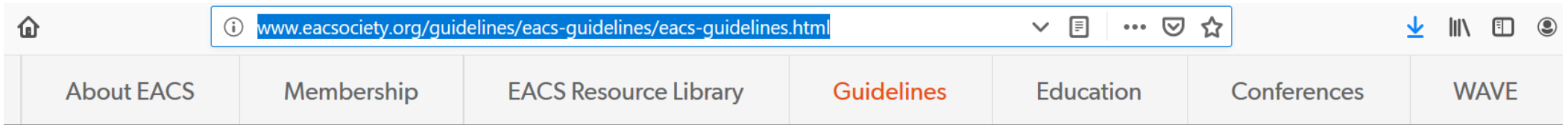




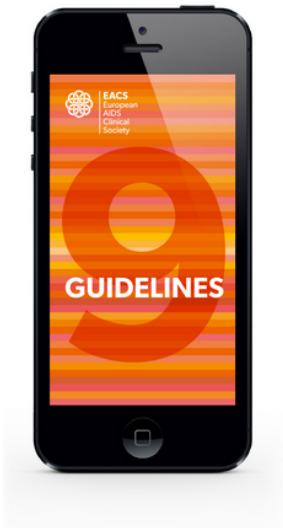
# ARV in women from EACS guidelines perspective

**Justyna D. Kowalska**

Hospital for Infectious Diseases in Warsaw, Medical University of  
Warsaw, Poland



document number (for example: version 9.1, version 9.2).



## Edition

- 📄 English PDF - Version 9.1 - October 2018
- 📄 Chinese - 中文版 - 9.0 版本
- 📄 French - Français - Version 9.0
- 📄 German - Deutsch - Version 9.0
- 📄 Portuguese - Português - Versão 9.0
- 📄 Russian - Русский - Версия 9.0
- 📄 Spanish - Español - Versión 9.0
- 📄 Japanese - 日本語版



### EACS Treatment Guidelines updated

The EACS Treatment Guidelines 9.0 and the app are available for free on  
→ [Apple Store](#) and → [Google Play Store](#)  
→ [Read more](#)

- Version 9.0 available in Russian
- Version 9.1 only in English
- A new version 10.0 will be available November 2019



# Main guidelines consist of 5 parts

- PART I – Visit Assessment
- PART II – ART
- PART III – Co-morbidities
- PART IV – Co-infections
- PART V – Opportunistic infections

## Оглавление

Введение в Рекомендации Европейского клинического общества СПИДа 2017	2	Концепция уменьшения числа переломов у ВИЧ-инфицированных пациентов	50
Изменения в версии 9.0 по сравнению с версией 8.2	3	Заболевания почек: диагностика и лечение	51
Экспертные группы	4	Токсические поражения почек, вызванные АРВ-препаратами	52
Привлечение	4	Показания и тесты на проксимальную почечную tubulopatiю (ППТ)	(53)
Сокращения	5	Модификация дозировок АРВ-препаратов при нарушениях функции почек	54
Строки зеленого цвета, – это материалы, доступные только он-лайн, <a href="http://www.eacsociety.org">http://www.eacsociety.org</a> и через приложение EACS Guidelines App. Номера страниц в скобках обозначают соответствующую страницу в он-лайн версии Рекомендаций.		Обследование и лечение ВИЧ-инфицированных пациентов с повышенными АЛТАСТ	55
		Цирроз печени: классификация и наблюдение	56
		Цирроз печени: лечение	57
		Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)	58
		Диагностика и лечение гепаторенального синдрома (ГРС)	(59)
		Модификация дозировок АРВ-препаратов при нарушениях функции печени	60
		Липодистрофия: профилактика и лечение	(61)
		Гиперлипидемия и гиперлипидемия: диагностика, профилактика и лечение	(62)
		Поведение	63
		Взаимодействие АРВ- с противомаларийными препаратами	(64)
		Вакцинация	65
		Сексуальное и репродуктивное здоровье женщин и мужчин с ВИЧ-инфекцией	66
		Нарушения половой функции	(67)
		Лечение нарушений половой функции у мужчин с ВИЧ-инфекцией	(68)
		Депрессия: выявление и диагностика	69
		Депрессия: лечение	70
		Классификация, дозировки, безопасность и нежелательные явления антидепрессантов	71
		Взаимодействие АРВ-препаратов с антидепрессантами	(72)
		Методика диагностики и лечения ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений у пациентов без явных отягощающих факторов	73
		Хронические заболевания легких у ВИЧ-инфицированных пациентов	74
		Взаимодействие АРВ-препаратов с бронхорасширяющими препаратами (для ХОБЛ)	(75)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами для лечения легочной гипертензии	(76)
		Назначение препаратов пожилым людям	77
		Переохлаждение паренхиматозных органов (ППО) у ВИЧ-инфицированных пациентов	(78)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с иммунодепрессантами (для ППО)	(79)
		<b>Часть IV</b>	
		<b>Введение и лечение хронических вирусных гепатитов В и С, сочетанных с ВИЧ-инфекцией</b>	<b>80</b>
		Общие рекомендации для пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и вирусного гепатита	80
		Лечение ВГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией	82
		Диагностика ВГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией	83
		Лечение ВГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией	84
		Варианты лечения ВГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией	85
		Взаимодействие между АПД и АРВ-препаратами	86
		Алгоритм лечения острого ВГС у пациентов с ВИЧ-инфекцией	87
		<b>Часть V</b>	
		<b>Опportunистические инфекции</b>	<b>88</b>
		Профилактика и лечение опportunистических инфекций (ОИ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией	88
		Диагностика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов	97
		<b>Список литературы</b>	
		<b>Список литературы для всех разделов</b>	<b>(100)</b>
		Ссылки на видео-материалы	(103)
		<b>Часть I</b>	
		<b>Обследование ВИЧ-инфицированных пациентов при первичном и последующих посещениях</b>	<b>6</b>
		<b>Часть II</b>	
		<b>АРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов</b>	<b>9</b>
		Оценка готовности ВИЧ-инфицированных пациентов начать и продолжить АРТ	9
		Рекомендации по началу АРТ у пациентов с хронической ВИЧ-инфекцией, ранее ее не получавших лечение	11
		Стартовые схемы для взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов, впервые начинающие АРТ	12
		Первичная ВИЧ-инфекция	13
		Стратегия смены схем для пациентов с вирусологической супрессией	14
		Вирусологическая неудача	15
		Лечение ВИЧ-инфицированных беременных женщин	16
		АРТ при ко-инфекции ТБ/ВИЧ	17
		Постконтактная профилактика (ПКП)	18
		До-контактная профилактика (ДКП)	19
		Побочные эффекты антиретровирусных препаратов (по классам)	20
		Взаимодействие АРВ-препаратов с другими лекарственными средствами	22
		Взаимодействие АРВ-препаратов с антидепрессантами	(23)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с гипотензивными препаратами	(24)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с анальгетиками	(25)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с антикоагулянтами и антиагрегантами	(26)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с бронхорасширяющими препаратами (для ХОБЛ)	(27)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с контрацептивами и препаратами гормонозаместительной терапии	(28)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с кортикостероидами	(29)
		Взаимодействие АРВ- и противомаларийных препаратов	(30)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с препаратами для лечения легочной гипертензии	(31)
		Взаимодействие АРВ-препаратов с иммунодепрессантами (для ППО)	(32)
		Модификация дозировок АРВ-препаратов при нарушениях функции печени	33
		Модификация дозировок АРВ-препаратов при нарушениях функции почек	34
		Назначение АРВ-препаратов пациентам с затрудненным глотанием	35
		<b>Часть III</b>	
		<b>Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов</b>	<b>37</b>
		Наркомания и наркозависимость	(38)
		Рис. методы скрининга	39
		Изменение образа жизни	40
		Профилактика ССЗ	41
		Гипертензия: диагностика, определение степени и лечение	42
		Гипертензия: алгоритм назначения препаратов	43
		Взаимодействие АРВ-препаратов с гипотензивными препаратами	(44)
		Диабет 2-го типа: диагностика	45
		Диабет 2-го типа: лечение	46
		Дислипидемия	47
		Заболевания костей: выявление и диагностика	48
		Дефицит витамина D: диагностика и лечение	49

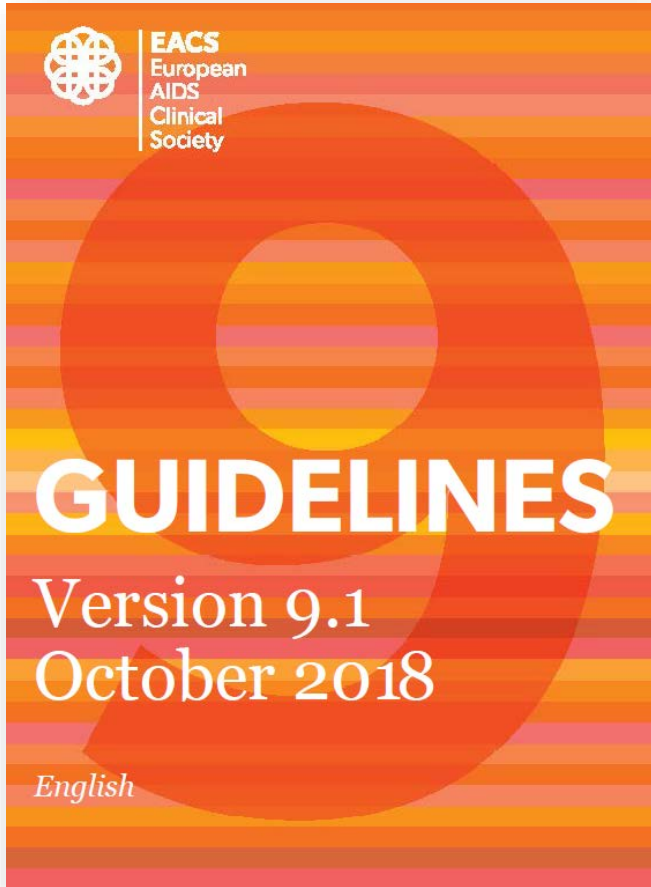
## When to start?

If ART needs to be initiated before genotypic testing results are available, it is recommended to include a drug with a high genetic barrier to resistance in the first-line regimen (e.g. a PI/r, PI/c, DTG or BIC).

Version 9.1

**АРТ рекомендована всем взрослым пациентам с хронической ВИЧ-инфекцией независимо от количества клеток CD4<sup>(i)</sup>**

- i Начало АРТ следует рекомендовать всегда, независимо от количества CD4, однако чем ниже количество CD4, тем больше необходимость начинать АРТ безотлагательно. АРТ также рекомендовано при любых уровнях CD4 для предотвращения передачи ВИЧ половым путем и снижения передачи ВИЧ от матери к ребенку (до третьего триместра беременности).
- Рекомендации, когда лучше начинать АРТ пациентам с туберкулезом и криптококковым менингитом, см. стр. 17 и 91.
  - Исключение может быть сделано для пациентов с высоким количеством CD4 и ВН < 1000 копий/мкл, хотя даже у таких пациентов начало АРТ уменьшает воспаление и снижает риск инфекций, возникающих при высокой ВН ВИЧ.
  - До начала АРТ рекомендуется провести анализ на генотипическую резистентность, желательно сразу после постановки диагноза ВИЧ; в противном случае - до начала АРТ.
  - Если необходимо начать АРТ до того, как будут получены результаты теста на генотипическую резистентность, в схему лечения первого ряда рекомендуется включить препарат с высоким генетическим барьером к резистентности (например, ИП/р, ИП/к или DTG). Оптимально повторить анализы на CD4 и ВН ВИЧ перед началом лечения для более четкой оценки статуса инфекции и последующего ответа на АРТ.



- Out of the recommended regimens in persons starting ART, we recommend:
- the use of an INSTI as preferred third agent
- tailoring antiretroviral regimens for each individual





# Стартовые схемы для взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов, впервые начинающих АРТ

- **А) Рекомендуемые схемы лечения (необходимо выбрать одну из представленных схем)**

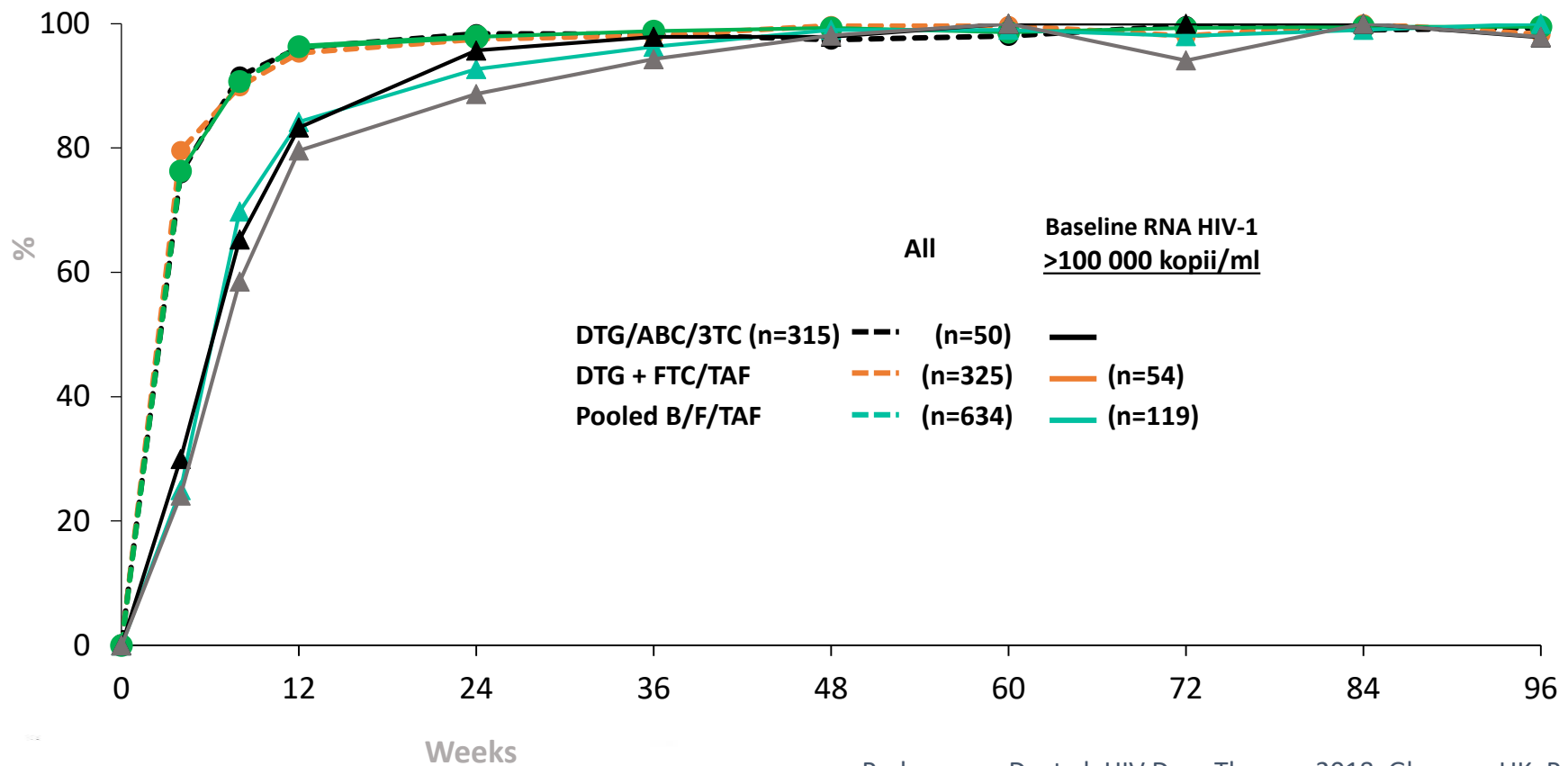
2 NRTIs + INSTI
ABC/3TC/DTG <sup>(i, ii, x)</sup>
TAF/FTC <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC <sup>(iii)</sup> + DTG <sup>(x)</sup>
TAF/FTC/BIC <sup>(xi)</sup>
TAF/FTC <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC <sup>(iii)</sup> + RAL <sup>(iv)</sup>

2 NRTIs + NNRTI
TAF/FTC/RPV <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC/RPV <sup>(iii)</sup>
2 NRTIs + PI/r or PI/c
TAF/FTC <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC <sup>(iii)</sup> + DRV/c <sup>(v)</sup> or + DRV/r <sup>(v)</sup>



# Integrase inhibitors are characterised by rapid HIV VL decline

RNA HIV-1 <50 copies/ml on 96 week (Missing = Excluded)



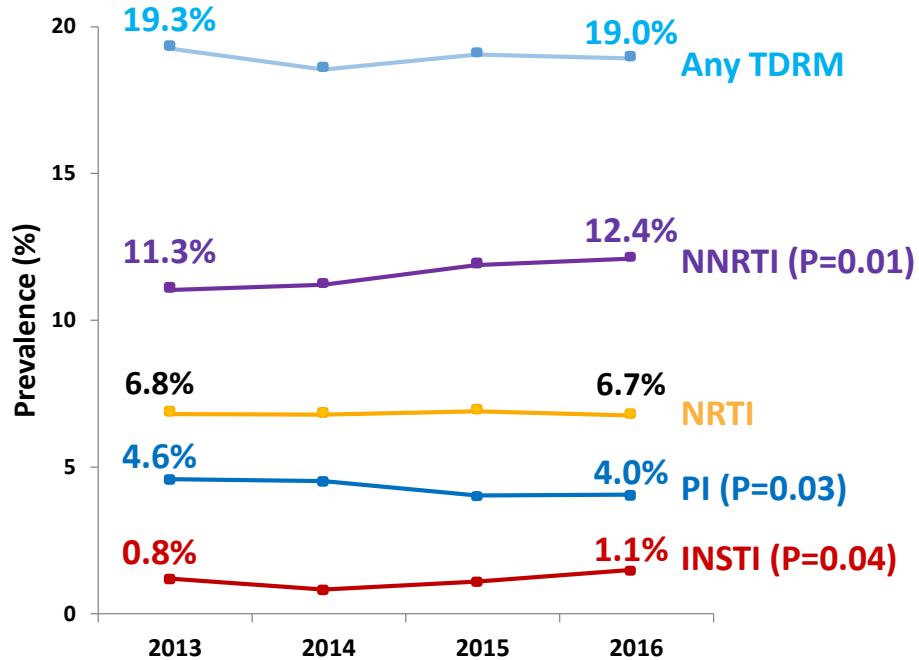


# Integrase and Other Transmitted HIV Drug Resistance

Evaluation of the prevalence of baseline resistance testing and TDRMs in 36,288 PLWH (2013-2016)

- Baseline INSTI resistance testing increased from 3.7% to 23.0% (p<0.001)

## TDRM Prevalence by Class



Most Common TDRMs*		
Classes	> 10%	5-9%
INSTI	N155H (18%), R263K (18%), E92Q (14%)	Q148H, G140S, S147G, Y143H
NNRTI	K103N (72%)	Y181C, G190A, K103S, P225H
NRTI	M41L (22%), T69N (17%), T215S (14%), M184V (11%)	T215C/D/E, D67N, T69A, K219Q, L210W, E44D
PI	L90M (24%), Q58E (19%), V11I (12%), T74S (11%), M46I/L (10%)	D30N, N88D

\* Descending order of prevalence

Prevalence of TDRM regardless of ARV class was stable.

TDRM for INSTIs was infrequent (1.1%) with the lowest prevalence among all drug classes.

# Стартовые схемы для взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов, впервые начинающих АРТ

- **В) Альтернативные схемы лечения (использовать, если ни одна из предпочитаемых схем недоступна или неосуществима по какой-либо причине)**

2 NRTIs + PI/r or PI/c	2 NRTIs + INSTI	Other combinations
ABC/3TC <sup>(i, ii)</sup> + ATV/c <sup>(viii, ix)</sup> or + ATV/r <sup>(viii, ix)</sup>	ABC/3TC <sup>(i, ii)</sup> + RAL <sup>(iv)</sup>	[DTG <sup>(x)</sup> + 3TC] <sup>(ii, xii)</sup>
ABC/3TC <sup>(i, ii)</sup> + DRV/c <sup>(v)</sup> or + DRV/r <sup>(v)</sup>	TAF/FTC/EVG/c <sup>(iii, vi)</sup> or TDF/FTC/EVG/c <sup>(iii, vi)</sup>	
TAF/FTC <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC <sup>(iii)</sup> + ATV/c <sup>(viii, ix)</sup> or + ATV/r <sup>(viii, ix)</sup>	<b>2 NRTIs + NNRTI</b> ABC/3TC <sup>(i, ii)</sup> + EFV <sup>(vii)</sup>	[RAL + DRV/c <sup>(v)</sup> or + DRV/r <sup>(v)</sup> ] <sup>(ii)</sup>
	TDF/FTC/EFV <sup>(iii, vii)</sup>	

**LPV/r**

**Is not  
recommended**



# Лечение ВИЧ-инфицированных беременных женщин

## СЦЕНАРИИ

1. Женщины, которые во время АРТ собираются забеременеть	1. Продолжать АРТ, если схема лечения не имеет противопоказаний для применения во время беременности (ddl + d4Т, тройные комбинации НИОТ)
2. Женщины, забеременевшие во время приема АРТ	2. Продолжать АРТ, если схема лечения не имеет противопоказаний для применения во время беременности (ddl + d4Т, тройные комбинации НИОТ)
3. Женщины, забеременевшие, и которые все еще не принимают АРТ	3. Настоятельно рекомендуется начинать АРТ как можно раньше и не позднее начала 2-го триместра беременности
4. Женщины, которые начинают наблюдаться в конце второго или в третьем триместре	4. Начать АРТ незамедлительно, и, в случае высокой ВН, рассмотреть возможность добавления ИИ в качестве препарата предпочтительного выбора для быстрого снижения ВН и достижения неопределяемой ВН ВИЧ к моменту родов
5. Женщины, у которых можно определить ВН ВИЧ в третьем триместре беременности	5. Провести тест на резистентность и рассмотреть вопрос о смене схемы или о добавлении ИИ (если его нет в схеме) для быстрого снижения ВН

# Схемы АРТ во время беременности

Цель лечения беременных женщин:

- Полная супрессия ВН ВИЧ не позднее, чем к началу последнего триместра беременности и, особенно, к моменту родов

## Препараты, противопоказанные во время беременности

- ddi, d4T – toxicity
- TAF – limited data on safety in pregnancy
- DTG should not be used in first 8 weeks of pregnancy
- Cobicistat boosted drugs not in 2nd and 3rd trimester (low drug levels)



EACS European AIDS Clinical Society

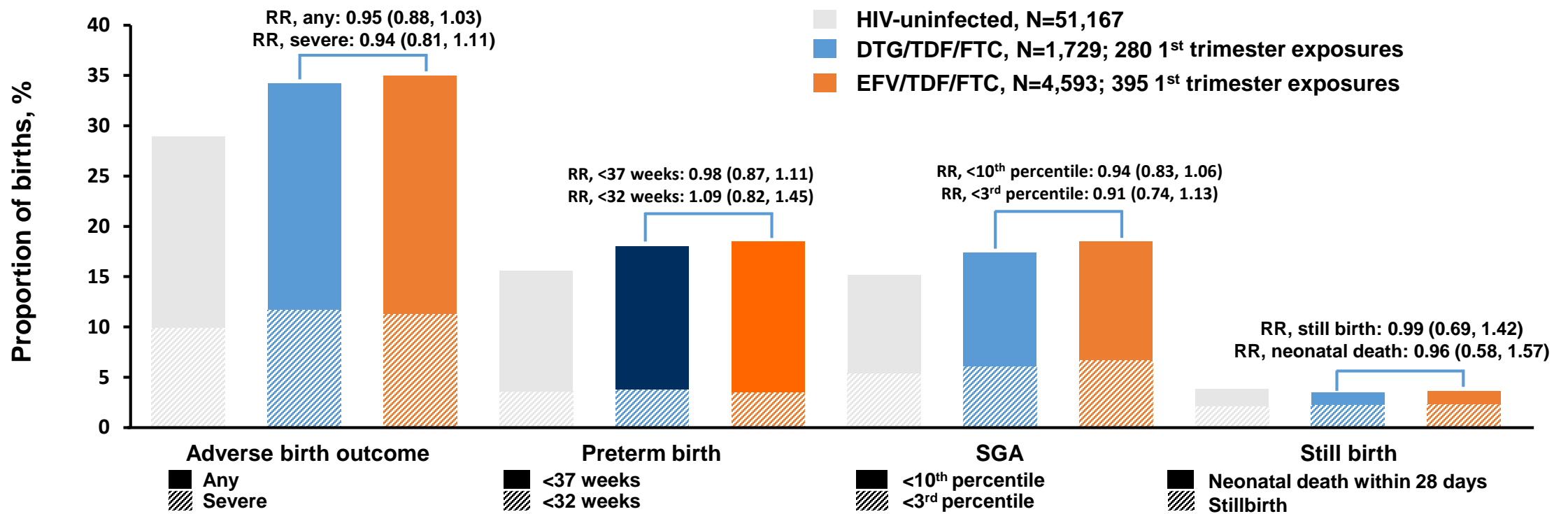
# Botswana Surveillance Study DTG vs. EFV

EFV-based ART started and delivery occurring Aug 15, 2014 - Aug 15, 2016

DTG-based ART started and delivery occurring Nov 1, 2016 - Sept 30, 2017

x

## The risks of adverse birth outcomes was similar among HIV-infected women who initiate DTG/TDF/FTC versus EFV/TDF/FTC in pregnancy

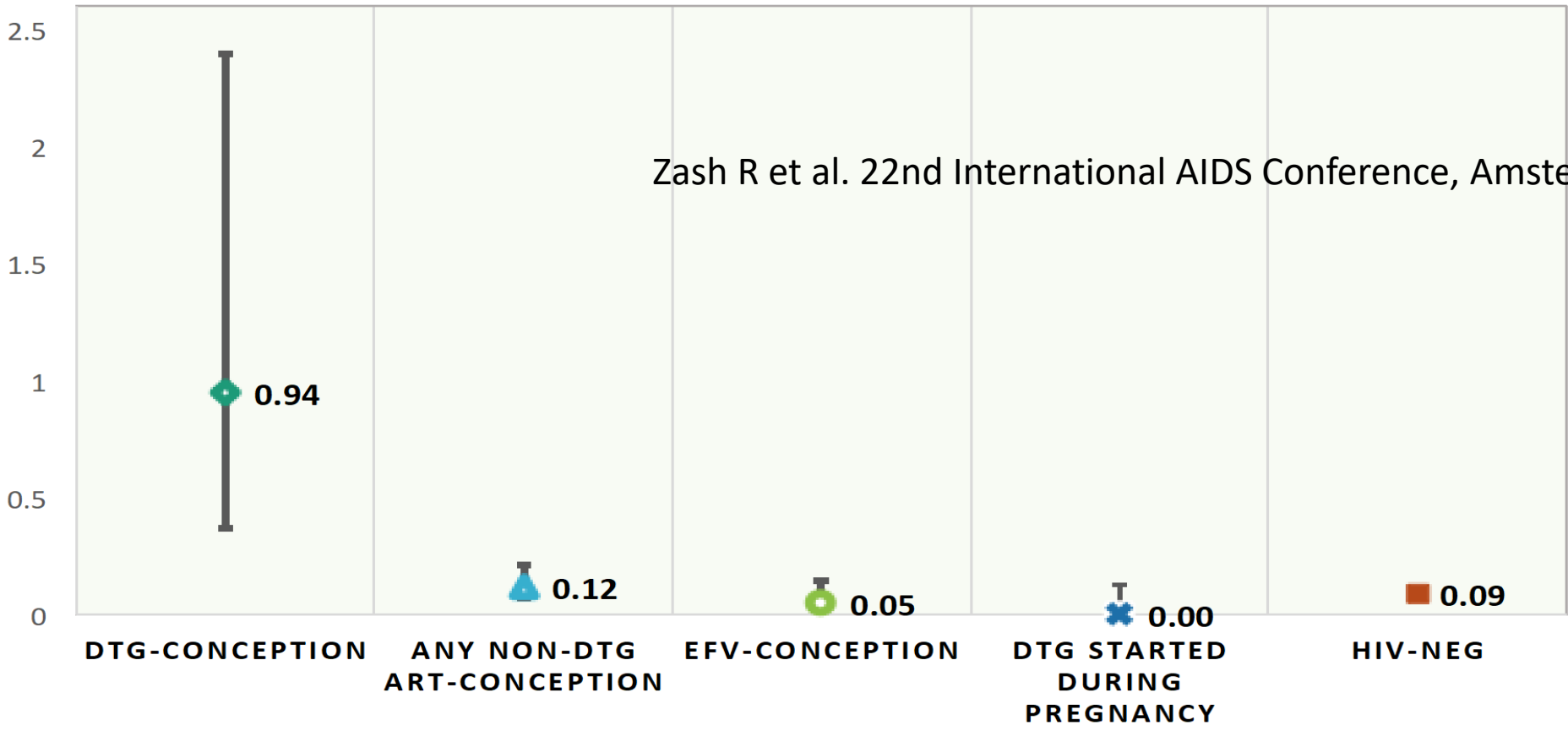


- One major congenital abnormality among 1<sup>st</sup> trimester exposures: skeletal dysplasia with EFV exposure
- Six cases of postaxial polydactyly type B (DTG, n=2; EFV, n=4), not considered major abnormalities
- Prospective data from all consecutive births of ≥24 weeks at eight maternity hospitals in Botswana representing ~45% of births

# Tsepamo Study – IAC 18 maja 2018



PERCENTAGE (95% CI) WITH NEURAL TUBE DEFECT

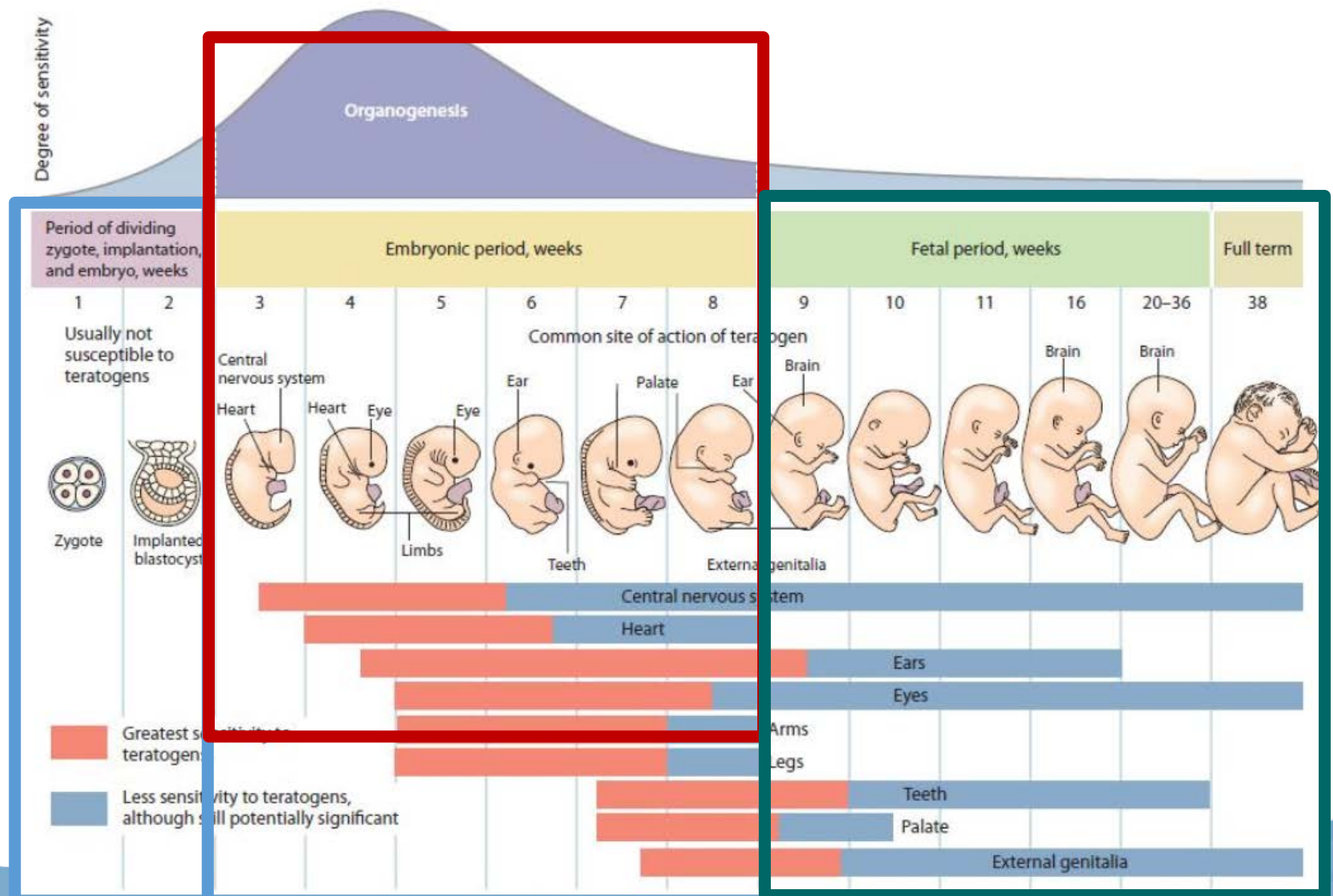


Zash R et al. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam

NTDs/Exposures	4/426	14/11,300	3/5,787	0/2,812	61/66,057
% with NTD (95% CI)	0.94% (0.37%, 2.4%)	0.12% (0.07%, 0.21%)	0.05% (0.02%, 0.15%)	0.00% (0.00%, 0.13%)	0.09% (0.07%, 0.12%)
Prevalence Difference (95% CI)	ref	-0.82% (-0.24%, -2.3%)	-0.89% (-0.31%, -2.3%)	-0.94% (-0.35%, -2.4%)	-0.85% (-0.27%, -2.3%)



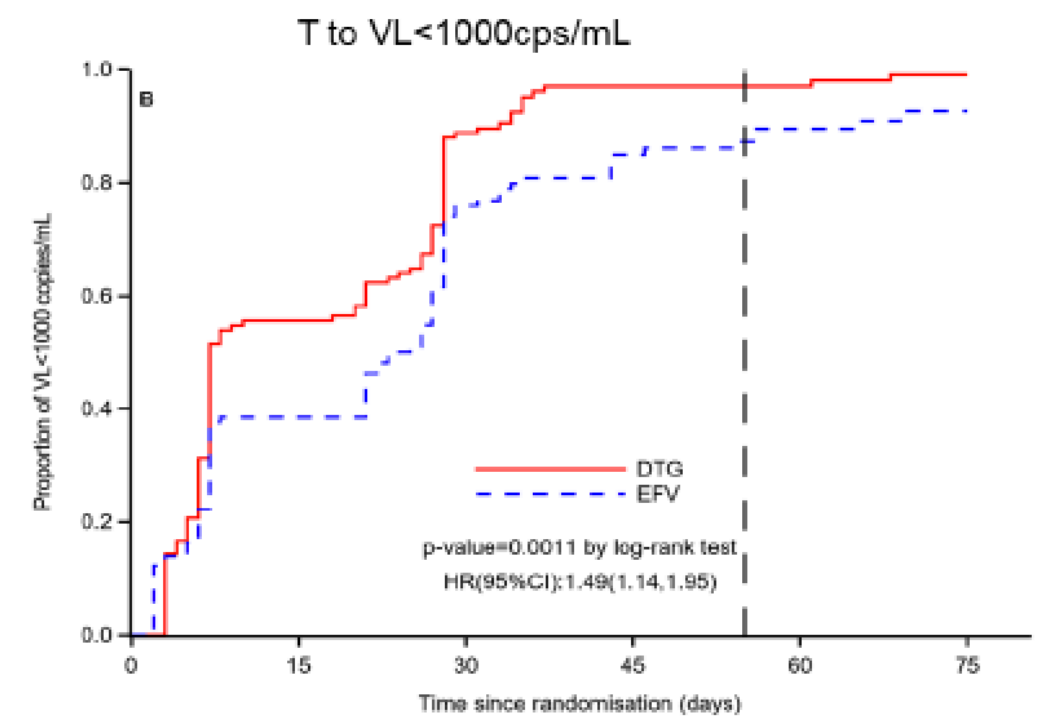
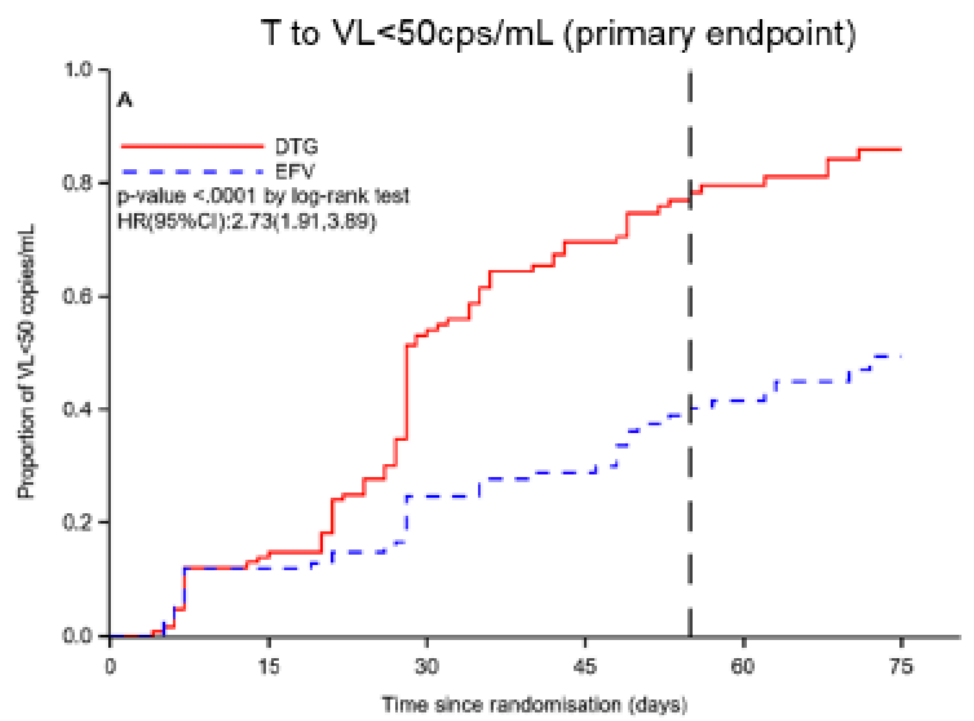
# Ekspozycja na leki ARV a ryzyko wad płodu





# DolPHIN-2 response to ARV in 3rd trimester

## End-point: VL <50 copies (ITT)



### VL <50 copies by ITT

- DTG (90/122) 73.8% vs EFV (49/115) 42.6%
- RR 1.66 (95%CI 1.32 – 2.08; P<0.0001)

### VL <1000 copies by ITT

- DTG (113/122) 92.6% vs EFV (95/115) 82.6%
- RR 1.11 (95%CI 1.00 – 1.23; P=0.05)

**Median (IQR) time on ART at delivery: 55 (33 – 77) days (DTG 52 [30 – 74]; EFV 59 [38 – 82])**



# Czas rozpoczęcia leczenia ARV w ciąży a ryzyko porodu przedwczesnego

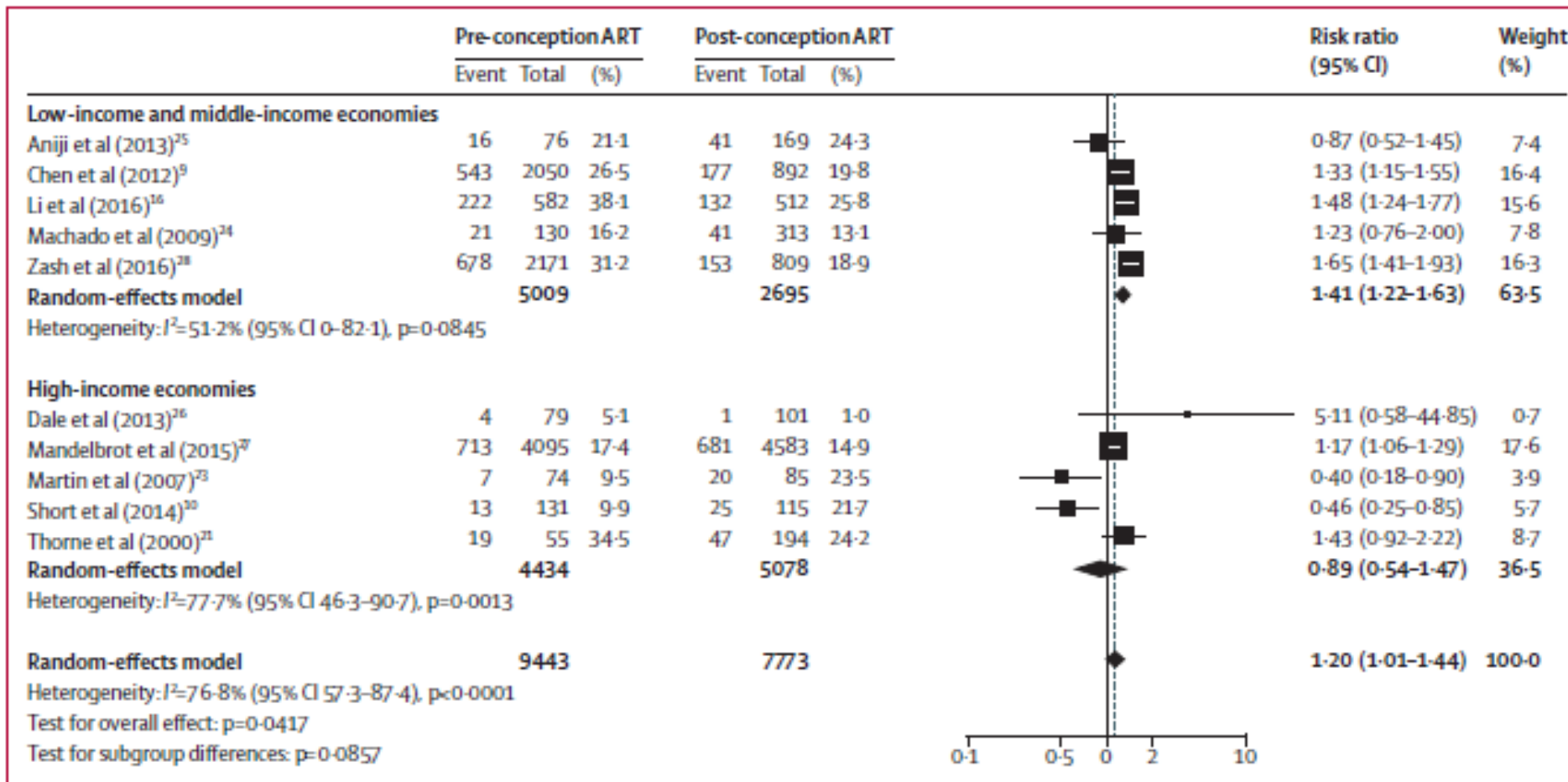


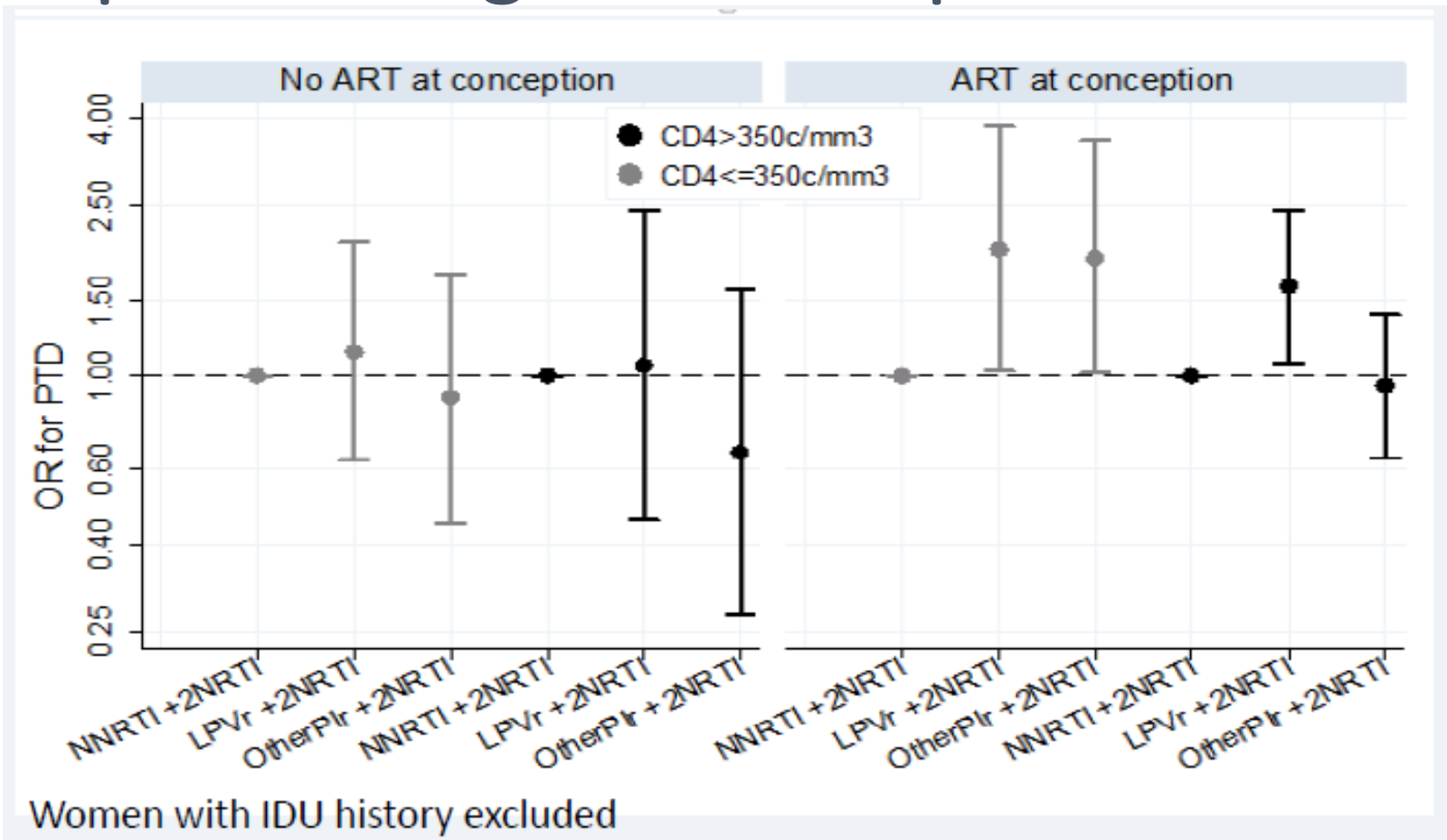
Figure 2: Forest plot of risk of preterm birth before 37 weeks (prematurity) in women with HIV who initiated ART before conception versus women who initiated ART after conception



EACS European AIDS Clinical Society

# Women on lopinavir/ritonavir-based regimens at conception at higher risk of preterm delivery

N=6037

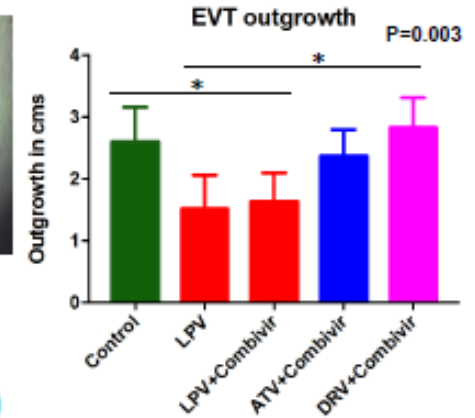


Women with IDU history excluded

# LPV based cART causes dysregulation of decidualization and impairment of spiral artery remodeling

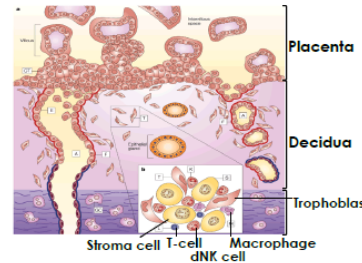


## Result 2- LPV Treatment Inhibits Trophoblast Outgrowth

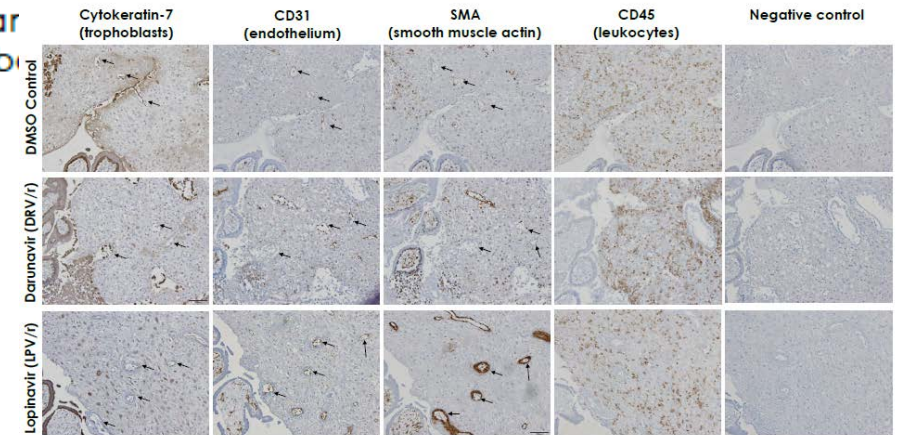


Primary placental explants containing EVT columns were incubated with drugs as indicated, in the presence of decidual conditioned media (DCM) obtained from primary decidual cell culture (also) treated with the same drugs. The explants photographed 48 hours after treatment showed reduced EVT outgrowth upon LPV treatment, both with and without the Combivir backbone. The distance migrated from the villous tips is presented as mean ± SEM. Statistical significance ( $P < 0.05$ ) is indicated by \* for the treatments grouped by a bracket.

## Result 1- LPV Treatment Impairs Spiral Artery Remodelling



**Decidual Spiral Artery Remodelling at the Maternal-Fetal Interface**  
*Nature Reviews Immunology* 2, 656-663 (September 2002)



Immunohistochemical identification of remodelling vessels in serial cross-sections of placental-decidual co-cultures, treated with ritonavir (r)-boosted protease inhibitors or control as indicated. Remodelled arteries and invading trophoblasts are indicated by arrows. LPV treatment results in un-remodelled vessels, as opposed to completely remodelled vessels in control or DRV treatment.



- EVG and COBI exposure are substantially lower during pregnancy compared to postpartum; standard doses may not be adequate for sustained viral suppression.
- EVG readily crosses the placenta and has a half-life in newborns similar to non-pregnant adults; COBI was not detectable in neonates.

Figure 1. Median Elvitegravir Concentrations

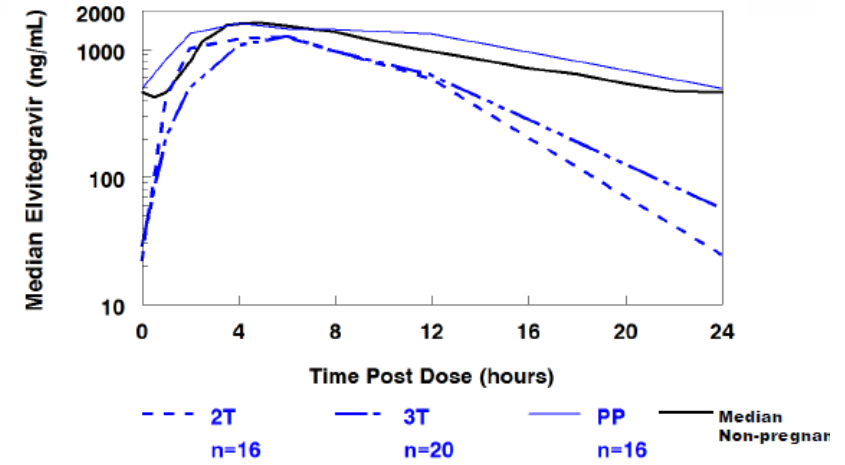
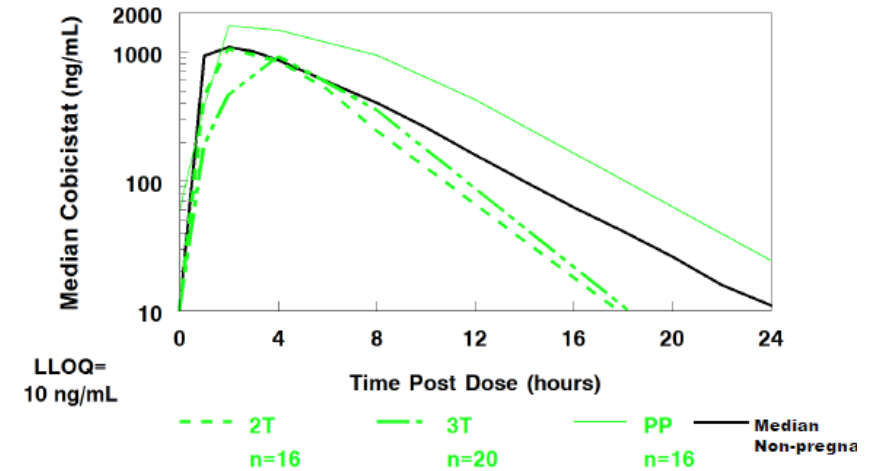
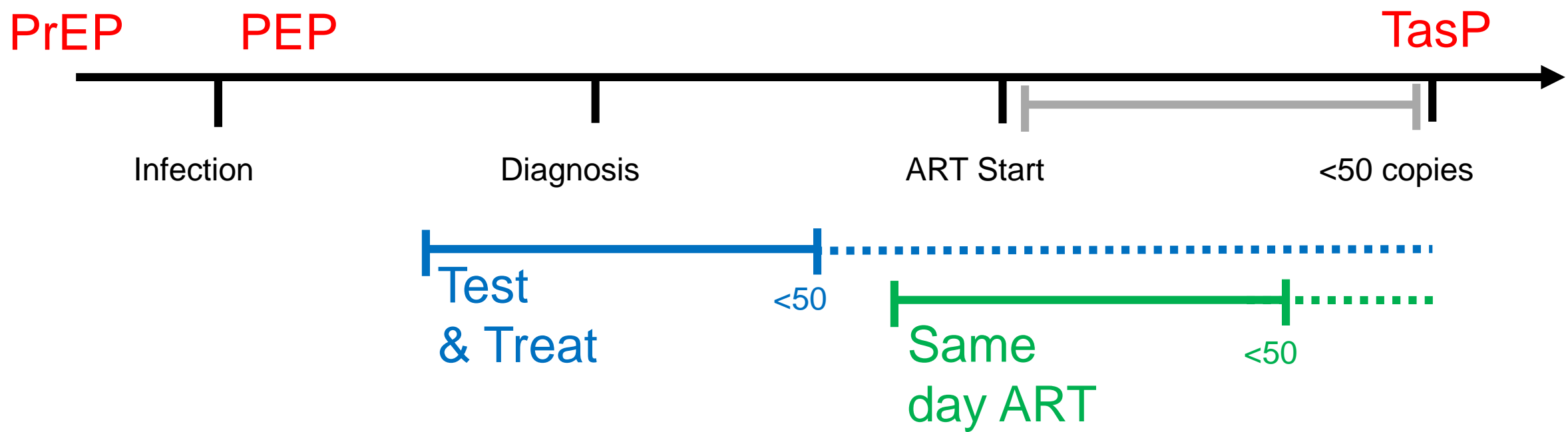


Figure 3. Median Cobicistat Concentrations





# New challenges ahead



PrEP: Pre-Exposure Prophylaxis  
PEP: Post-Exposure Prophylaxis  
TasP: Treatment as Prevention



# The EACS v9.1 guidelines – October 2018 (continued)

## Assessing HIV-positive Persons' Readiness to Start and Maintain ART<sup>(x)</sup>

**Goal: to help persons start and/or maintain ART**

The equipoise when to start ART has changed in light of the START trial [1]. Evidence is accumulating that starting ART on the same day after establishing a diagnosis of HIV infection is feasible and acceptable to HIV-positive persons. Nevertheless, assessment of the readiness to start ART is essential to enable the HIV-positive person to express their preference and not feel pressured to start ART immediately, unless clinically indicated.

Successful ART requires a person's readiness to start and adhere to the regimen over time. The trajectory from problem awareness to maintenance on ART can be divided into five stages. Knowing a person's stage, health care providers use appropriate techniques to assist them to start and maintain ART.

Identify the person's stage of readiness using WEMS<sup>(i)</sup> techniques, and start discussion with an open question/invitation: "I would like to talk about HIV medicines." <wait> "What do you think about them?"  
Based on the person's response, identify his/her stage of readiness and intervene accordingly<sup>(ii)</sup>

Immediate (same day) start of ART should be considered, especially in the following situations:

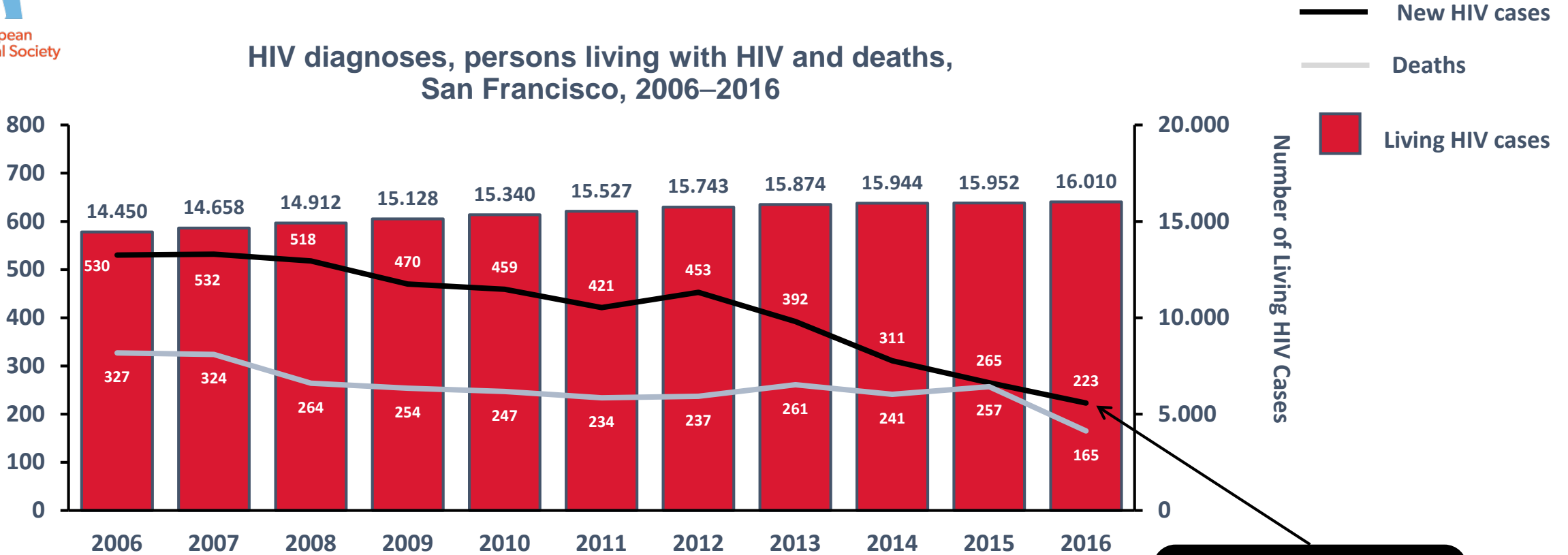
- In the setting of primary HIV infection, especially in case of clinical signs and symptoms of meningoencephalitis (within hours). In this situation, the clinician may start ART immediately after a positive screening HIV test and before obtaining confirmatory HIV test results such as a HIV-VL.
- The wish of an HIV-positive person to start ART immediately.
- In a setting where loss-to-follow-up is more likely if ART is not started the same day.

• ART, antiretroviral therapy; BIC, bictegravir; DTF, dolutegravir; CD4, CD4 T cell; DTG, dolutegravir; EACS, The European AIDS Clinical Society; HIV, human immunodeficiency virus; MTCT, mother-to-child transmission; PI/c, protease inhibitor/cobicistat; PI/r, protease inhibitor/ritonavir; VL, viral load; WEMS, waiting 3 seconds, echoing, mirroring, summarising.  
• EACS guidelines v9.1, 2018. [http://www.eacsociety.org/files/2018\\_guidelines-9.1-english.pdf](http://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf) (accessed March 2019).

# Combined interventions can stop epidemic



HIV diagnoses, persons living with HIV and deaths, San Francisco, 2006–2016



**43% reduction in new HIV diagnoses 2013–2016**

- Routine testing
- SFDPH Treatment as Prevention Policy
- FTC/TDF for PrEP approval
- Rapid ART
- Getting to Zero San Francisco

\* National HIV Behavioral Surveillance (NHBS) and STOP AIDS/SF AIDS Foundation cohorts. † HIV negative AND condomless anal sex OR STI OR HIV+ partner. MSM, men who have sex with men; PrEP, pre-exposure prophylaxis; SF, San Francisco; SFDPH, San Francisco Department of Public Health Privacy Practices. Buchbinder S et al. CROI 2018. #87.

# АРТ при ко-инфекции ТБ/ВИЧ

## Рекомендуемое время начала АРТ при ко-инфекции ТБ/ВИЧ, в зависимости от CD4

Если  $CD4 < 50$  кл/мкл<sup>\*,\*\*</sup>: Как только установлена переносимость противотуберкулезного лечения, и, по мере возможности, в течение 2 недель.

Если  $CD4 \geq 50$  кл/мкл: Можно отложить до 8-12 недели после начала противотуберкулезного лечения, особенно если имеются затруднения, связанные с взаимодействием препаратов, приверженностью или токсическими эффектами.



# АРТ при ко-инфекции ТБ/ВИЧ

**Рекомендуемая АРВ-комбинация первого ряда для пациентов, получающих противотуберкулезное лечение**

TDF/FTC + RAL или TDF/FTC/EFV (см. таблицу для коррекции дозировки с рифамицинами).

## **Альтернативные схемы**

Если комбинации препаратов не рекомендуются или если их следует применять с осторожностью, по причинам, связанным с резистентностью/непереносимостью, то следует проконсультироваться со специалистом по лечению ВИЧ.

- TDF/FTC + ИП/р, с использованием рифабутина вместо рифампицина (См. таблицу для коррекции дозировки рифабутина). Применять с осторожностью.
- TDF/FTC + DTG 2 р/сут\*\*\* с рифампицином.

# PrEP

## Постконтактная профилактика (ПКП)

Постконтактная профилактика (ПКП) рекомендуется в случае:

Риск	Характер контакта	Статус пациента-источника ВИЧ
Кровь	Подкожное или внутримышечное проникновение иглой для внутривенных или внутримышечных инъекций, либо с помощью внутрисосудистого устройства.	ВИЧ-инфицированный, или же человек, текущий серостатус которого неизвестен, но есть факторы риска инфицирования ВИЧ
	Повреждение кожного покрова острым инструментом (ланцетом и т.п.), иглой для внутримышечных или для подкожных инъекций, либо хирургической иглой Контакт > 15 мин с участием слизистых оболочек или поврежденной кожи	ВИЧ-инфицированный
Генитальные выделения	Анальный или вагинальный секс	ВИЧ-инфицированный с положительным результатом на вирусологию или же серостатус неизвестен, но есть факторы риска инфицирования ВИЧ. Если ВИЧ-инфицированный пациент-источник принимает АРТ, необходимо начать ПКП, повторить анализ на ВН ВИЧ и, если она неопределяемая, прием ПКП можно прекратить
	Рецептивный оральный секс с эякуляцией	ВИЧ-инфицированный, с положительным результатом на вирусологию
Потребление инъекционных наркотиков	Обмен шприцами, иглами, материалом для приготовления или любым другим материалом	ВИЧ-инфицированный

- Рекомендуется выполнение экспресс-тестирования пациентов-источников на ВГС и ВИЧ (если ВИЧ-статус неизвестен).
- Если пациент-источник является ВИЧ-инфицированным и получает АРТ, то следует провести тест на резистентность (если ВН определяемая).
- Подобрать индивидуальную схему ПКП, в соответствии с историей болезни пациента-источника и результатами предыдущих тестов на резистентность.
- В случае полового контакта, если ВИЧ-инфицированный пациент-источник имеет документально подтвержденную неопределяемую ВН ВИЧ, применять ПКП больше не рекомендуется.
- Лучше всего начать ПКП в течение менее чем 4 часов после контакта, и обязательно не позднее, чем через 48/72 часа
- Продолжительность ПКП: 4 недели (если нет показаний к его прекращению).
- Схемы ПКП: TDF/FTC (альтернатива: ZDV/3TC) + RAL 2 p/сут, или + DRV/r 1p/сут или + LPV/r 2 p/сут. TDF/FTC + DTG 1p/сут также можно рассматривать в качестве альтернативы.
- Следует избегать использования ТАФ в качестве ПКП по причине недостаточного количества данных по его использованию в клинической практике.

В случае полового контакта провести полный скрининг заболеваний, передающихся половым путем.

В случае полового контакта провести консультацию по экстренной контрацепции.

- Последующее наблюдение:
  - Серологическое обследование на ВИЧ + ВГВ и ВГС, тест на беременность (женщины) в течение 48 часов после контакта;
  - Повторная оценка показаний к ПКП специалистами по ВИЧ-инфекции в течение 48-72 часов;
  - Оценка переносимости схемы ПКП;
  - Анализ на трансаминазы, ПЦР ВГС, серологический анализ на ВГС через месяц, если источник (по данным наблюдения или предположительно) был ВГС-позитивным.



GENDER  
NEUTRAL  
RESTROOM



Thank you