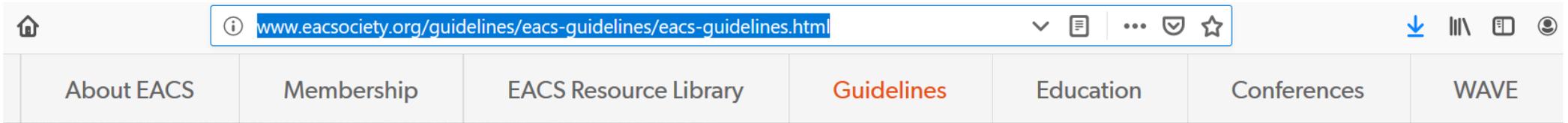




# АРВ-терапия у женщин с точки зрения Рекомендаций EACS

Юстина Д. Ковальска

Варшавская больница инфекционных заболеваний, Варшавский медицинский университет, Польша



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](#)

- Версия 9.0 есть на русском языке
- Версия 9.1 только на английском
- Новая версия 10.0 появится в ноябре 2019 г.



# Основные Рекомендации состоят из 5 частей

- ЧАСТЬ I – Обследование при посещениях
- ЧАСТЬ II – АРТ
- ЧАСТЬ III – Сопутствующие заболевания
- ЧАСТЬ IV – Коинфекции
- ЧАСТЬ V – Оппортунистические инфекции

## 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
Правление	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)
		Гиперлактаемия и лактацидоз: диагностика, профилактика и лечение	(62)
		Поведие	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>Оппортунистические инфекции</b>	<b>88</b>
		Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией	88
		Диагностика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов	97
		<b>Список литературы</b>	
		Список литературы для всех разделов	(100)
		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
		Стратегии 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
		Доинфекционная профилактика (ДИП)	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

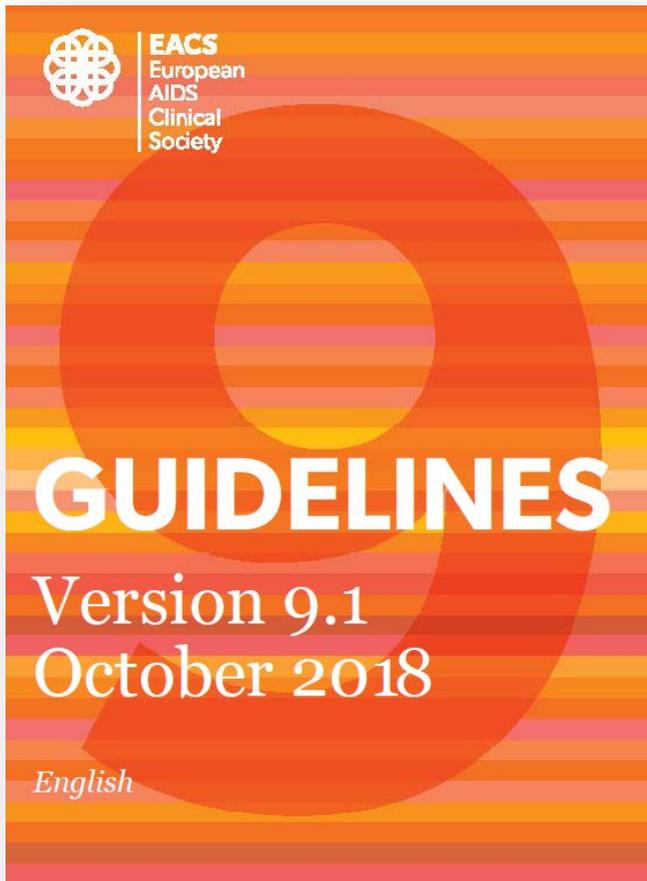
## Когда начинать?

Если АРТ нужно начинать еще до получения результатов генотипирования, рекомендуется включать в схему 1-го ряда препарат с высоким генетическим барьером к резистентности (напр., ИП/р, ИП/к, DTG или BIC).

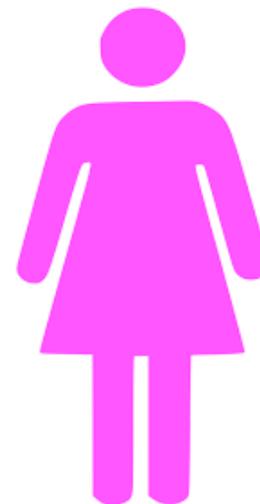
Версия 9.1

**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.



- Из имеющихся начальных схем АРТ мы рекомендуем:
- Применение INSTI в качестве предпочтительного третьего препарата
- Подбор схемы АРТ для каждого индивидуального случая





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

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

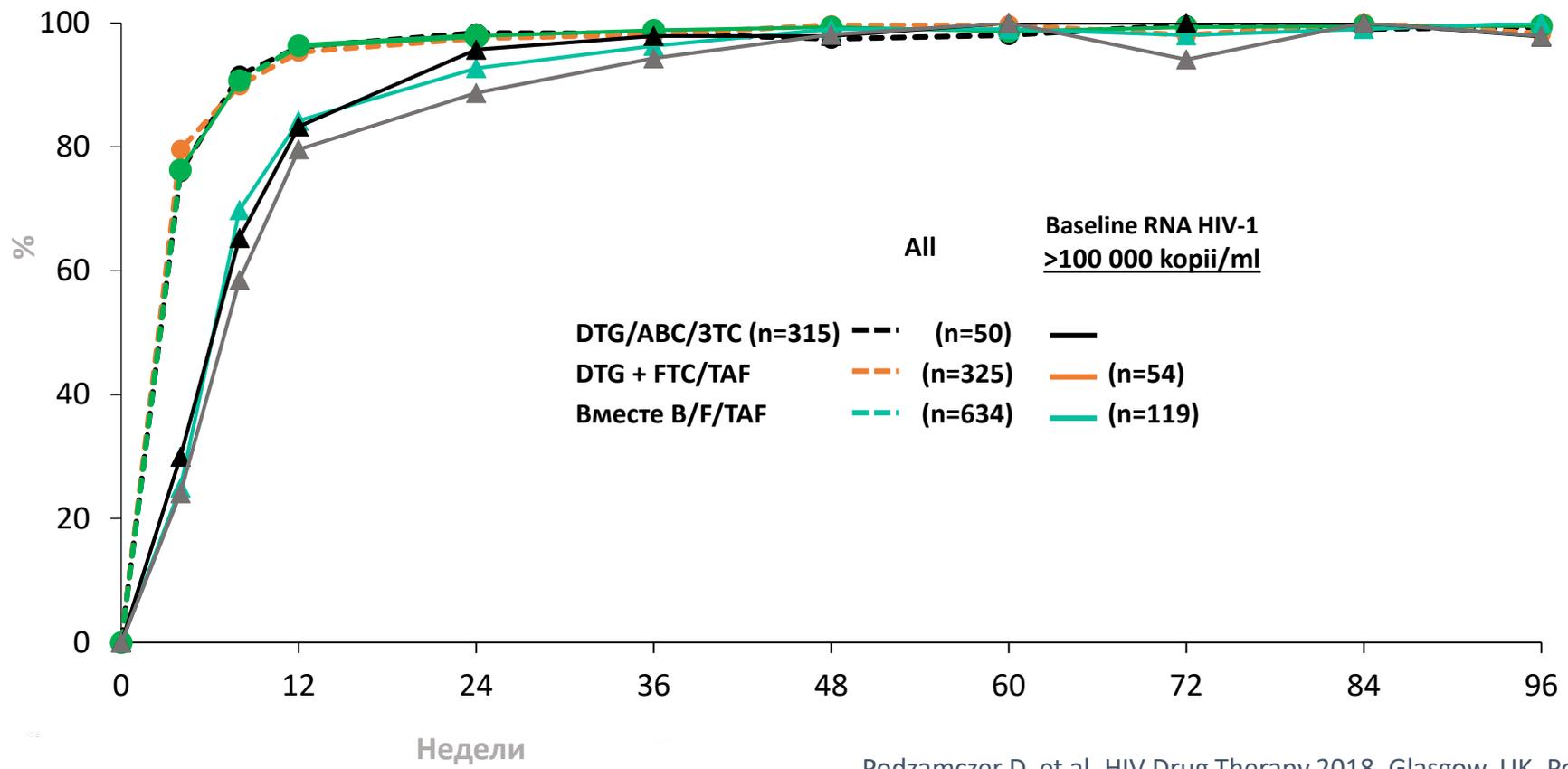
2 NRTIs + INSTI
ABC/3TC/DTG <sup>(i, ii, x)</sup>
TAF/FTC <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC <sup>(iii)</sup> + DTG <sup>(x)</sup>
TAF/FTC/BIC <sup>(xi)</sup>
TAF/FTC <sup>(iii)</sup> or TDF/FTC <sup>(iii)</sup> + RAL <sup>(iv)</sup>

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>



# Ингибиторы интегразы характеризуются быстрым снижением ВН ВИЧ

РНК ВИЧ-1 <50 копий/мл через 96 недель (нет данных = исключены)



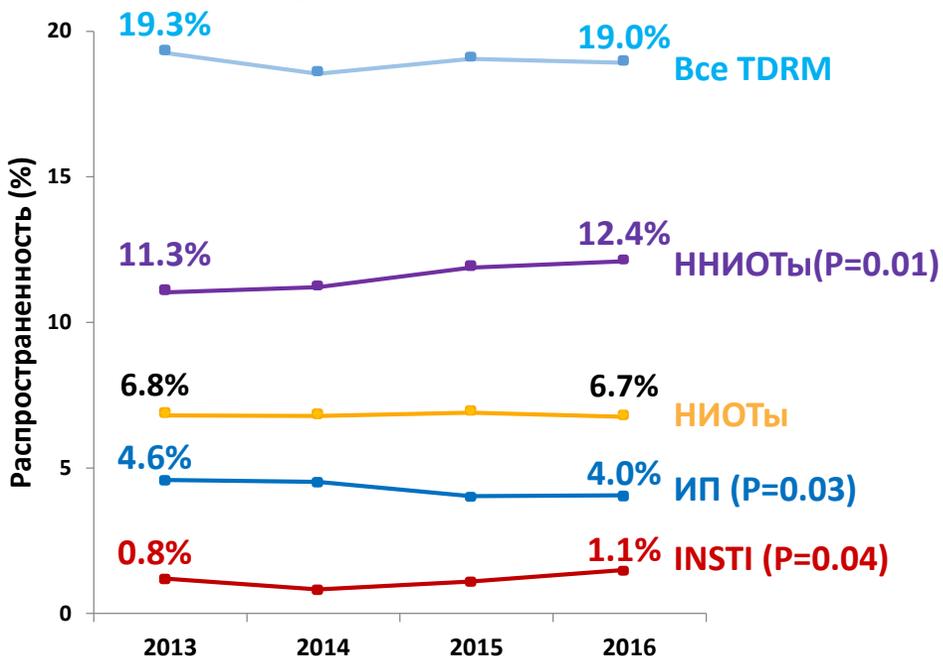


# Резистентность к интегразе и другим ВИЧ-препаратам

## Оценка распространенности исходного тестирования резистентности и мутаций TDRM у 36288 ЛЖВ (2013-2016)

- Исходное тестирование резистентности к INSTI повысилось с 3,7% до 23,0% ( $p < 0,001$ )

### Распространенность TDRM по классам



### Самые часто встречающиеся TDRMs\*

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

\* Распространенность по убыванию

Распространенность TDRM независимо от класса АРВ была стабильной.

Мутации TDRM к INSTI встречались нечасто (1,1%), из всех классов препаратов – реже всего.



# 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)

**LPV/r**  
Не рекомендуется

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>	



# 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

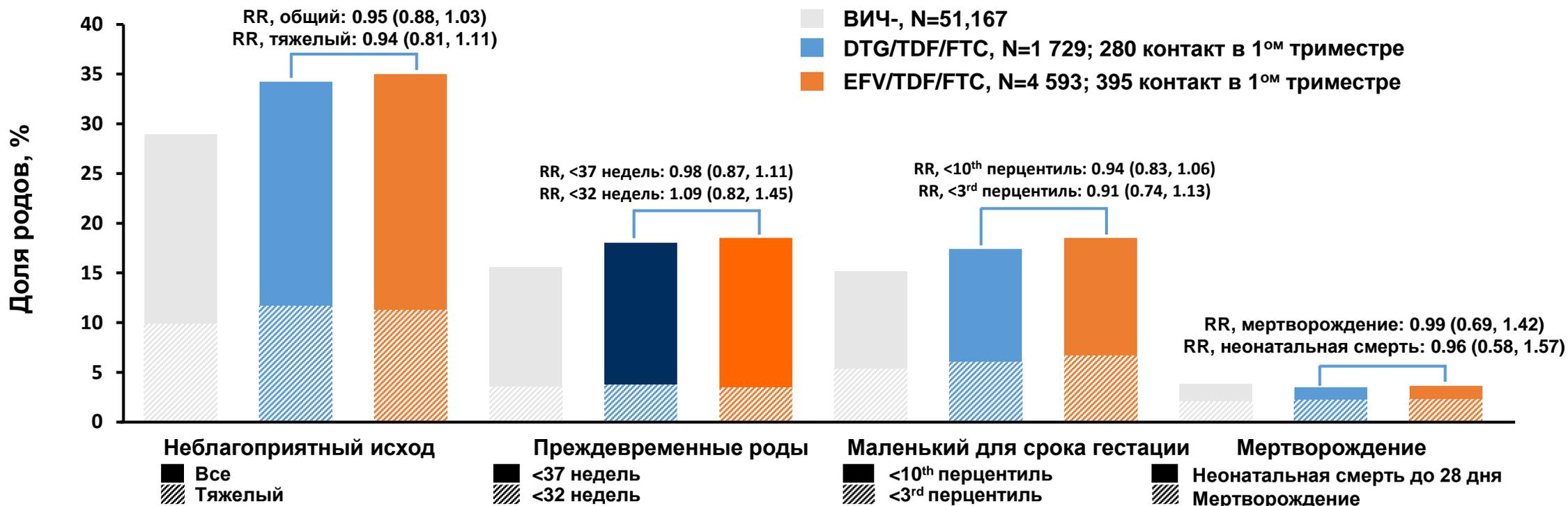
- ddi, d4T – токсичность
- TAF – мало данных о безопасности во время беременности
- DTG нельзя использовать в первые 8 недель беременности
- Препараты, бустерированные кобицистатом, не применять во 2 и 3 триместрах (низкие уровни препаратов)

# Исследование эпиднадзора за DTG и EFV в Ботсване

Начата АРТ с EFV и роды с 15 августа 2014 г. по 15 августа 2016 г.  
 Начата АРТ с DTG и роды с 1 ноября 2016 г. по 30 сентября 2017 г.

x

**Риск неблагоприятного исхода беременности был схожим у ВИЧ+ женщин, начинающих АРТ во время беременности со схемы DTG/TDF/FTC в сравнении с EFV/TDF/FTC**

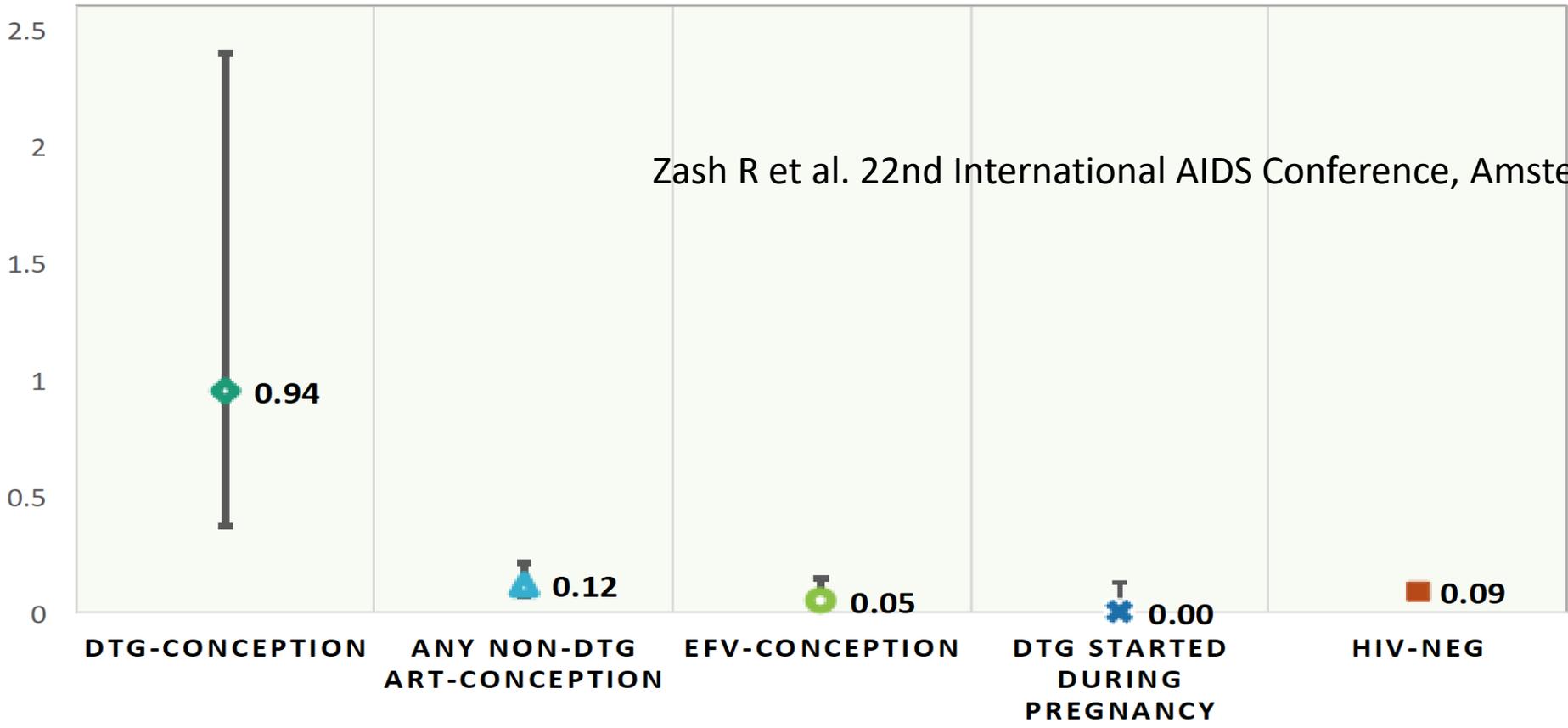


- Один случай тяжелой врожденной аномалии среди контактов в 1<sup>ом</sup> триместре: дисплазия скелета при контакте с EFV
- Шесть случаев постаксиальной полидактилии типа B (DTG, n=2; EFV, n=4), не считается серьезной аномалией
- Проспективные данные по всем родам ≥24 нед. в восьми роддомах в Ботсване, что соответствует ~45% родов

# Исследование Тсерато – IAC 18 мая 2018 г.



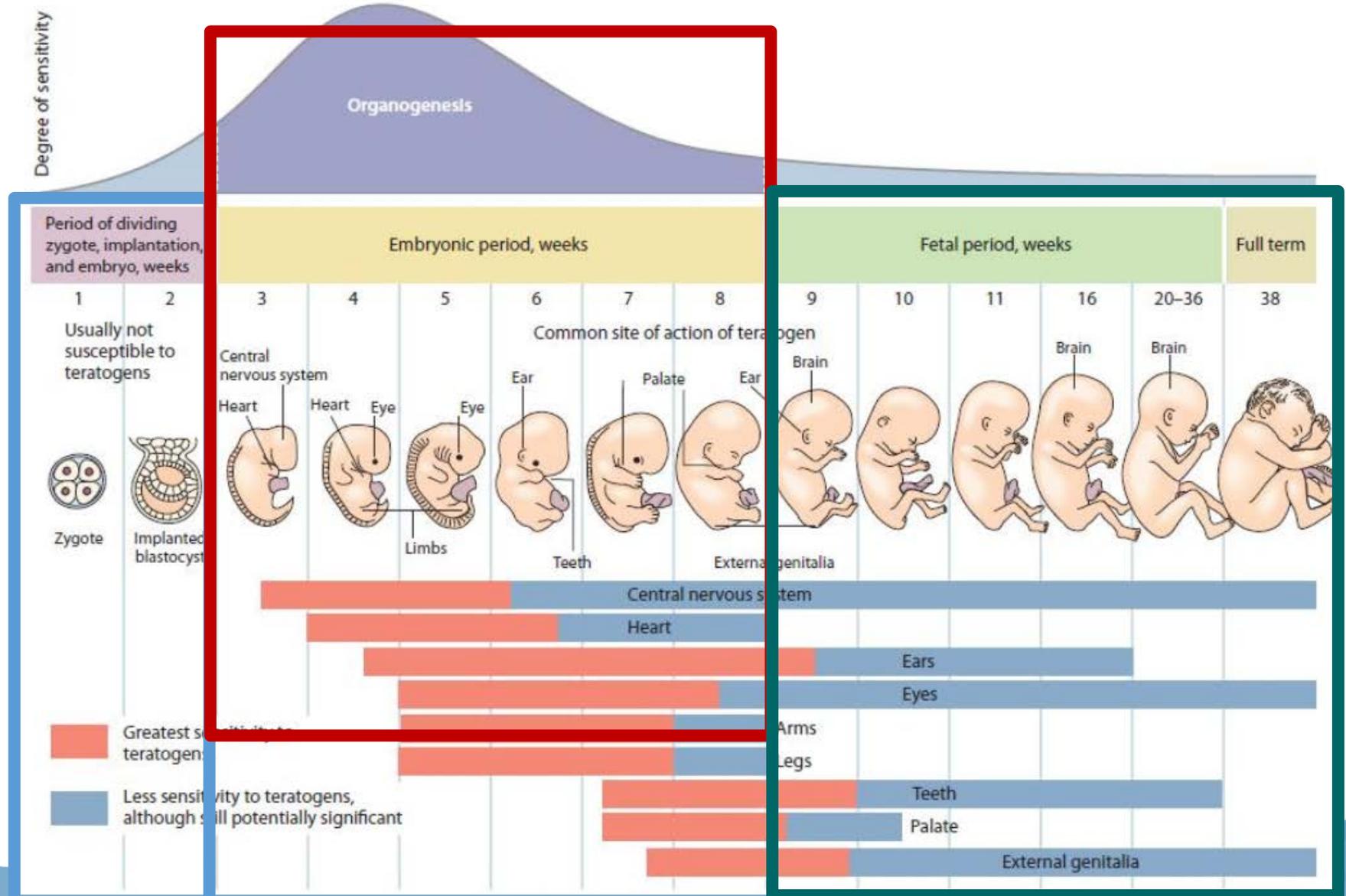
PERCENTAGE (95% CI) WITH NEURAL TUBE DEFECT



ДНТ/случаи контакта	4/426	14/11,300	3/5,787	0/2.812	61/66,057
% с ДНТ (95% ДИ)	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%)
Разница распространности (95% ДИ)	реф.	-0.82% (-0.24%, -2.3%)	-0.89% (-0.31%, -2.3%)	-0.94% (-0.35%, -2.4%)	-0.85% (-0.27%, -2.3%)



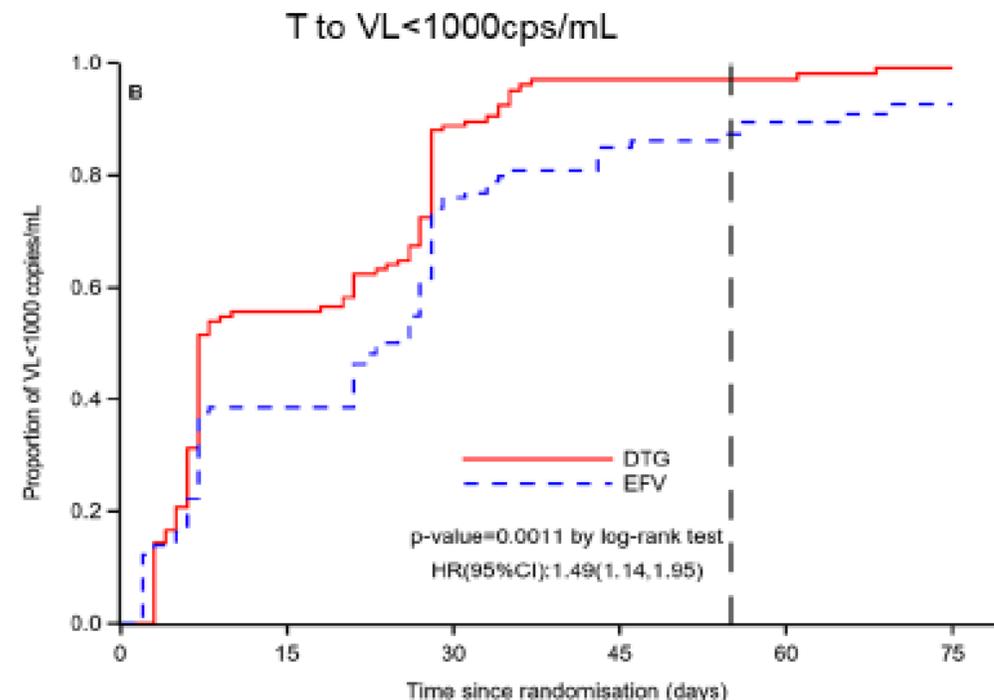
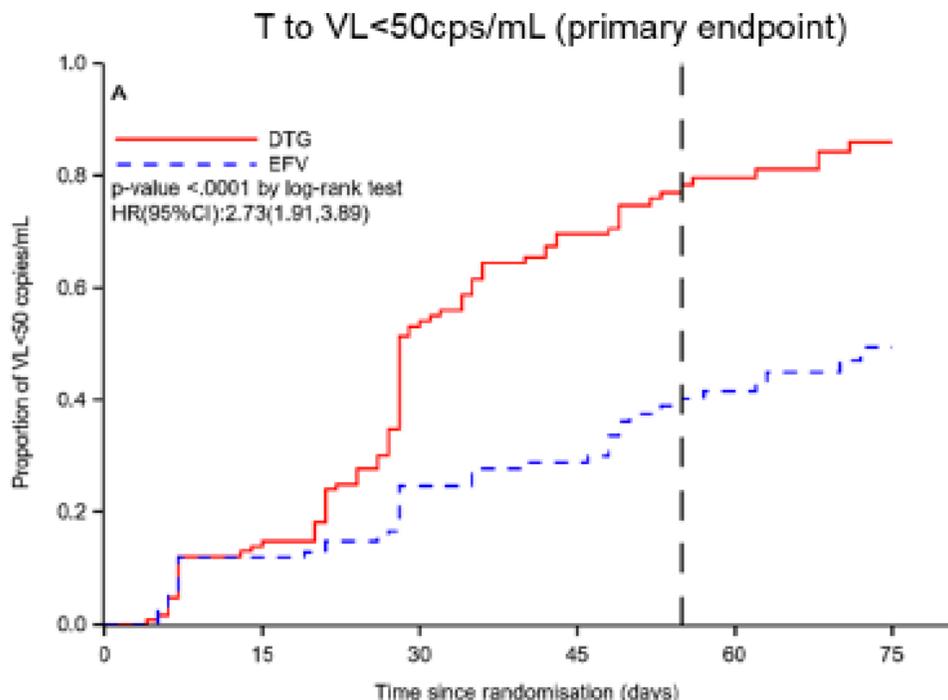
# Контакт с АРВ-препаратами и риск пороков развития плода





# DoIPHIN-2: ответ на АРВ в 3-м триместре

## Конечная точка: ВН <50 копий (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])**

# Время начала АРТ и риск преждевременных родов

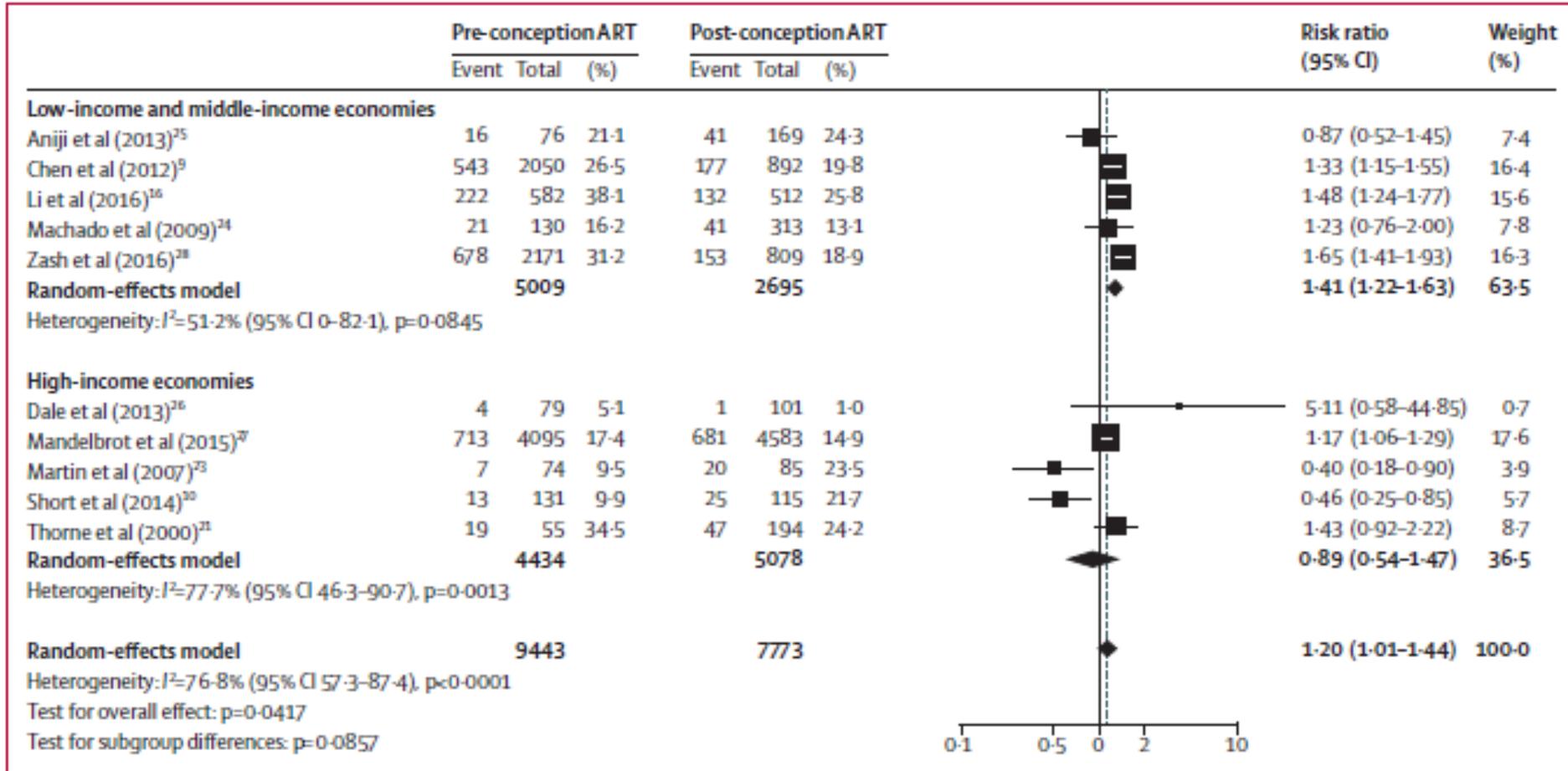


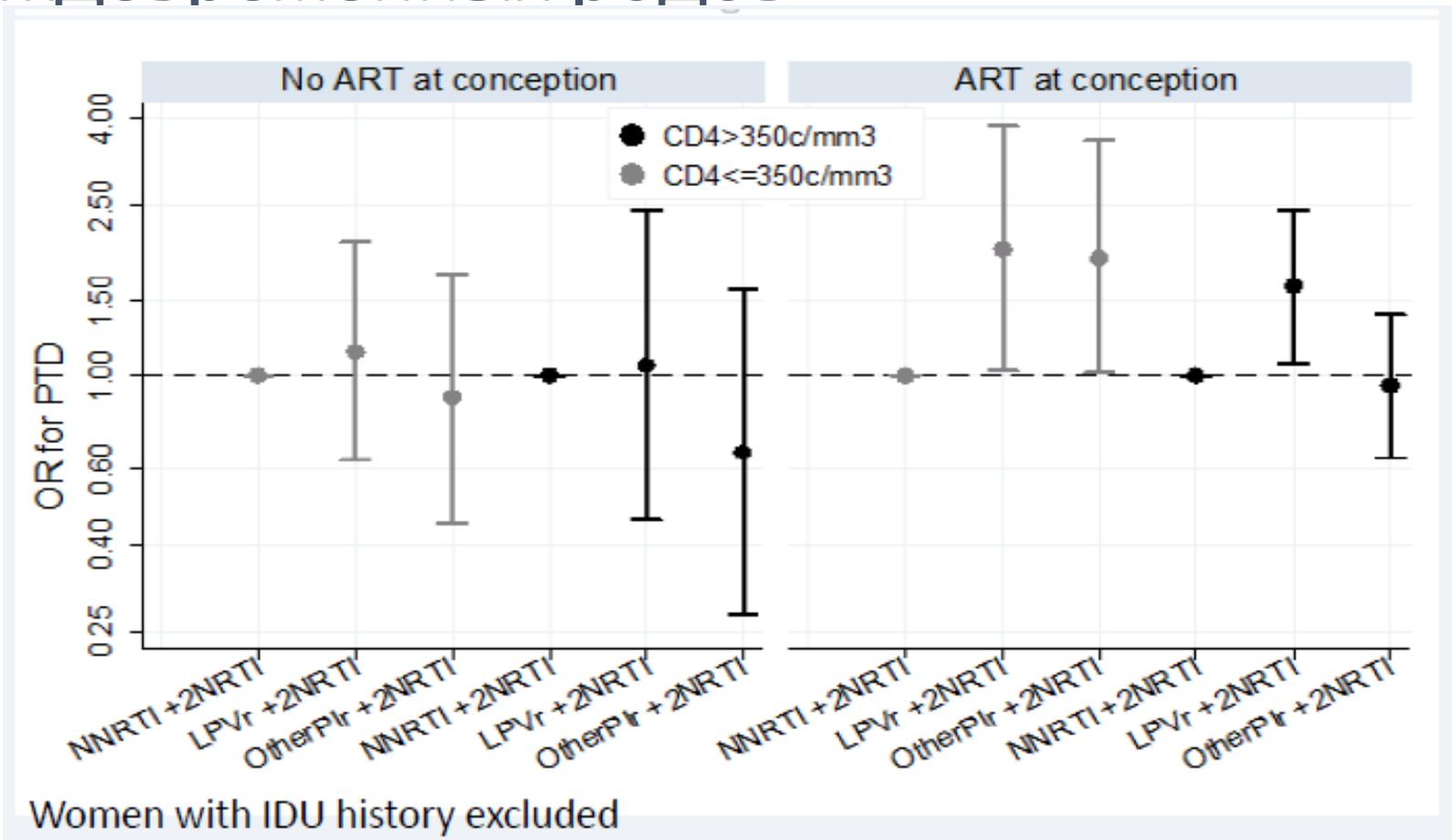
Figure 2: Forest plot of risk of preterm birth before 37 weeks (prematurity) in women with HIV who initiated ART before conception versus women who initiated ART after conception



EACS European AIDS Clinical Society

# Женщины на схемах с лопинавиром/ ритонавиром на момент зачатия имеют повышенный риск преждевременных родов

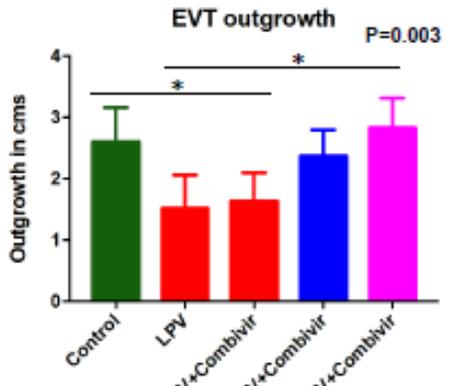
N=6037



Women with IDU history excluded

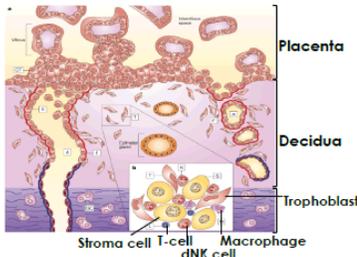
# кАРТ с LPV приводит к дисрегуляции децидуализации и нарушению ремоделирования спиральных артерий

## Result 2- LPV Treatment Inhibits Trophoblast Outgrowth

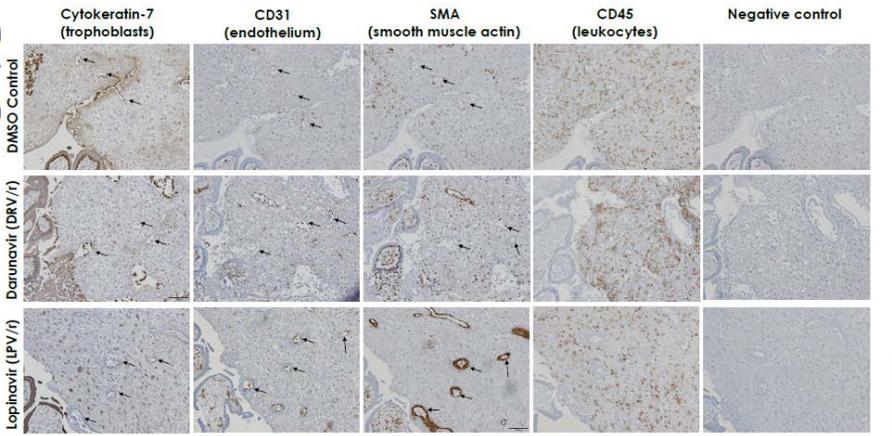


Primary placental explants containing EVT columns were incubated with drugs as indicated, in the presence of decidual conditioned media (DCM) obtained from primary decidual explants treated with the same drugs. The explants photographed 48 hours after treatment showed reduced outgrowth upon LPV treatment,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

## 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.



- Контакт с EVG и COBI во время беременности намного меньше, чем в послеродовой период; стандартные дозы могут быть недостаточными для устойчивой вирусной супрессии.
- EVG хорошо проходит через плаценту, и у новорожденных период его полувыведения такой же как и у небеременных взрослых; COBI у новорожденных не обнаруживали.

Figure 1. Median Elvitegravir Concentrations

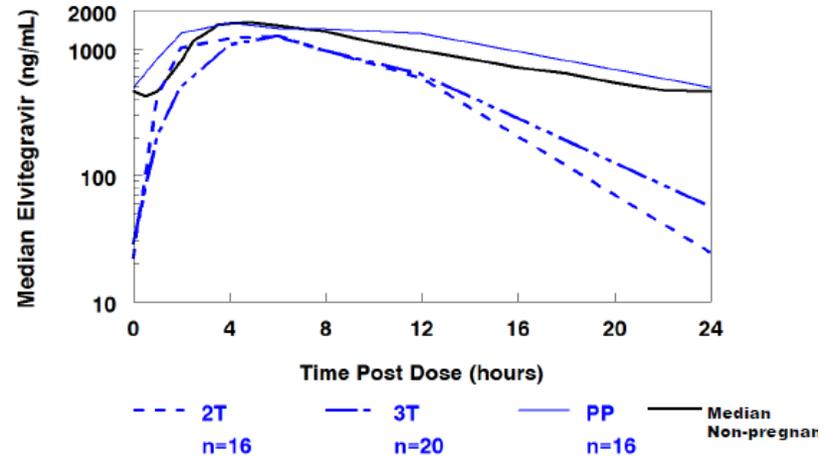
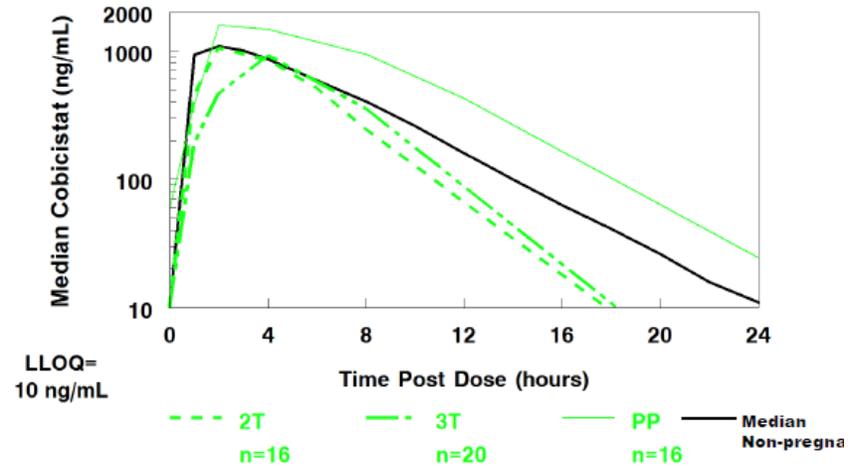
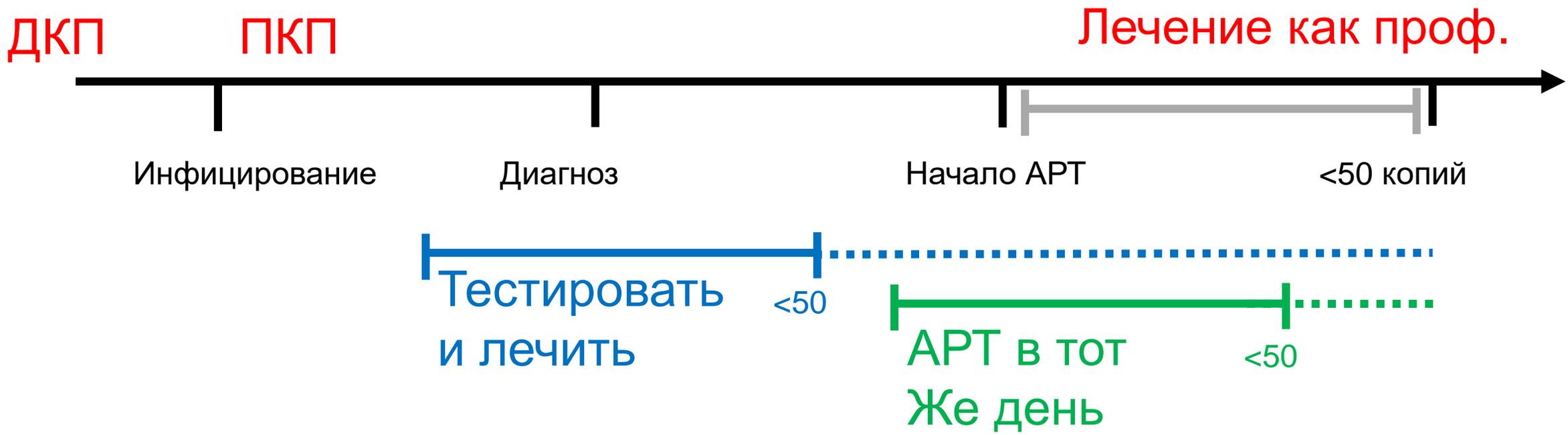


Figure 3. Median Cobicistat Concentrations





# Возникают новые трудности



ДКП – доконтактная профилактика  
ПКП – постконтактная профилактика



# Рекомендации EACS v9.1 – октябрь 2018 г. (прод.)

## 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.



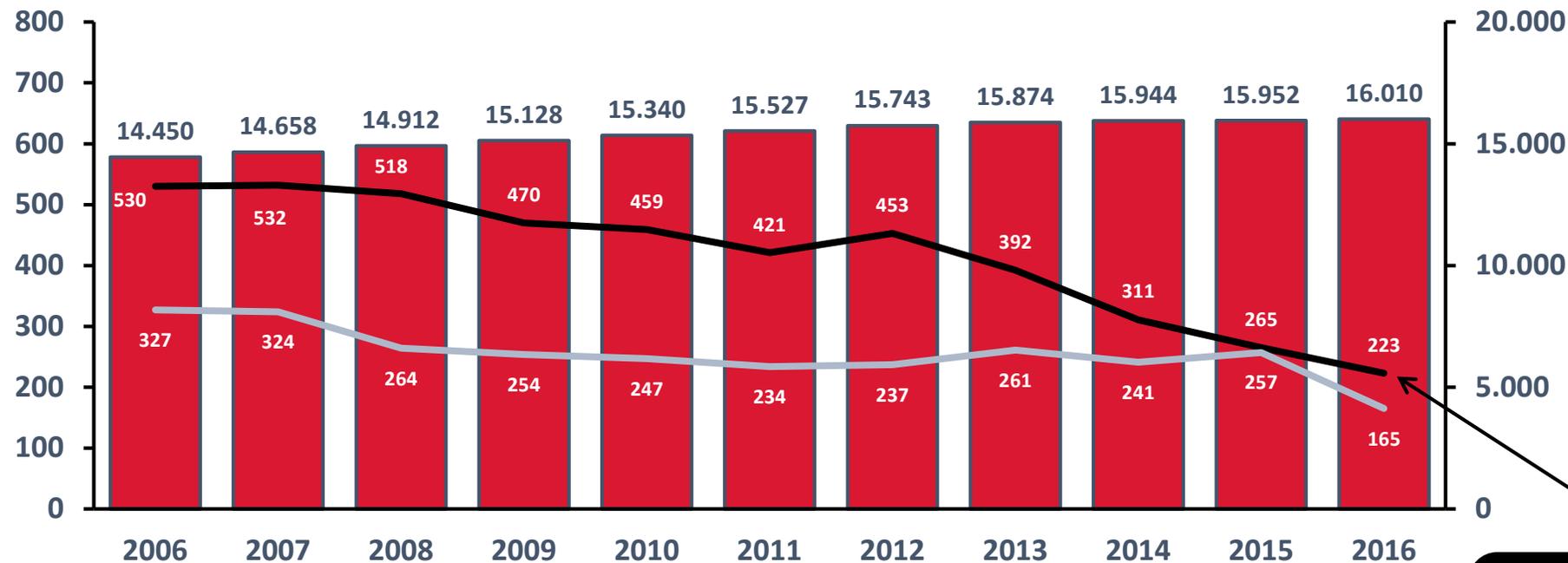
Достигнем нуля в Сан-Франциско

# Сочетанные мероприятия могут остановить эпидемию

EACS European AIDS Clinical Society

### Новые случаи ВИЧ, люди, живущие с ВИЧ, и кол-во смертей, г. Сан-Франциско, 2006–2016

Кол-во новых диагнозов/ смертей от ВИЧ



— Новые случаи ВИЧ  
 — Смерти  
 ■ Живущие с ВИЧ

Кол-во людей, живущих с ВИЧ

Рутинное тестирование

SFDPH Политика «Лечение как профилактика»

Разрешение на FTC/TDF как ДКП

Немедленная АРТ

Достигнем нуля в Сан-Франциско

На 43% снижение новых случаев ВИЧ в 2013–2016 гг.

\* 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.

# ДКП

## 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.



Спасибо!