Осмотр полости рта с использованием дополнительных инструментов	0,25	1
A 02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	2
A 02.12.001	Исследование пульса	1	2
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,4	1
A 02.25.001	Отоскопия	1	1
A 02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	2
A 03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	0,05	2
A 03.01.002	Осмотр кожи через стекло при надавливании (витропрессия)	0,05	2
A 03.08.001	Ларингоскопия	0,05	1
A 03.08.002	Фарингоскопия	0,05	1
A 03.20.001	Кольпоскопия	0,05	1
A 03.25.002	Исследование слуха с помощью камертона	0,15	1
A 04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	1	1
A 04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов	0,1	1
A 04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	1
A 04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	1
A 04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	1
A 04.18.001	Ультразвуковое исследование толстого кишечника	1	1
A 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,4	1
A 04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований	1	1
A 06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A 08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1,1
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1,1
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1,1
A 08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1,1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов,	0,01	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
	тромбоцитов и лейкоцитов		
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1	1,1
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1,1
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	1
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A 09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,1	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	1
A 09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и изоферментов в крови	1	1
A 09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	1
A 09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A 09.05.178	Исследование уровня липазы в сыворотке крови	0,05	1
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A 11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A 11.20.003	Получение цервикального мазка	0,1	1
A 11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,1	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A 12.05.006	Определение резус-принадлежности	1	1
A 12.06.001	Исследование популяций лимфоцитов	1	1
A 26.06.036	Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus	1	1
A 26.06.041	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus	1	1
A 26.06.048	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1	1	2
A 26.06.049	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 2	1	2
A 26.06.082	Определение антител к Treponema pallidum	1	1
A 26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование крови на HIV	1	1

2.2 ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 ГОД

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	8
A 01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	8
A 01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	8
A 01.31.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	8
A 01.31.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	8
A 01.01.005	Определение дермографизма	0,05	2
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A 01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	2
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии	0,2	1
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	4
A 02.03.005	Измерение роста	0,1	4
A 02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	0,3	4
A 02.07.001	Осмотр полости рта с использованием дополнительных инструментов	1	1
A 02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал	1	2
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	6
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	6
A 02.12.001	Исследование пульса	1	6
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	6
A 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,4	1
A 02.25.001	Отоскопия	1	1
A 02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	8
A 03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	0,1	2
A 03.01.002	Осмотр кожи через стекло при надавливании (витропрессия)	0,1	2
A 03.08.001	Ларингоскопия	0,1	2
A 03.08.002	Фарингоскопия	0,1	2
A 03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A 03.20.001	Кольпоскопия	0,4	1
A 03.25.002	Исследование слуха с помощью камертона	1	1,5
A 04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	1	1,5
A 04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов	0,1	2
A 04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	1,5

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	1,5
A 04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	1,5
A 04.18.001	Ультразвуковое исследование толстого кишечника	1	1,5
A 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,4	1,5
A 04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	1	1,5
A 08.01.001	Морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи	0,01	1
A 08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	0,01	1
A 08.06.001	Цитологическое исследование пунктатов лимфоузлов	0,01	1
A 08.06.002	Гистологическое исследование пунктатов лимфоузлов	0,01	1
A 08.06.003	Гистологическое исследование препарата тканей лимфатического узла	0,01	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований	1	2
A 05.23.001	Электроэнцефалография	0,01	1
A 05.23.002	Магнитно-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,01	1
A 06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A 08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	3
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A 08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	3
A 08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1	3
A 08.20.012	Морфологическое исследование препарата тканей шейки матки	0,4	1
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	4
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1,5
A 09.28.003	Определение белка в моче	1	1,5
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1,5
A 09.28.022	Определение объема мочи	1	1,5
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1,5
A 09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	2
A 09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	2
A 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	2
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	2
A 09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,1	2
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 09.05.025	Исследование уровня нейтральных жиров и триглицеридов плазмы крови	1	2
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	2
A 09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,01	1
A 09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,01	1
A 09.05.035	Исследование уровня лекарственных средств в крови	0,01	1
A 09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и изоферментов в крови	1	2
A 09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	3
A 09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	3
A 09.05.043	Исследование уровня креатинкиназы в крови	1	2
A 09.05.178	Исследование уровня липазы в сыворотке крови	1	2
A 09.05.213	Исследование уровня молочной кислоты в крови	0,05	2
A 09.19.003	Исследование кала на гельминты	0,1	1
A 09.19.012	Исследование кала на простейшие	0,1	1
A 11.01.001	Биопсия кожи	0,01	1
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств и растворов	0,05	4
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	0,1	8
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1	4
A 11.06.001	Получение цитологического препарата лимфатического узла	0,01	1
A 11.06.002	Биопсия лимфоузла	0,01	1
A 11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0,005	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,05	6
A 11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	4
A 11.09.008	Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода	0,01	14
A 11.20.003	Получение цервикального мазка	0,1	2
A 11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,1	2
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,1	4
A 12.05.005	Определение основных групп крови (А, В, 0)	0,01	1
A 12.05.006	Определение резус-принадлежности	0,01	1
A 12.06.001	Исследование популяций лимфоцитов	1	3
A 13.30.003	Психологическая адаптация	1	8
A 13.30.005	Психотерапия	0,1	4
A 13.31.009	Обучение родственников или половых партнеров больного с инфекцией	1	4
A 16.01.037	Удаление контагиозных моллюсков	0,01	2
A 19.24.001	Лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы	0,01	12
A 25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	8
A 25.31.002	Назначение диетической терапии при неуточненных заболеваниях	1	8

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 25.31.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при неуточненных заболеваниях	1	8
A 26.01.009	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	2
A 26.01.011	Микологическое исследование соскоба с кожи на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	2
A 26.01.014	Микологическое исследование пунктата (биоптата) на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	2
A 26.01.016	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы	0,01	2
A 26.01.019	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей	0,01	2
A 26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,01	1
A 26.05.005	Микробиологическое исследование крови на грибы	0,01	1
A 26.05.006	Микробиологическое исследование крови на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	1
A 26.05.008	Бактериологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>).	0,01	1
A 26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (<i>Cytomegalovirus</i>)	0,05	2
A 26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование крови на HIV	1	2,5
A 26.06.036	Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus	1	1
A 26.06.041	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus	1	1
A 26.06.082	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	1	1
A 26.09.001	Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	0,01	1
A 26.09.002	Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	0,01	1
A 26.09.021	Микроскопическое исследование мазков мокроты на аспергиллы (<i>Aspergillus SPP</i>)	0,01	1
A 26.09.022	Микроскопическое исследование мазков мокроты на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	1
A 26.09.023	Микроскопическое исследование мазков мокроты на криптококк (<i>Cryptococcus neoformans</i>)	0,01	1
A 26.09.024	Микологическое исследование мокроты на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	1
A 26.19.011	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	0,01	1
A 26.19.012	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,01	1
A 26.19.013	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (<i>Cryptosporidium parvum</i>)	0,01	2
A 26.20.015	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	2
A 26.20.016	Микологическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (<i>Candida spp.</i>)	0,01	2
B 04.014.005	Школа больного с ВИЧ-инфекцией	0,8	1

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***	
Средства для лечения и профилактики инфекций			0,2			
	<i>Противовирусные средства</i>		0,7			
		Абакавир	0,04	0,6 г	219 г	
		Абакавир/Зидовудин/Ламивудин	0,001	0,6 г/0,6 г/0,3 г	219г/219,0/109,5	
		Атазановир	0,05	0,4 г	146 г	
		Диданозин	0,2	0,4 г	146 г	
		Зидовудин	0,20	0,6 г	219 г	
		Зидовудин/Ламивудин	0,65	0,6 г/0,3 г	219 г/109,5 г	
		Индинавир	0,005	2,4 г	876 г	
		Ифавиренц	0,6	0,6 г	219 г	
		Ламивудин	0,15	0,3 г	109,5 г	
		Лопинавир/Ритановир	0,15	0,798г/0,198 г	291,27г/72,27г	
		Невирапин	0,15	0,4 г	146 г	
		Нельфинавир	0,05	2,25 г	821,25 г	
		Ставудин	0,12	0,08 г	29,2 г	
		Фосфазид	0,13	0,8 г	292 г	
		Энфувертид	0,005	1,8 г	657 г	
		Ацикловир	0,1	1,2 г	12 г	
		Валацикловир	0,01	3 г	21 г	
		Ганцикловир	0,01	3 г	30 г	
		Интерферон человеческий рекомбинантный альфа 2b	0,1	9000 МЕ	90000 МЕ	
		Интерферон человеческий рекомбинантный гамма	0,15	500 тыс.МЕ	18 млн. МЕ	
		Меглумина акридонат	0,15	0,5 г	13 г	
		<i>Иммуноглобулины</i>		0,05		
			Иммуноглобулин человеческий нормальный	1	70 г	280 г
		<i>Антибактериальные средства</i>		0,2		
			Ципрофлоксацин	0,1	1,5 г	10,5 г
			Моксифлоксацин	0,1	0,4 г	4 г
			Левифлоксацин	0,25	0,5 г	5 г
			Рифампицин	0,01	0,45 г	4,5 г
			Эритромицин	0,1	2,0	14,0
			Амикацин	0,2	1,0 г	7,0 г
			Цефотаксим	0,3	3,0 г	21,0 г
		Спарфлоксацин	0,025	0,2 г	1,6 г	
		Азитромицин	0,25	0,5 г	3 г	

Фармако-терапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
		Кларитромицин	0,25	0,5 г	6 г
		Меропенем	0,025	1,6 г	11,2 г
		Триметоприм	0,001	1,0	21,0
		Ко-тримаксозол	0,05	0,8/0,16	60,0/12,0
		Противогрибковые средства	0,3		
		Флуконазол	0,24	0,2 г	4,0 г
		Кетоконазол	0,25	0,2 г	4,0 г
		Нистатин	0,5	3,0 млн.ЕД	21 млн.ЕД
		Итраконазол	0,01	0,2 г	2 г
		<i>Противопрозоидные и противомалярийные средства</i>		0,02	
		Метронидозол	0,1	0,8 г	6,4
		Дапсон	0,001	0,1 г	2,1 г
		Сульфадоксин+Пириметамин	0,9	0,05 г	2,1
<i>Средства, влияющие на кровь</i>			0,3		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Эпозтин альфа	0,5	3500 МЕ	42000МЕ
		Эпозтин бета	0,5	3500 МЕ	4200 МЕ

* - анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** - ориентировочная дневная доза

*** - эквивалентная курсовая доза

9.1.3 Приказ Минздравсоцразвития о неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией

Зарегистрировано в Минюсте РФ 22 декабря 2005 г. N 7294

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
от 5 декабря 2005 г. N 757
О НЕОТЛОЖНЫХ МЕРАХ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

В соответствии с пунктом 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, 2898; 2005, N 2, ст. 162) и в целях улучшения диагностики и лекарственного обеспечения больных ВИЧ-инфекцией приказываю:

1. Утвердить:

Положение об организации обеспечения лекарственными средствами, отпускаемыми бесплатно по рецептам врача, для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции согласно приложению N 1;

Положение об организации деятельности центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее - Центр СПИД) согласно приложению N 2.

2. Рекомендовать руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения:

назначить в органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения ответственных за организацию обеспечения ВИЧ-инфицированных антиретровирусными препаратами;

определить лечебно-профилактические учреждения (далее - ЛПУ) и аптечные учреждения, которые будут осуществлять обеспечение лекарственными средствами больных ВИЧ-инфекцией;

ежегодно составлять и направлять в срок не позднее 1 мая в адрес Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию заявки на следующий год на антиретровирусные препараты и диагностикумы, необходимые для проведения лечения и профилактики ВИЧ-инфекции;

принять меры по обеспечению наличия неснижаемого запаса антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфицированных, плановой и экстренной химиопрофилактики заражения ВИЧ в ЛПУ и аптечных учреждениях;

организовать проведение обучения медицинских работников правилам и особенностям работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, уделяя особое внимание работникам первичного медицинского звена, наркологической службы, учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, инфекционных стационаров и поликлиник. При аттестации медицинских работников на квалификационную категорию проводить оценку знаний по вопросам ВИЧ-инфекции;

при организации деятельности Центров СПИД использовать приложение N 2 к настоящему Приказу;

организовать при Центрах СПИД и ЛПУ циклы специальных занятий (школы) для ВИЧ-инфицированных по повышению приверженности лечению;

принять дополнительные меры по расширению охвата беременных женщин обследованием на ВИЧ и проведению полного комплекса мероприятий профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

3. Департаменту развития медицинской помощи и курортного дела (Р.А. Хальфин) в срок до 01.03.2006 внести изменения в стандарт медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, включив определение вирусной нагрузки и иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных.

4. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития В.И. Стародубова.

Министр
М.Ю.ЗУРАБОВ

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ,
ОТПУСКАЕМЫМИ БЕСПЛАТНО ПО РЕЦЕПТАМ ВРАЧА, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

1. Настоящее Положение определяет основные положения по организации обеспечения лекарственными средствами, отпускаемыми бесплатно по рецептам врача, для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (далее - лекарственными средствами) в центрах по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее - Центр СПИД), а также в лечебно-профилактических учреждениях (далее - ЛПУ) и аптечных учреждениях.

2. Обеспечению лекарственными средствами подлежат находящиеся под диспансерным наблюдением взрослые и дети, а также граждане, нуждающиеся в проведении профилактического лечения ВИЧ-инфекции (далее - пациенты).

3. Обеспечение пациентов лекарственными средствами осуществляется по назначению врача Центра СПИД или ЛПУ с момента установления диагноза или наличия показаний к проведению лечения ВИЧ-инфекции в течение всего периода диспансерного наблюдения.

Лечение пациента осуществляется в соответствии с рекомендованными стандартами медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, в том числе с использованием лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

4. Выдача лекарственных средств пациентам осуществляется центрами СПИД, ЛПУ или аптечными учреждениями на основании рецептов врачей.

При получении пациентом лекарственных средств в отчетной медицинской документации, утвержденной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинским работникам следует производить регистрацию выдачи назначенных лекарственных средств с указанием фамилии, имени, отчества пациента, наименования лекарственных средств, их дозировок, количества и даты выдачи. Получение лекарственных средств следует удостоверять подписями медицинского работника, выдавшего их, и пациента, получившего их. В случае невозможности прибытия пациента для получения лекарственных средств допускается их выдача законным представителям пациента в установленном порядке.

Центр СПИД и ЛПУ информируют пациента о возможности получения лекарственных средств в аптечных учреждениях, осуществляющих обеспечение лекарственными средствами больных ВИЧ-инфекцией.

5. Обеспечение лекарственными средствами центров СПИД, ЛПУ, аптечных учреждений осуществляется на основании заявки, составленной в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, и представляемой ежегодно в Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

6. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения одновременно с заявкой на обеспечение лекарственными средствами представляют отчет о расходовании лекарственных средств за предыдущий год.

7. Ответственным за получение, хранение и обеспечение лекарственными средствами является руководитель Центра СПИД, ЛПУ, аптечного учреждения.

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

1. Настоящее Положение определяет порядок организации деятельности центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее - Центр СПИД).

2. Центр СПИД является лечебно-профилактическим учреждением особого типа, оказывающим консультативно-диагностическую, лечебно-профилактическую помощь больным ВИЧ-инфекцией, и осуществляющим противоэпидемическую деятельность по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

3. Руководитель Центра СПИД назначается на должность и освобождается от занимаемой должности в установленном законодательством порядке.

4. Центр СПИД осуществляет организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

5. Центр СПИД осуществляет следующие функции:

- диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-инфекции;
- организационно-методическое руководство деятельностью лечебно-профилактических учреждений по вопросам оказания консультативной, диагностической, лечебной и профилактической помощи населению при ВИЧ-инфекции;
- организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения;
- проведение анализа эпидемической ситуации и эффективности противоэпидемических мероприятий;
- организация и проведение психосоциального консультирования;
- оказание помощи в решении правовых, социальных и реабилитационных вопросов в отношении ВИЧ-инфицированных;
- проведение исследований с целью верификации диагноза ВИЧ-инфекции и установление окончательного диагноза;
- осуществление внешнего и внутреннего контроля качества лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции;
- осуществление контроля качества диагностических тест-систем на ВИЧ-инфекцию, применяемых на территории соответствующего субъекта Российской Федерации;
- сбор и анализ ежемесячных отчетов лабораторий по диагностике ВИЧ-инфекции, представление сводных отчетов в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- участие в разработке федеральных, окружных и территориальных программ по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией;
- обучение и подготовка медицинских кадров лечебно-профилактических учреждений по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции, включая консультирование до и после проведения теста на ВИЧ-инфекцию;
- мониторинг за ВИЧ-инфекцией, проведение социологических исследований по проблеме ВИЧ-инфекции, включая осуществление эпидемиологического и поведенческого мониторинга;
- распространение методической литературы по вопросам ВИЧ-инфекции;
- выполнение научно-практических работ по проблемам ВИЧ-инфекции;
- организация и проведение симпозиумов, конференций, семинаров, выставок и т.д. по проблемам, входящим в компетенцию Центра СПИД;
- представление информации в органы государственной власти о выявленных нарушениях, которые могут привести к заражению и распространению ВИЧ-инфекции;

- участие в экспертной деятельности по оценке качества и эффективности организационно-профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях;

- осуществление медико-педагогической деятельности;

- подготовка и представление в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения заявок на антиретровирусные препараты и диагностику, необходимые для организации и проведения лечения ВИЧ-инфекции.

6. Рекомендуемая структура и состав специалистов Центра СПИД:

6.1. клиничко-диагностическое отделение, включая стационар дневного пребывания (инфекционист, дерматовенеролог, терапевт, психотерапевт, педиатр, акушер-гинеколог, психиатр-нарколог, невролог, фтизиатр, хирург, офтальмолог, стоматолог, отоларинголог, врач функциональной диагностики, физиотерапевт, аллерголог-иммунолог);

6.2. отделение эпидемиологии (врачи-эпидемиологи);

6.3. отделение медико-социальной реабилитации и правовой помощи (специалист по социальной работе, социолог, медицинский психолог, юрист, психотерапевт);

6.4. лаборатория (врачи-лаборанты);

6.5. отдел профилактики (эпидемиолог, медицинский психолог, социолог, юрист, журналист);

6.6. организационно-методический отдел (врачи-методисты);

6.7. отделение автоматизированных систем управления и пресс-центр (специалист по связям с общественностью, инженер-программист, инженер-электроник).

Необходимость создания иных структурных подразделений и их штаты определяются главным врачом Центра СПИД по согласованию с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в зависимости от объема и специфики работы Центра СПИД как учреждения особого типа.

7. Рекомендуемые нормы нагрузки врачей Центров СПИД:

- врач-инфекционист: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-дерматолог: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-психотерапевт: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-терапевт: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-педиатр: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-акушер-гинеколог: первичное посещение - 40 минут, повторное - 30 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-стоматолог: первичное посещение - 20 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 20 минут;

- врач-психиатр-нарколог: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-аллерголог-иммунолог: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-фтизиатр: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-хирург: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-невролог: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-офтальмолог: первичное посещение - 40 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 30 минут;

- врач-отоларинголог: первичное посещение - 20 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 20 минут;

- врач функциональной диагностики: первичное посещение - 20 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 20 минут;

- врач-физиотерапевт - первичное посещение - 20 минут, повторное - 20 минут, для расчетов - 20 минут.

9.1.4 Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин

Приложение 2 к приказу МЗ РФ от 28.12.93 №303 "О применении медицинской стерилизации граждан"

1. Диффузный токсический зоб, тяжелой формы и средней тяжести.
2. Врожденный или приобретенный гипотиреоз, некомпенсированный.
3. Сахарный диабет, тяжелая форма.
4. Гиперпаратиреоз.
5. Гипопаратиреоз.
6. Хроническая недостаточность надпочечников, некупируемая кортистероидами.
7. Синдром Иценко-Кушинга.
8. Гипопластическая или апластическая анемия.
9. Серповидноклеточная анемия.
10. Талассемия.
11. Лейкоз.
12. Лимфогранулематоз III - IV стадии, в т.ч. длительной ремиссии.
13. Все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения II - III стадии или легочной гипертензией.
14. Цианотическая форма врожденных пороков сердца.
15. Врожденная или приобретенная аневризма аорты или легочной артерии.
16. Тетрада, триада или пентада Фалло.
17. Болезнь Эбштейна.
18. Общий артериальный ствол.
19. Синдром Лютембаше.
20. Синдром Эйзенменгера.
21. Болезнь Аэрза.
22. Хроническая ишемическая болезнь сердца.
23. Перикардит.
24. Мерцательная аритмия.
25. Пароксизмальная тахикардия с частыми приступами.
26. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта с частыми приступами аритмии.
27. Полная поперечная блокада с частыми приступами Морганьи -Эдемс-Стокса и частотой сердечных сокращений менее 40 в минуту.
28. После митральной комиссуротомии при неадекватном расширении митрального отверстия или рецидиве митрального стеноза- рестенозе.
29. После протезирования клапанов сердца.
30. После хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом.
31. После имплантации искусственного водителя ритма.
32. Аневризмы артерий любой локализации, в т.ч. после хирургического лечения.
33. Тромбоэмболическая болезнь.
34. Гипертоническая болезнь IIб - III стадии или злокачественная гипертония.
35. Хроническая пневмония III стадии.
36. Бронхоэктатическая болезнь, протекающая с легочносердечной недостаточностью или дыхательной недостаточностью II - III степени.
37. Состояние после пневмоэктомии или лобэктомии, сопровождающееся легочно-сердечной недостаточностью.
38. Стеноз трахеи или бронхов.
39. Стеноз пищевода.
40. Хронический активный гепатит с признаками печеночной недостаточности.
41. Цирроз печени с признаками портальной гипертензии или печеночной недостаточности.
42. Хронический гломерулонефрит гипертонической и смешанной формы.
43. Любая форма гломерулонефрита с хронической почечной недостаточностью.
44. Хронический пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертонией или хронической почечной недостаточностью.
45. Гидронефроз, сопровождающийся азотемией или пиелонефритом.

46. Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии) при наличии азотемии или артериальной гипертонии, а также при туберкулезе, пиелонефрите или гидронефрозе единственной почки.
47. Поликистоз почек, осложненный пиелонефритом, артериальной гипертонией, хронической почечной недостаточностью.
48. Болезни нервной системы и органов чувств: стойкие остаточные явления перенесенных воспалительных и токсических заболеваний ЦНС с тяжелыми нарушениями функций конечностей; тяжелые формы дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний, прогрессирующие мышечные дистрофии и другие виды миопатий; эпилепсия; отслойка сетчатки; глаукома с повышенным внутриглазным давлением; близорукость высокой степени; абитрофия сетчатки; ангиоматоз сетчатки (болезнь Гиппель-Ландау); гемианопсии; неврит зрительного нерва; синдром головокружения и другие болезни вестибулярного аппарата; болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха.
49. Психические расстройства (вне обострения): переходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний; шизофрения; параноидные состояния; другие неорганические психозы; невротические расстройства; расстройства личности; хронический алкоголизм (все формы), токсикомании(лекарственная зависимость), умственная отсталость.
50. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: диффузная болезнь соединительной ткани, ревматоидный артрит и другие воспалительные артропатии, анкилозирующий спондилит, остеохондропатии.
51. Наследственные болезни: гетерозиготное носительство у супругов по всем многогенным заболеваниям (нарушения аминокислотного, углеводного, гликолипидного, гликопротеинового обменов). Рождение ранее детей с заболеваниями, наследуемыми сцепленно с полом (гемофилия, миопатия типа Дюшена и др.).
52. Состояние после оперативного вмешательства, связанного с удалением жизненно важного органа (легкого или его доли, почки и др.).
53. Наличие в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций.
54. Повторное кесарево сечение при наличии детей.
55. Рубец на матке после консервативной миомэктомии.

В подготовке перечня медицинских показаний принимали участие сотрудники научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (М.И.Шехтман, О.Г.Фролова, В.Ф.Волгина), Московской медицинской академии им. Сеченова, Управления охраны здоровья матери и ребенка Минздрава РФ. Заместитель начальника Управления охраны здоровья матери и ребенка Л.В.ГАВРИЛОВА

9.2 Пособие по консультированию по планированию семьи модель «ПОМОГИ»

<p>П</p>	<p>Приветливость</p> <ul style="list-style-type: none"> - Представьтесь - Попросите клиентку/ пациентку представиться - Предложите пациентке сесть - Установите атмосферу непринужденного общения - Дружелюбно улыбаясь клиентке/ пациентке, скажите, что содержание вашего разговора останется конфиденциальным - Спросите, желает ли она обсудить с Вами вопросы планирования семьи 	
	<p>Если пациентка выражает согласие на обсуждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Спросите, желает ли она, чтобы ее муж или партнер присутствовал во время консультирования - Спросите, как Вы можете ей помочь 	<p>Если пациентка отказывается от беседы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Назначьте консультацию в иное время (после физического осмотра, после процедуры, во время повторного посещения) - <i>Дайте ей брошюру о планировании семьи.</i>
<p>О</p>	<p>О чем расспросить клиентку</p> <ul style="list-style-type: none"> - Спросите пациентку, о чем она хотела бы поговорить в первую очередь. Если она колеблется, повторите, что весь разговор между вами останется конфиденциальным, и поощрите ее к тому, чтобы она задавала вопросы. - Для того, чтобы помочь ей осознать ее потребности, задайте следующие вопросы: У Вас есть дети? Если да, то сколько? Желаете ли Вы иметь еще одного ребенка? Если да, то когда? Сколько у Вас было беременностей? Сколько у Вас было самопроизвольных и сколько искусственных абортов? - Если женщина беременна, после недавних родов или аборта скажите ей, когда фертильность может вернуться после родов или аборта. Объясните, что имеются методы планирования семьи, которые она может использовать, и что Вы сможете помочь ей в этом. - Задайте следующий вопрос: Пользовались ли Вы когда-нибудь методом планирования семьи? 	
	<p>Если ответ отрицательный:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Почему Вы не используете какой-либо метод планирования семьи? 	<p>Если ответ положительный:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Пользовались ли Вы каким-либо методом, когда забеременели? - Если пользовались, то каким? Постарайтесь помочь ей понять, как она забеременела. - Почему Вы перестали пользоваться данным методом? (В случае, если она им не пользовалась, когда забеременела).
	<ul style="list-style-type: none"> - Что Вы знаете о методах планирования семьи? Что Вы о них/нем слышали? - Постарайтесь исправить ошибочные представления пациентки, поощряя ее обращаться к Вам с вопросами и представляя ей недостающую информацию. Если она выражает намерение использовать какой-либо метод планирования семьи, спросите ее о причинах ее выбора. 	

М	<p style="text-align: center;">Методы контрацепции</p> <ul style="list-style-type: none"> – Скажите пациентке о методах, которые она может использовать. – Используйте брошюры, плакаты и иные наглядные материалы при объяснении методов. – Поощряйте пациентку задавать вопросы. – Спросите, в каких методах она заинтересована. - Восполните пробелы в информации у пациентки (например, характеристика метода, в котором она заинтересована, механизм действия, эффективность, побочные эффекты и т.п.)
О	<p style="text-align: center;">О выборе метода</p> <ul style="list-style-type: none"> – Помогите пациентке оценить целесообразность различных методов планирования семьи, с учетом ее состояния и потребностей в области репродуктивного здоровья/планирования семьи, о которых она сообщила на этапе «О» (О чем надо расспросить клиента). – Спросите пациентку, какой метод она желает использовать. – Напомните пациентке о том, что она также должна учитывать выбор, который может сделать ее муж/партнер. – Если пациентка останавливает свой выбор на каком-либо методе, убедитесь в том, что он не имеет каких-либо медицинских противопоказаний (например, высокое давление, сахарный диабет, заболевания печени и т.п.). Если существуют какие-либо противопоказания, объясните, почему ей не следует использовать данный метод, и помогите ей сделать выбор из числа иных соответствующих методов. – Спросите, осталось ли что-либо непонятным, и повторите информацию, если это необходимо. Если она все еще не решается сделать выбор, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.
Г	<p style="text-align: center;">Главное – объяснить, как пользоваться методом</p> <ul style="list-style-type: none"> – Объясните пациентке, как пользоваться методом и попросите ее повторить, что она поняла из объяснения. – Опишите возможные побочные эффекты и признаки осложнения. – Скажите, когда она должна прийти на повторный прием. – Сообщите ей о том, где она может пополнить запас контрацептивов (при использовании оральных препаратов, презервативов, инъекций). – Предоставьте пациентке контрацептивы в соответствии с выбранным методом. – Если пациентка выбрала метод, который отсутствует в данном лечебном учреждении, направьте ее в соответствующее медицинское учреждение. – Если пациентка продолжает испытывать затруднения с выбором метода, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.
И	<p style="text-align: center;">Информация о повторном визите</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сообщите пациентке, когда ей следует прийти на повторный визит и, при необходимости, назначьте дату и время посещения. – Подчеркните, что она может вновь обратиться в клинику в любое время, если у нее возникнут проблемы.