



**ФОКУС-МЕДИА**

Фонд социального развития и охраны здоровья

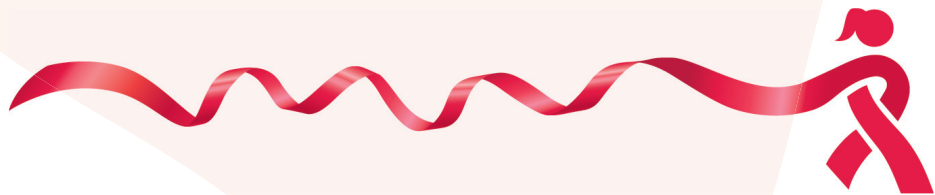


**СТЭП**

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ  
ФОНД

МОЛОДЫЕ  
МЕДИКИ  
ДОНА

# ФАКТЫ О ВИЧ ДЛЯ ТЕХ, КТО ПОМОГАЕТ



Москва  
2021

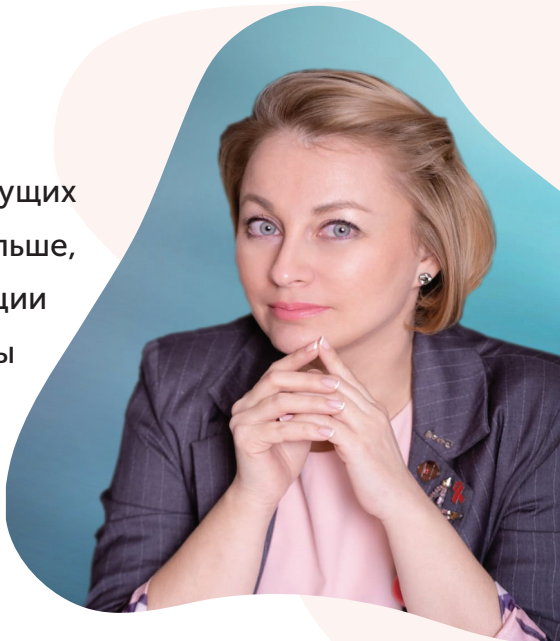
**Выражаю благодарность моим рецензентам –  
врачам-инфекционистам и неинфекционистам,  
которые прочитали брошюру первыми  
и сделали важные дополнения.**



**Врач инфекционист, к.м.н.  
Степанова Екатерина Юрьевна.  
[@dr.katyastepanova](#)**

## Здравствуйтесь, коллеги! Поговорим?

С каждым годом людей, живущих с ВИЧ, становится все больше, а информация о ВИЧ-инфекции постоянно меняется. Мы готовы поделиться основными данными, актуальными на сегодняшний день — на январь 2021.



### **НОМЕР 1. ВИЧ ≠ СПИД и ВИЧ ≠ смерть.**

Сегодня ВИЧ-инфекция — хроническое заболевание, контролируемое при помощи медикаментозного лечения. Без лече-

ния заболевание прогрессирует и развивается иммунодефицит за счет того, что вирус поражает CD4-лимфоциты.

*До 87 лет проживет человек, узнавший о ВИЧ в 21 год при раннем начале лечения. Еще в 2016 году на конференции CROI Julia Marcus (Harvard Medical School) говорила о хорошей продолжительности жизни людей с ВИЧ<sup>1</sup>: проведено сравнение показателей смертности 24 768 ВИЧ-положительных и 257 600 людей без ВИЧ-инфекции. В 1996-1997 годах ожидаемый возраст смерти был 39 лет. К 2011 году — 73 года.*

*На конференции CROI 2020 были сообщены обновленные данные исследования<sup>2</sup>: человек с ВИЧ проживет до 87 лет, притом, что люди без ВИЧ доживали до 86 лет.*

<sup>1</sup> Marcus JL et al. Narrowing the gap in life expectancy for HIV+ compared with HIV- individuals Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 2016. 54

<sup>2</sup> Marcus JL. Increased overall life expectancy but not comorbidity-free years for people with HIV Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 2020. 151

## Как быстро?

Без лечения у каждого — свой срок до снижения иммунного статуса. Если в 2000-е годы иммунодефицит чаще развивался через 10 лет, то сейчас — это несколько лет.

## Как определить СПИД или не СПИД?

Существует список из 27 СПИД-индикаторных заболеваний. Если на фоне ВИЧ-инфекции есть хотя бы одно из них, то в диагноз выносится «СПИД». Во всех остальных случаях в диагнозе указывается просто стадия ВИЧ-инфекции. Также используется классификация CDC (США, 1993). Она учитывает клинические проявления и уровень CD4-лимфоцитов в микролитре крови. Этот уровень принято называть иммунный статус. Норма 800–1200 клеток в микролитре. При снижении до менее 500 клеток — умеренный иммунодефицит, менее 200 клеток — выраженный. Большинство пациентов, принимающих терапию, имеют нормальный иммунный статус. Также учитывают относительное количество CD4-клеток — норма 35–55%.

По Российской классификации оценивается только клиническая картина. Можно посмотреть классификацию в Клинических рекомендациях «ВИЧ-инфекция у взрослых»<sup>3</sup>. Инфекционисты пишут, например, так: «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4А, фаза прогрессирования без АРВТ». Когда состояние человека на фоне лечения улучшается, то стадия сохраняется, однако фаза меняется на «ремиссия на фоне АРВТ».

В МКБ-10 также нет диагноза СПИД. Есть ВИЧ-инфекция в разных сочетаниях. Так что, этот термин должен использоваться намного реже, чем это происходит сейчас. И уж совсем недопустимо использовать «ВИЧ-инфекция» и «СПИД», как синонимы.



<sup>3</sup> Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых», утв. МЗ РФ 2020 <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/79>

## НОМЕР 2. Лечение ВИЧ-инфекции безопасное, эффективное и бесплатное.

Лечение ВИЧ-инфекции называется антиретровирусная терапия (АРВТ, АРТ). АРВТ — это комбинированная терапия, наиболее часто состоит из трех действующих веществ, но в 2019 году были одобрены схемы из двух компонентов.

Все препараты, доступные на сегодня в России, ингибируют какой-либо из ферментов ВИЧ, необходимых для его репликации. В результате не могут создаваться новые копии вируса и уже через 1-3 месяца количество вируса в крови становится настолько мало, что его не могут определить тест-системы даже с высоким порогом чувствительности. Это означает, что вирус максимально подавлен и его действием на организм можно пренебречь. Это называется неопределяемая вирусная нагрузка.



В лечении ВИЧ-инфекции важны:

- своевременность (чем раньше, тем лучше)
- регулярность (нужно ежедневно в одно и то же время принимать препараты)
- непрерывность (лечение не должно быть прервано)

Если прием препаратов нерегулярный, то возможно формирование резистентности (устойчивости) к АРВТ.

**ВАЖНО!** Проверять совместимость лекарственных препаратов, которые планируется назначить пациенту, с теми, что он уже получает, на сайте [hiv-druginteractions.org](http://hiv-druginteractions.org). Это важно, даже если Вы вчера смотрели взаимодействие и помните его. Обновление калькулятора происходит постоянно и сегодня могут быть более точные данные.

Сегодня препараты обладают минимальным числом побочных эффектов. Наиболее часто требуется следить за функцией почек и плотностью костной ткани. Кроме того, пока

еще можно встретить схемы, влияющие на ЖКТ и ЦНС, липидный профиль, гемопоэз.



### **НОМЕР 3. Женщины с ВИЧ рожают детей без ВИЧ.**

Даже без проведения профилактических мер практически половина женщин может родить ребенка без ВИЧ-инфекции. Этот факт часто спасает тех детей, чьи мамы не знали о своей ВИЧ-инфекции. Этот же факт СПИД-диссиденты используют, чтобы убедить других —

раз ребенок рождается без ВИЧ, то ВИЧ не существует, терапию принимать не нужно. Однако, благодаря перинатальной профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), риски стремятся к нулю.



Важно своевременное начало и проведение всех трех этапов. Еще с 2002 года появились исследования, говорящие о нулевом риске передачи ВИЧ от матери ребенку при подавленной вирусной нагрузке у женщины<sup>4</sup>. Однако опасения о влиянии терапии на плод, на исходы беременности откладывали появление надежной профилактики — были даже рекомендации назначать терапию только с 28 недели, профилактика про-

<sup>4</sup> Cooper et al. JAIDS 2002; 29(5): 484-494

водилась не тремя, а одним препаратом. В те годы дети рождались с ВИЧ, в том числе, из-за недостаточно эффективных стратегий профилактики. Сейчас все иначе.

Профилактика:

- До родов — женщина получает АРВТ (три препарата), в идеале — еще до зачатия адаптирована к схеме, схема назначена с учетом планируемой беременности.
- В родах — инфузия ретровируса, минимум инвазивных манипуляций, сокращение безводного периода. При подавленной вирусной нагрузке — любой способ родоразрешения. При вирусной нагрузке выше 1000 копий/миллилитре — проведение кесарева сечения значительно снижает риск передачи ВИЧ.
- После родов — исключение грудного вскармливания (пока еще, но следим за новостями) и сироп зидовудина (ретровир) ребенку (в ряде случаев — требуется назначение трех препаратов).

Женщинам репродуктивного возраста инфекционисты стараются назначать схемы, одобренные во время беременности (это практически все). Препараты не обладают тератогенным эффектом и эмбриотоксичностью. Подробная информация есть в обновленном Приказе по акушерству и гинекологии<sup>5</sup> №1130н.

Люди с ВИЧ могут использовать вспомогательные репродуктивные технологии при необходимости согласно установленному Порядку<sup>6</sup>. Сложности с естественным зачатием при ВИЧ-инфекции были решены, благодаря появлению данных, о которых будет сказано ниже.



---

<sup>5</sup> Приказ МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» VI. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период.

<sup>6</sup> Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

## НОМЕР 4.

### Неопределяемый = непередающий.



Ещё в 2016 году ведущими мировыми учеными подписан документ: «Не существует никаких фактических данных, подтверждающих, что риски передачи ВИЧ-инфекции от человека, живущего с ВИЧ, который находится на АРВТ и достиг неопределяемой вирусной нагрузки как минимум 6 месяцев назад, являются отличными от ничтожно малых, или же, возможно, таковые риски вообще отсутствуют...»

Сегодня мы с уверенностью говорим это: ВИЧ-положительный партнер, правильно принимающий АРВТ и не менее

6 месяцев, имеющий подавленную вирусную нагрузку, не может передать вирус при сексе. Произошло это, благодаря многим исследованиям. Но самое крупное было исследование PARTNER<sup>7</sup>.

Теперь в дискордантных парах люди, живущие с ВИЧ, могут быть спокойны при сексуальных контактах за своих ВИЧ-отрицательных партнеров, при обязательном соблюдении выше названных условий.



<sup>7</sup> Rodger AJ, et al.; PARTNER Study Group. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA. 2016 Jul 12;316(2):171-81. doi: 10.1001/jama.2016.5148. Erratum in: JAMA. 2016 Aug 9;316(6):667. Erratum in: JAMA. 2016 Nov 15;316(19):2048. PMID: 27404185 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27404185/>



## **НОМЕР 5. Диагностика ВИЧ-инфекции больше не требует одного года.**

«Период окна» — время, когда еще не сформировались антитела, которые уловит тест — значительно сокращен, благодаря тестам четвертого поколения (Ag/At Combo).

Посмотрите на достаточно старинные данные из разных источников — через сколько дней после заражения тест становится положительным:

- 14 дней [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15542143](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15542143) (2004г.)
- 17-18 дней [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18190290](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18190290) (2007г.)
- 3-4 недели [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15067862](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15067862) (2003г.)

Большинство экспертов в мире считают срок в 6 недель для ИФА четвертого поколения в условиях лаборатории совершенно достаточным для

исключения ВИЧ-инфекции, если не было приема постконтактной профилактики. Согласно научным данным должна быть изменена нормативная документация в РФ о наблюдении в течение года после рискованной ситуации.

Очень важно рассказывать про тестирование на ВИЧ всем пациентам, независимо от их возраста, внешнего вида, социального статуса и состояния здоровья. Только врачи могут сформировать у пациентов привычку проходить тест на ВИЧ ежегодно. Но пока, многих спасает от гибели обязательное обследование при поступлении в стационар.



## **НОМЕР 6. Опасные знаки, которые помогут направить пациента на анализ.**

Расскажем только о части пациентов, которых жизненно необходимо направлять на исследование. Итак, «маски ВИЧ-инфекции»:

- Неврологи и нейрохирурги могут встретиться с пациентами с очаговыми образованиями, которые на самом деле окажутся токсоплазмозом го-

ловного мозга (если повезет) и лимфомой или прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатией (если не повезет).

- К психиатрам могут попасть пациенты с криптококковым менингитом, который может вызывать агрессивное поведение, или с когнитивными нарушениями, если очаги в лобных долях.
- Гематологи порой напрасно делают пункцию пациентам с панцитопенией или тромбоцитопенией.
- Терапевты назначают железо при анемии, которое не помогает, если это анемия хронического заболевания при ВИЧ-инфекции.
- Гинекологи годами безуспешно лечат урогенитальный кандидоз и не бывают насторожены при тяжелых дисплазиях шейки матки.
- Урологи и проктологи могут бесконечно удалять аногени-

тальные кондиломы у людей с иммунодефицитом, еще и назначая иммуностимуляторы.

- К педиатрам приходят дети с персистирующим/рецидивирующим паротитом.
- Дерматовенерологи удивляются опоясывающему герпесу, особенно у молодых людей, но забывают про обследование на ВИЧ, а это необходимо так же, как при выявлении сифилиса или гонореи.
- Фтизиатры при туберкулезе... всегда обследуют на ВИЧ. Это закон.

Детальный список содержится в приложении 1 Методических указаний, разработанных ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора<sup>8</sup>.



*Сейчас пациенты часто сообщают об острой стадии ВИЧ-инфекции вскоре после инфицирования. При увеличении лимфоузлов во время «ОРЗ» с повышением температуры или постановке диагноза «инфекционный мононуклеоз» для людей старше 13 лет отрицательный результат теста не должен расцениваться, как окончательный. Следует обязательно повторить исследование через 1 и 3 месяца.*

<sup>8</sup> Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией Методические указания МУ 3.1.3342—16

## **НОМЕР 7. У пациента с ВИЧ-инфекцией не обязательно все связано именно с ВИЧ. Есть и другие причины.**

Если вирусная нагрузка подавлена, а иммунный статус вернулся к нормальным значениям или никогда и не снижался, то остается исключить влияние терапии на этого пациента.

Если терапия не имеет значимых побочных эффектов, то можно лечить его, как человека без ВИЧ, не забывая про проверку совместимости препаратов. Пожалуй, только кардиологи при оценке неко-

торых рисков увидят объективные различия в пациентах с ВИЧ и без ВИЧ. В сложных случаях можно связаться с инфекционистами СПИД-центров и обсудить тактику, оценить возможный вклад ВИЧ-инфекции.

Пациенты иногда говорят — нам сказали лечиться в СПИД-центре.



**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ!** Не во всех СПИД-центрах есть узкие специалисты! Нам, инфекционистам, без помощи коллег — никак не обойтись.

## **НОМЕР 8. Пациентам с ВИЧ не нужны иммуностимуляторы и иммуномодуляторы.**

Потому что иммунитет восстанавливается самостоятельно, как только вирус будет подавлен. Задача терапии подавить вирус, а иммунитет восстановится сам. Для пациента с неподавленной вирусной нагрузкой назначения таких пре-

паратов может быть просто опасно, потому что создаст иллюзию нормального иммунного статуса. Кроме того, препараты этих классов не имеют достаточной доказательной базы, а значит лучше отложить их в сторону.

## **НОМЕР 9. Пациентам с ВИЧ можно и нужно вакцинироваться.**

Это очень важно, потому что часто пациенты говорят: «нам врач прививаться запрещает»! Особенности вакцинации взрослых, живущих с ВИЧ:

- вакцинация «живыми» вакцинами проводится только при иммунном статусе выше 200 клеток/мкл (у детей ориентируются на относительный уровень — выше 15%).
- вакцинация остальными вакцинами, включая ежегодную вакцинацию против гриппа, проводится без особенностей за исключением:
- вакцинация против пневмококковой инфекции обязательна и проводится в два этапа: 13-валентная вакцина, через

2–6 месяцев — 23-валентная вакцина, далее ревакцинация каждые 5 лет.

- вакцинация против менингококковой инфекции также проводится дважды с интервалом 2–6 месяцев, далее ревакцинация каждые 5 лет.
- расширены показания к вакцинации против ВПЧ.

При низком иммунном статусе эффективность вакцинации может быть снижена, поэтому при возможности стоит оценить титры поствакцинальных антител.



## **НОМЕР 10. Риски передачи ВИЧ в быту отсутствуют. Совершенно точно.**

Всем нам очень повезло: во-первых, вирус нестойк во внешней среде, во-вторых требуется большая инфицирующая доза. В количестве, достаточном для заражения, вирус содержится только в некоторых жидкостях организма:

- кровь в количестве, видимом на глаз;
- все выделения половых органов (сперма, предэякулят, жидкость влагалища);
- материнское молоко;
- спинномозговая и плевральная жидкости.

Эти жидкости должны попасть на неповрежденные слизистые или поврежденную кожу (старые заусенцы не считаются). Это называется «аварийная ситуация». Все остальные ситуации не несут рисков. Поэтому все врачи и медсестры, которые не используют колюще-режущие предметы, могут быть спокойны.

Пальпировать и перкутировать пациентов можно без опасений, а вот коллеги, которые работают с кровью, имеют реальные риски «аварийных ситуаций». Медицинские работники часто опасаются пациентов, сообщивших о своей ВИЧ-инфекции, получающих терапию и имеющих подавленную вирусную нагрузку, в то время, как логичнее опасаться тех, пациентов, которые не знают о своем ВИЧ-статусе



се или находятся в «периоде окна». Почему? Хотя, для гемоконтактного пути передачи пока нет таких крупных исследований, как для полового пути, но мы понимаем, что при подавленной вирусной нагрузке пациента риски передачи ВИЧ околонулевые.



## **НОМЕР 11. Существуют постконтактная и доконтактная профилактика передачи ВИЧ.**

В каждой медицинской организации есть алгоритм действия при аварийной ситуации, в котором в том числе прописан прием АРВ препара-

тов. Это постконтактная профилактика (ПКП).

- Прием препаратов должен быть начат как можно быстрее после «аварийной ситуации»,

не позднее 72 часов.

- Это три препарата в течение 28 дней.
- Рекомендуемая схема — тенофовир, ламивудин и долутегравир.

Профилактика может быть назначена медицинскому работнику, а также в случае немедицинских «аварийных ситуаций» — изнасилование, разрыв презерватива, контакт с кровью поврежденных кожных покровов. Чаще всего ПКП назначается врачами центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Существует также доконтактная профилактика (ДКП).

- Может использоваться людьми, которые не всегда используют презервативы по разным

причинам, людьми с повышенным риском инфицирования ВИЧ.

- Это прием двух препаратов: тенофовир и ламивудин или тенофовир и эмтрицитабин.
- Ежедневный прием препаратов эффективен на 99%.
- Менее эффективен прием препаратов «по требованию» — двойная доза за 2-24 часа до контакта и далее каждые 24 часа двое суток после контакта.

Доконтактная профилактика пока не отражена в Российских клинических рекомендациях, но уже внесена в инструкции к используемым препаратам.



**А сейчас вопрос для читателей** — какие три вопроса задает врач, если пациент сказал, что у него ВИЧ-инфекция?

1. Вы принимаете терапию?
  2. Какой у Вас иммунный статус?
  3. Какая у Вас вирусная нагрузка?
- Подсказка:

И если ответы будут: «Да», «Выше 500 клеток», «Подавлена», то остается выяснить схему, чтобы препараты сочетались с теми, которые планируется назначить.

Вы можете прислать отзыв на эту брошюру сюда:  
[info@focus-media.ru](mailto:info@focus-media.ru)

## Успехов и здоровья!

Приглашаем присоединиться к информационному чату  
в WhatsApp «Атлас о ВИЧ для врача».

Данный чат создан представителями Фонда «ФОКУС-МЕДИА»  
в целях поддержки врачей по вопросам профилактики и лечения  
ВИЧ-инфекции, а также, вопросам, касающимся людей,  
живущих с ВИЧ.

Чтобы присоединиться к группе, установите приложение WhatsApp на  
свой смартфон и наведите камеру телефона на этот QR-код:



Брошюра создана в рамках проекта «Поддержка активизма  
и защита прав ВИЧ-положительных женщин в Российской Федерации».  
Проект реализуется Фондом «ФОКУС-МЕДИА» (Москва) в партнерстве  
с Благотворительным фондом «СТЭП» (Нижегород) и  
Ростовской региональной молодёжной благотворительной  
общественной организацией «Молодые медики Дона» (Ростов-на-Дону)  
при поддержке UNDEF.

