



Планирование семьи у ВИЧ-инфицированных женщин

**Самарина Анна Валентиновна, д.м.н., заведующая
отделением материнства и детства СПб Центра
СПИД, доцент кафедры социально-значимых
инфекций ПСПбГМУ им.акд.И.П.Павлова**

Хабаровск, 15 июня 2016 года

Эволюция потребностей женщин

ребенок

подросток

детородный
возраст

менопауза

Основные направления оказания гинекологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам в

**Предоставление консультирования
по ПС и обеспечение средствами
контрацепции**

**Гинекологическое обследование и
лечение гинекологических
заболеваний и ИППП**

**Профилактика и ранняя диагностика
онкологических заболеваний женской
половой сферы**

**Снижение риска
распространения ВИЧ половым
путем**

Помощь в период менопаузы

Планирование семьи

- Предупреждение нежеланной беременности
- Помощь парам, заинтересованным в наступлении беременности

Актуальность проблемы

- В 2014 году 36,9 млн. людей, живущих с ВИЧ
- Из них – около 50% составляют женщины
- Большинство ВИЧ-инфицированных женщин нуждаются в эффективной контрацепции

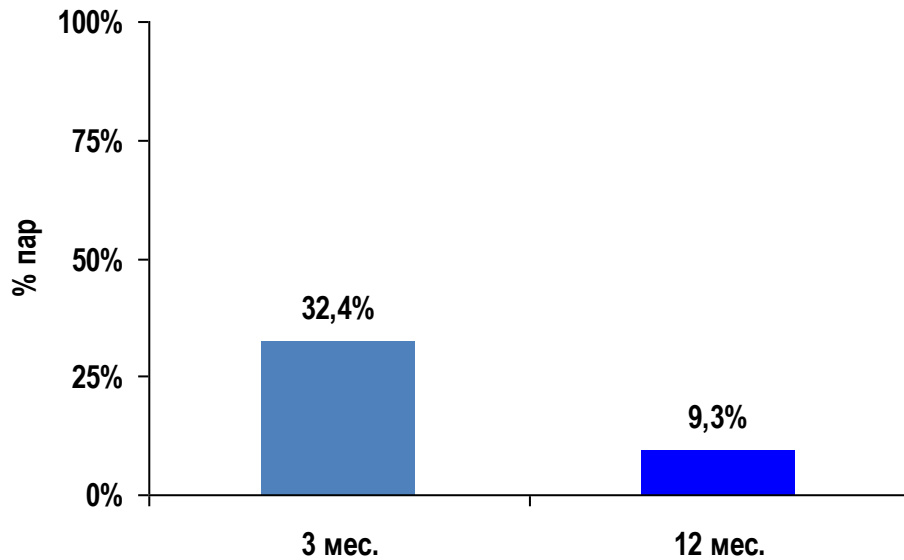
Шесть тысяч беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин были нежеланными

- За годы наблюдения в РФ ВИЧ-инфицированными матерями рождено 112 351 детей
- В 2013 г. в РФ
 - 20 394 беременностей
 - **14 395** родов

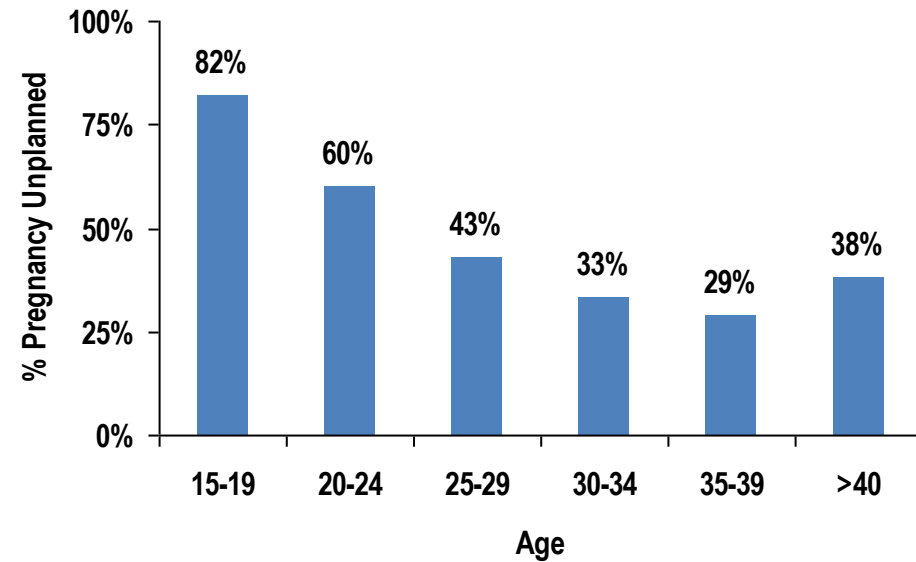


Отказ от использования высокоэффективных методов планирования семьи и низкая приверженность средствам контрацепции определяют раннее начало АРВ терапии в США

Частота использования двойного метода контрацепции в течение 12 мес. после консультирования¹



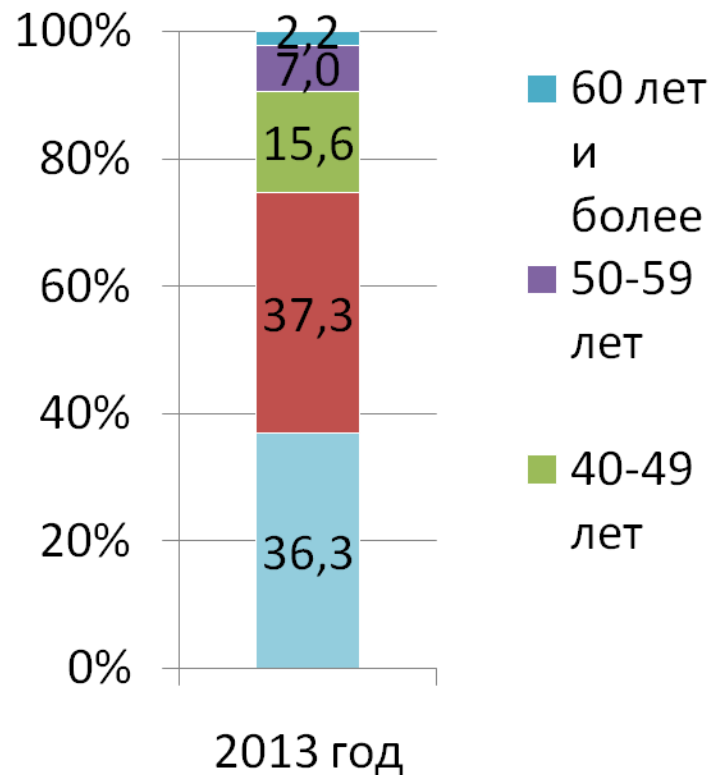
Распределение частоты незапланированной беременности в зависимости от возраста женщин²



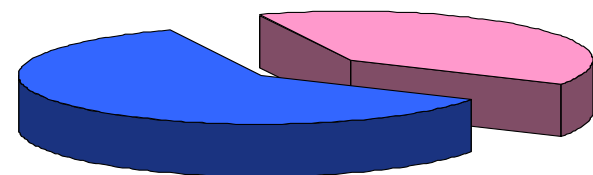
1. Peipert, et al. Adherence to dual-method contraception use. *Contraception*. 2011;84(3):252-258. 2. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(2):90-96.

Важность интеграции планирования семьи в систему оказания помощи ВИЧ-инфицированным женщинам

- 8 из 10 женщин находятся в репродуктивном возрасте
- Только каждая вторая женщина с ВИЧ репродуктивного возраста заинтересована в беременности
- Отмечается рост полового пути передачи ВИЧ
- Около 50% ВИЧ-инфицированных женщин проживают в серодискордантных парах
- В структуре материнской смертности 31 % составили ВИЧ –инфицированные женщины (в 2013 г. -38%)
- 99% отказов от детей в родильных домах – дети, рожденные в результате нежеланной беременности



1266 женщин - 39,4%



2014 г.

Применение эффективной контрацепции – возможность снижения частоты перинатальной передачи ВИЧ на 90%

Факторы	Абс. число женщин	%
Клинико-anamнестические:		
беременность была нежеланной	51	89,5
отсутствие наблюдения в Центре СПИД	48	84,2
отсутствие наблюдения в ЖК	43	75,4
активное потребление инъекционных наркотических средств	46	80,7
хронический вирусный гепатит С	41	71,9
алкоголизм	22	38,6
Акушерские и эпидемиологические:		
отсутствие ХП во время беременности	48	84,2
ХП во время беременности с низкой приверженностью	5	8,8
отсутствие ХП в родах	30	52,6

Дизайн исследования и центры

- Перекрестное, многоцентровое, эпидемиологическое, неинтервенционное исследование с июня 2013 по февраль 2014
- 1131 ВИЧ-инфицированная женщина, возраст ≥ 18 лет



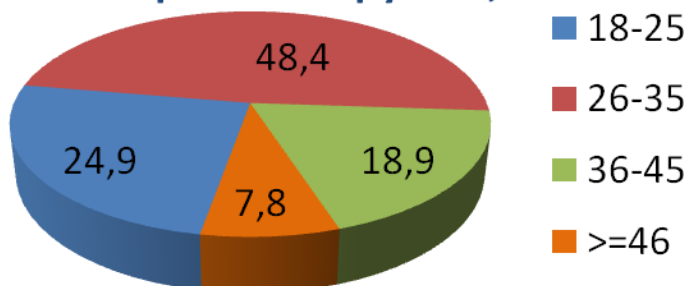
Демографические и клинические характеристики
ВИЧ-инфицированных женщин
в Российской Федерации
(многоцентровое исследование, Abbvie, 2014)

Демографический профиль (n=1131)

Средний возраст - 32.2 ± 8.8 лет

Демографические и клинические характеристики
ВИЧ-инфицированных женщин
в Российской Федерации
(многоцентровое исследование, Abbvie, 2014)

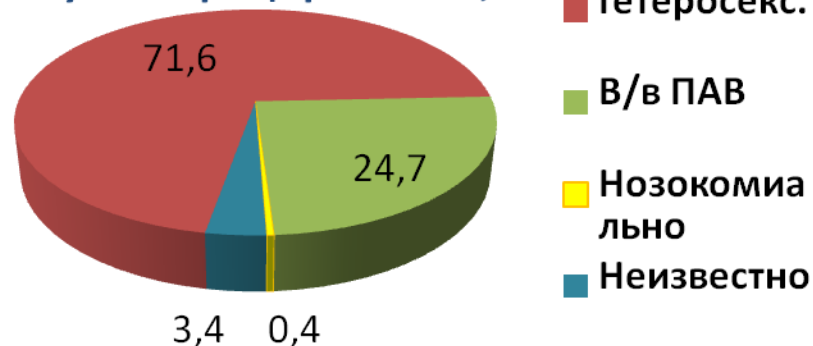
Возрастные группы, %



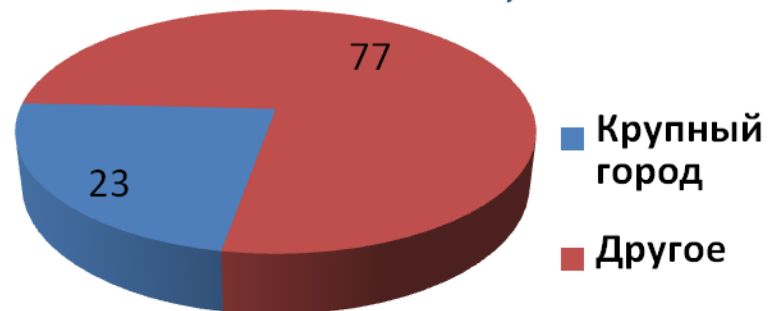
Образование, %



Путь инфицирования, %



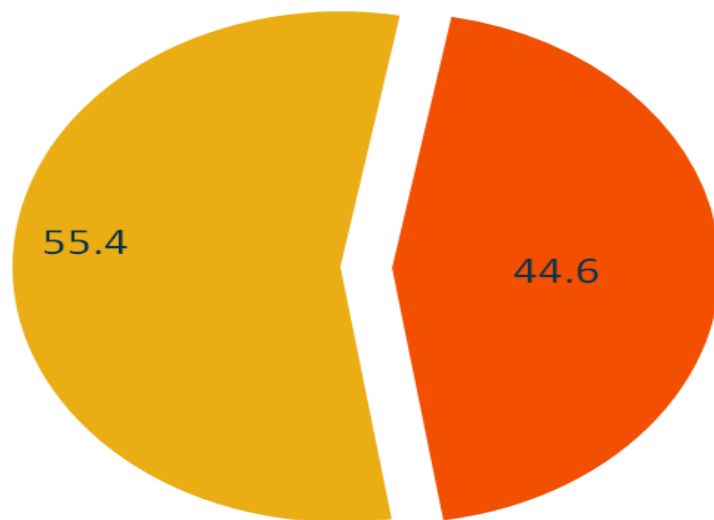
Место жительства, %



Более, чем у 50% ВИЧ-инфицированных женщин был незащищенный половой контакт за последние 3 месяца (n=1131)

Незащищенный половой контакт за последние 3 месяца (%)

■ Незащищенный ■ Защищенный



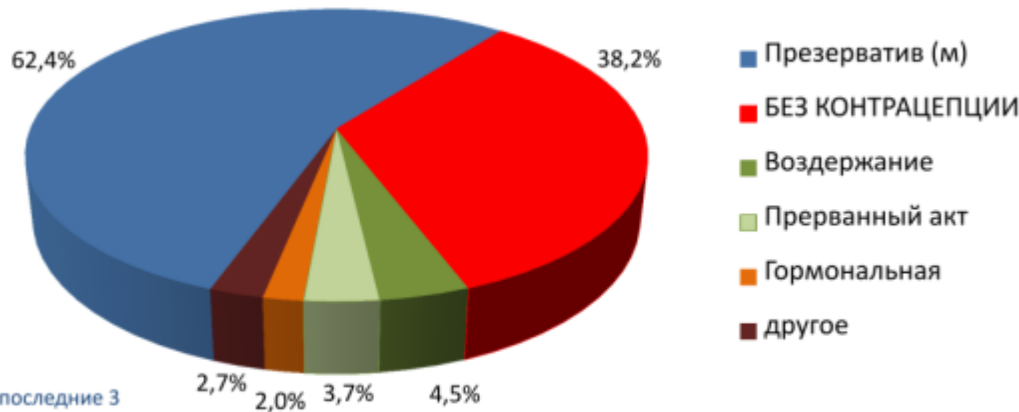
Демографические и клинические характеристики
ВИЧ-инфицированных женщин
в Российской Федерации
(многоцентровое исследование, Abbvie, 2014)

Используемые методы контрацепции и индивидуальной защиты (n=1131)

Демографические и клинические характеристики ВИЧ-инфицированных женщин в рутинной Клинической практике в Российской Федерации

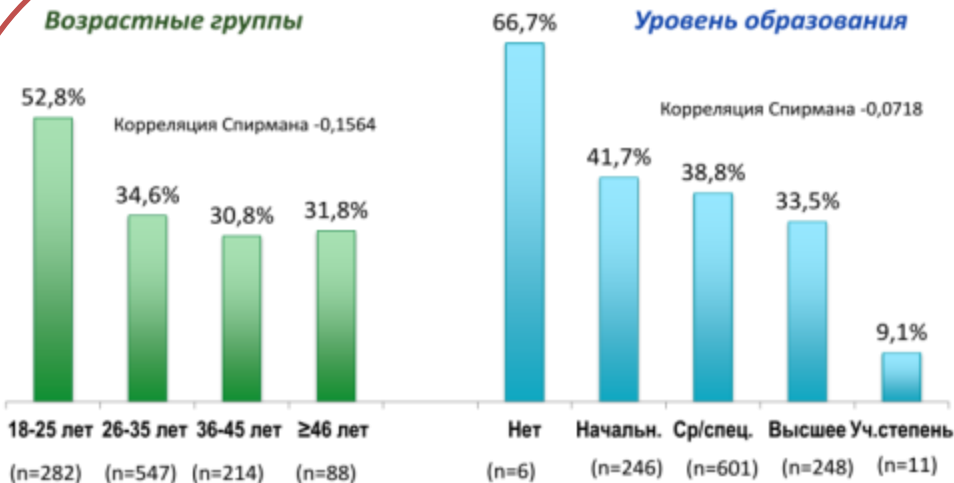
(многоцентровое исследование, Abbvie)

Предпочитаемые методы контрацепции ^a



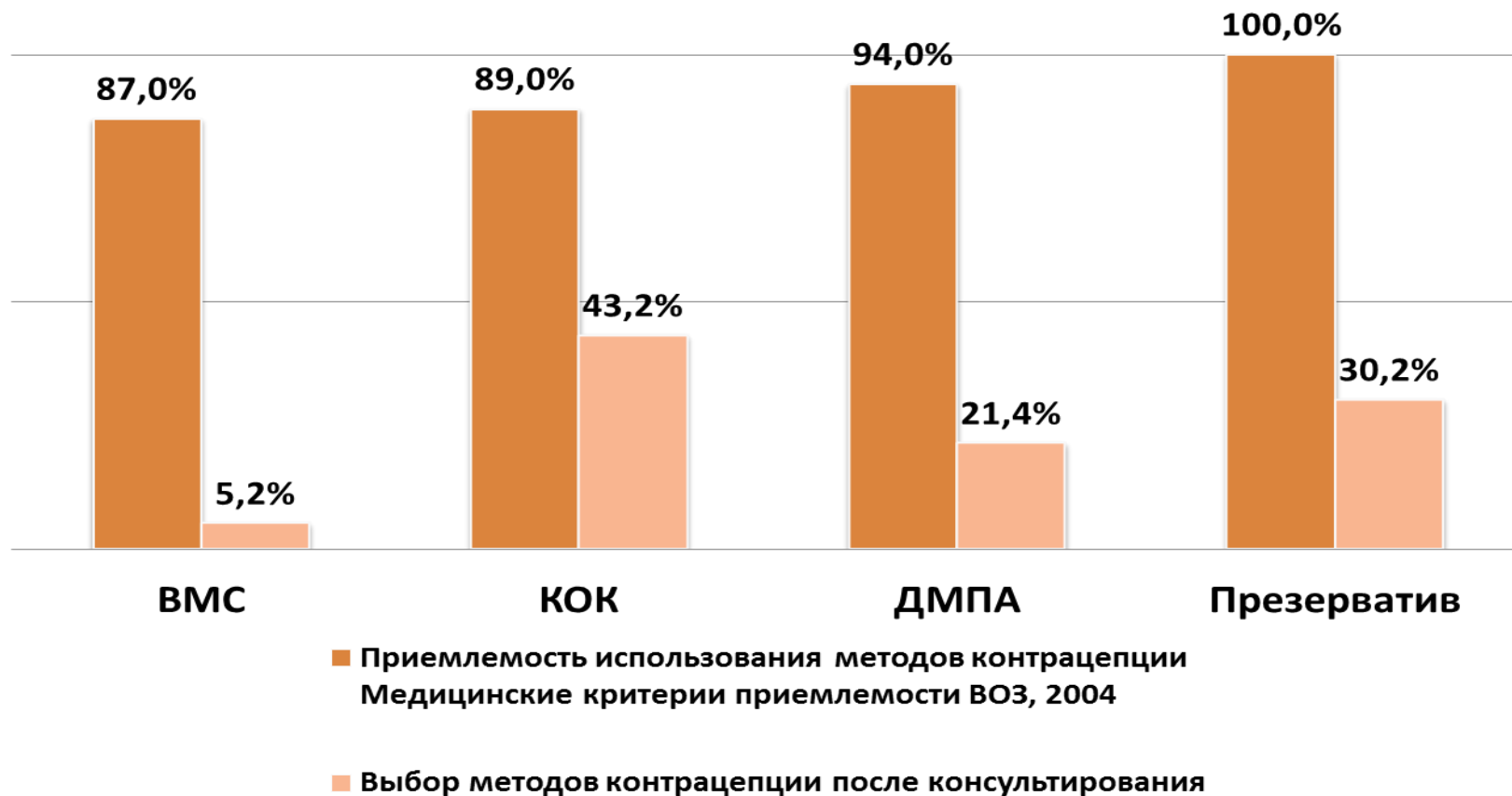
^a За последние 3 месяца. Возможно использование > 1 метода

НЕ применяли контрацепцию в последние 3 месяца



**Отказ от контрацепции
зависел
от возраста и уровня
образования**

Приемлемость методов контрацепции (ВОЗ, 2009) и выбор метода ВИЧ-инфицированными женщинами после консультирования



Особенности выбора контрацепции у женщин с ВИЧ

- Необходимо учитывать наличие/отсутствие сопутствующей терапии (вирусные гепатиты, ИППП, туберкулез)
- Объяснять важность профилактики заражения резистентным типом вируса ВИЧ
- Консультирование ВИЧ-инфицированных женщин, живущих в серодискордантных парах, по вопросам профилактики передачи ВИЧ половым путем
- Ориентация на образ жизни, поведение (ПИН, алкоголизм, социальная дезадаптация, наличие постоянной работы)
- Консультирование о времени начала использования контрацепции после родов

Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции



Национальные критерии
приемлемости
для использования
методов контрацепции
+

2012 г.

Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO, Fifth
edition, 2015

Состояния, связанные с ВИЧ, отраженные в критериях приемлемости ВОЗ

- ВИЧ-инфекция, ВААРТ не показана
- ВИЧ-инфекция с необходимостью приема ВААРТ
- СПИД, прием ВААРТ

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ	Значение
КАТЕГОРИЯ 1: Использование метода допускается при любых обстоятельствах.	Ограничения к использованию этого метода контрацепции отсутствуют.
КАТЕГОРИЯ 2: В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода.	Преимущества использования данного метода в целом перевешивают теоретический или доказанный риск.
КАТЕГОРИЯ 3: Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента.	Теоретический или доказанный риск использования метода обычно перевешивает преимущества его использования.
КАТЕГОРИЯ 4: Использование метода абсолютно противопоказано.	Риск для здоровья при использовании этого метода контрацепции считается неприемлемо высоким.

Существующие методы контрацепции

- Оральные контрацептивы (КОК, ЧПОК)
- Инъекционные контрацептивы (КОК, ЧПОК)
- Женские презервативы
- Мужские презервативы
- ВМС
- Стерилизация женская
- Стерилизация мужская
- Спермициды
- Диафрагмы, колпачки
- Естественные методы планирования семьи
- Влагалищные кольца
- Пластыри
- Имплантанты
- *Спреи*
- *Мужская гормональная контрацепция*

Практически все методы контрацепции могут успешно применяться женщинами, живущими с ВИЧ/СПИД

- Следующие методы имеют ряд ограничений (категории 3 или 4 по классификации ВОЗ, 2015):
 1. Вагинальные спермициды
 2. Метод лактационной аменореи
 3. Начало использования ВМС у женщин с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИД

**Большинство методов планирования семьи не вызывают
прогрессии ВИЧ-инфекции и не повышают риск
инфицирования партнера**

состояние	КГК	Мини-пили	МПА	Импл.	СУ-ВМС	ЛНГ-ВМС
Высокий риск ВИЧ - инфицирования	1	1	1	1	2/2	2/2
ВИЧ-позитивные	1	1	1	1	2/2	2/2
СПИД	1	1	1	1	2/3	2/3

Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO, Fifth edition, 2015

Алгоритм оценки взаимодействий половых стероидов и АРВ препаратов



www.hiv-druginteractions.org
www.aidsinfo.nih.gov

НИОТ и ЭЭ&Г

Отсутствие значимых взаимодействий

HIV Drug Interactions - Mozilla Firefox

File Edit View History Bookmarks Tools Help

http://www.hiv-druginteractions.org/

Printable charts | View all | Back to start

Step 1	Searching by: Abacavir, Didanosine (ddl), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Tenofovir, Zidovudine (AZT/ZDV)	Amend selection
Step 2	Searching by: Steroids	Amend selection
Step 3	Searching by: Ethinylestradiol, Progesterone/Progestogen	Amend selection
Step 4	View results	

Key to symbols:

- NRTIs** *Clicking on the symbol within a table will give further information on the interaction where available (Denoted by a darkened table cell).*
- These drugs should not be coadministered
- Potential interaction that may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration
- No clinically significant interaction expected
- There are no clear data, actual or theoretical, to indicate whether an interaction will occur
- n/a Data not available

[NEW - click here to generate a personalised report in PDF format](#)

Steroids	Abacavir	Didanosine (ddl)	Lamivudine (3TC)	Stavudine (d4T)	Tenofovir	Zidovudine (AZT/ZDV)
Ethinylestradiol						
Progesterone/Progestogen						

Major Sponsors: ABBOTT LABORATORIES GILEAD Other Sponsors: TIBOTEC (E:)

Glossary Disclaimer

Взаимодействие ННИОТ и ЭЭ/Г

EFV

- Повышение AUC EE на 47%

Рекомендация –

- КОК 20 мкг ЭЭ
- ЧПК

NVP

- Снижение AUC EE на 20%

Рекомендация –

- КОК 30мкг ЭЭ
- ЧПК

ETV – отсутствие взаимодействий с половыми стероидами

Бустированные ИП снижают концентрацию
этинилэстрадиола и не влияют на фармакокинетику
гестагенов

	AUC ЭЭ	Рекомендация
ATV	↓ 20%	*30мкг ЭЭ КОК *ЧПК
DRV	↓ 47%	
LPV	↓ 42%	
SQV	↓ 47%	
FPV	↓ 37%	

Согласно последним международным рекомендациям ВИЧ-инфицированные женщины, получающие ВААРТ, не ограничены в выборе гормональных контрацептивных средств

Метод	КГК	МИНИ-ПИЛИ	ДМПА	Импл	СУ-ВМС	СУ-ВМС	ЛНГ-ВМС	ЛНГ-ВМС
					и	п	и	п
НИОТ	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ННИОТ	2	2	1	2	2/3	2	2/3	2
ИП	2	2	1	2	2/3	2	2/3	2

Гормональная контрацепция и изменения CD4, уровня РНК ВИЧ и смертности

Автор, год, исследование	Популяция	CD4	РНК ВИЧ	Смертность
Kilmarx, 2000 Когортное, 1-2 г.	194 работницы ком. секса, Тайланд	ОК ↔ Депо ↔		ОК ↔ Депо ↔
Sejtin, 2003 Когортное, 17мес.	1721 женщины, США	Горм. ↔	Горм. ↔	
Wang, 2004 До/после, 3мес.	213 женщин, Кения		КОКи ↔ Депо ↔	
Richardson, 2007 Когортное, 24мес.	319 родильницы, Кения	ОК ↔ Депо ↔		ОК ↔ Депо ↔
Allen, 2007 Когортное, 6 лет	460 женщин, Руанда			ОК ↔ Депо ↔
Stringer, 2007 РКИ, 2 г.	599 родильниц, Замбия	ОК/Депо ↑		ОК/Депо ↔
Stringer, 2009 Когортное, ~1 г.	4109 женщин, Африка/Азия	ОК ↔ Имп/Депо ↔		ОК ↔ Имп/Депо ↔
Polis, 2010 Когортное, 10+ лет	625 женщин, Уганда			Гормон. ↓
PROCESS, 2012 Когортное, 4 г.	706 женщин, Санкт-Петербург	?	?	?

Репродуктивные права

Права мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным и доступным способам регулирования рождаемости, в соответствии с их выбором, а также **права на доступ к надлежащим службам здравоохранения**, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка.

Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva, WorldHealthOrganization, 2004

Оказание услуг ВИЧ-инфицированным
пациентам в области вспомогательных
репродуктивных технологий

Вспомогательные репродуктивные технологии

- 30 августа 2012 Минздравом РФ был утвержден Приказ №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».
- в пункте 93 Порядка указано: **"ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к отбору пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ"**, а пункты 94-117 описывают применение ВРТ у ВИЧ-инфицированных женщин или серодискордантных пар в случае, когда ВИЧ-инфицирован только мужчина (по эпидемиологическим показаниям)

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)

- все методы лечения или процедуры, которые включают в себя манипуляции *in vitro* с человеческими ооцитами, спермой и эмбрионами с целью наступления беременности. В частности, оплодотворение *in vitro* и перенос эмбрионов, гамет, зигот, эмбрионов, криоконсервацию гамет и эмбрионов, донорство ооцитов и эмбрионов, суррогатное материнство.

ВРТ не включают в себя искусственную инсеминацию (в российском законодательстве искусственная инсеминация включена в ВРТ).

Права граждан на получение услуг ВРТ и их оплата

- В РФ 10-15% супружеских пар имеют бесплодие

Показатели были приведены Е.Н. Байбариной в интервью РИА новости и опубликованы на сайте Министерства Здравоохранения

- Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан" гарантирует таким парам, как состоящим, так и не состоящим в браке, а также одиноким женщинам право на применение ВРТ

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.10.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст.55

Оплата услуг ВРТ производится за счет:

- личных средств
- средств ОМС
- бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Минздрава РФ на финансовое обеспечение оказания высокотехнологической помощи (далее - ВМП) в подведомственных медицинских организациях, включенных в перечень, утвержденный Минздравом

Постановление правительства Российской Федерации от 28.11.2014 г. №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

Получение услуг ВРТ за счет средств ОМС или ВМП

Пациенту необходимо предоставить выписку из медицинской документации, оформленную лечащим врачом и решение Комиссии (субъекта) по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО

Информационно-методическое письмо Минздрава РФ «О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО» №15-4/10/2-1326 от 28.02.2013

Статистические данные

- В 2013 году в РФ проведено **20840** циклов ЭКО
- Из них - **10470** циклов за счет средств федерального бюджета

10370 - в рамках ОМС *

Показатель 2012 года составил 12954 циклов за счет средств федерального бюджета (38,2% от всех циклов, выполненных в 2012 году) **

* Из доклада В.И.Скворцовой на круглом столе в Общественной палате РФ “Вклад здравоохранения в решение демографических проблем в современной России” 27 октября 2014 года

** Регистр ВРТ, Отчет за 2012 год, Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ)

Критерии получения услуг ВРТ при ВИЧ:

- - Субклиническая (3) стадия ВИЧ-инфекции; женщинам в стадии вторичных заболеваний (4А, 4Б, 4В) рекомендуется отсрочить применение ВРТ до перехода в фазу ремиссии (не менее 6 месяцев)
- - Достижение у ВИЧ-положительного человека неопределяемого уровня РНК ВИЧ в крови в двух последовательных исследованиях, сделанных с интервалом не менее 3 месяцев (п.98). Но даже в случае отсутствия полного подавления РНК ВИЧ в ходе антиретровирусной терапии, вопрос о применении ВРТ решается комиссией врачей (*то есть даже в этом случае может быть принято положительное решение для пациента о применении ВРТ*).

Критерии получения услуг ВРТ при ВИЧ:

- - Отсутствие противопоказаний, включенных в перечень противопоказаний к проведению базовой программы ВРТ (некоторые инфекционные, онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринные, психические заболевания; а также заболевания системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой, костно-мышечной систем; временные пороки развития, и, кроме того, травмы, отравления и другие воздействия внешних причин).
- - Получение консультации у врача-инфекциониста центра по профилактике и борьбе со СПИД по вопросу снижения риска передачи ВИЧ ребенку или партнеру; получение выписки из медицинской документации с указанием фазы и стадии ВИЧ-инфекции, результатов лабораторного исследования в течение последних трех месяцев и медицинского заключения о возможности проведения ВРТ в настоящее время или отсрочке. Женщине при наличии у нее ВИЧ рекомендуется лечение АРВ-препаратами независимо от стадии ВИЧ-инфекции.

Наблюдение ВИЧ-инфицированных пациентов в период проведения ВРТ

101. ВИЧ-инфицированная одинокая женщина, а также дискордантные по ВИЧ-инфекции мужчина и женщина в период проведения ВРТ наблюдаются совместно специалистами Центра (отделения, лаборатории) вспомогательных репродуктивных технологий (далее - Центр ВРТ) и Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. При наступлении беременности женщина наблюдается в установленном порядке акушером-гинекологом женской консультации и врачом-инфекционистом (гинекологом) Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Требования при работе с биологическим материалом ВИЧ-инфицированных пациентов

102. Требования, предъявляемые к условиям оказания медицинской помощи с использованием ВРТ пациентам, инфицированным ВИЧ, являются аналогичными для всех инфекций, передаваемых при контакте с кровью больного (далее - гемоконтактные инфекции).
103. Работу с образцами спермы, фолликулярной жидкости, эмбрионами ВИЧ-инфицированных, инвазивные манипуляции у пациентов с ВИЧ-инфекцией следует проводить в специально выделенные для этого часы/дни либо в отдельных помещениях. После завершения работ проводится уборка и дезинфекция лабораторных помещений и использованного оборудования.
104. С каждым образцом спермы, пунктатом фолликулов следует обращаться как с потенциальным источником гемоконтактных инфекций. Манипуляции со спермой ВИЧ-позитивных пациентов следует проводить в ламинарных шкафах не менее чем 2 класса биологической защиты. Обеспечивается отдельное хранение отмытых образцов спермы ВИЧ-позитивных мужчин от общего потока образцов, а также до и после получения результатов РНК/ДНК тестирования. Образцы спермы, пунктата фолликулов ВИЧ-инфицированных пациентов должны быть промаркированы.

Особенности использования ВРТ у серодискордантных пар в случае, когда ВИЧ-инфицирован только мужчина

105. При консультировании врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и/или специалистом Центра ВРТ женщине и мужчине предоставляется подробная информация о методе, о вероятности риска инфицирования женщины при ЭКО, ИКСИ, ИИ специально подготовленными сперматозоидами мужа (партнера).
106. Перед использованием ВРТ ВИЧ-дискордантные мужчина и женщина должны использовать презерватив при каждом половом контакте в период проведения процедуры и во время беременности.
107. По данным клинико-лабораторного обследования в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями необходимо убедиться в том, что женщина перед проведением ВРТ не инфицирована ВИЧ.
108. При отсутствии у мужчины и женщины бесплодия возможно использование метода без проведения стимуляции суперооуляции или с таковой по показаниям. При наличии факторов бесплодия у дискордантной супружеской пары применяются другие методы ВРТ.
109. В случае отказа мужчины и женщины от использования донорской спермы применяется специально подготовленная (отмытая) сперма мужа (партнера).

Особенности использования ВРТ у серодискордантных пар в случае, когда ВИЧ-инфицирован только мужчина (2)

110. Для контроля качества подготовленной спермы рекомендуется проведение проверки супернатанта (надосадочной жидкости после центрифугирования или седиментации) на наличие ВИЧ-инфекции.
111. При определении ВИЧ-инфекции в полученном супернатанте он не используется в программах ВРТ, и пациентам рекомендуется использование донорской спермы.
112. Возможно проведение криоконсервации дополнительной порции специально подготовленной (отмытой) ВИЧ-отрицательной порции спермы ВИЧ-инфицированного мужчины.
113. Наблюдение врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями женщины, беременность у которой наступила в результате ВРТ, проводится в течение всей беременности.

Особенности проведения ВРТ ВИЧ-инфицированной женщине

114. Перед проведением ВРТ женщине с ВИЧ-инфекцией проводится дополнительное консультирование врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и/или специалистом Центра ВРТ по вопросу предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
116. Стимуляцию овуляции целесообразно проводить на фоне лечения антиретровирусными лекарственными препаратами, независимо от наличия показаний к началу лечения ВИЧ-инфекции. При наступлении беременности антиретровирусную терапию следует продолжить на весь период гестации до родов. В период беременности не рекомендуется проведение инвазивных медицинских вмешательств (кордоцентез, взятие ворсин хориона, редукцию многоплодной беременности, хирургическую коррекцию истмико-цервикальной недостаточности и т.д.), которые могут привести к увеличению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
117. При проведении ЭКО (ИКСИ) рекомендуется переносить один эмбрион, перенос 2-х эмбрионов должен быть обусловлен клинической и эмбриологической целесообразностью и согласован с пациентами.

Барьеры при получении услуг по ВРТ ВИЧ-инфицированными пациентами (1)

- Отказ центров репродуктивных технологий в получении медицинской помощи с использованием ВРТ (ВИЧ-статус, отсутствие специализированного оборудования для работы с биологическим материалом пациентов)
- Отказ проводить процедуру очистки спермы. Предложение серодискордантным парам, где ВИЧ-положительный статус имеет только мужчина, и парам, где оба партнёра ВИЧ-позитивны, при проведении процедуры ВРТ использовать исключительно донорскую сперму (отсутствие оборудования для работы с биологическим материалом, полученным от лиц, имеющих ВИЧ – инфекцию).
- Отказ в криоконсервации спермы ВИЧ-положительного мужчины, а также в криоконсервации эмбрионов, полученных в результате оплодотворения ооцитов ВИЧ-положительной женщины спермой партнера или донора (отсутствие оборудования для работы с биологическим материалом, полученным от лиц, имеющих ВИЧ- инфекцию).
- Увеличение стоимости процедур для пациентов с гемоконтактными инфекциями.

Данные опроса, проведенного некоммерческим партнерством «Е.В.А.» в 19 регионах РФ о доступе ВИЧ-положительных и дискордантных пар в их субъекте к услугам ВРТ, 2014 год.

Барьеры при получении услуг по ВРТ ВИЧ-инфицированными пациентами (2)

- Наличие в Приказах уполномоченных органов здравоохранения субъектов РФ о порядке направления пациентов на процедуры ЭКО в рамках ОМС норм и критериев, исключаящих для ВИЧ-положительных и дискордантных пар возможность получения услуг ВРТ в рамках ОМС (Порядок направления пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (в ред. Приказа Министерства здравоохранения Пермского края от 17.06.2014 N СЭД-34-01-06-482))
- Отказ гинекологов в направлении на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО на основании наличия у пациентки ВИЧ-инфекции.
- Отказ врачей-инфекционистов в выдаче ВИЧ-положительному пациенту выписки из медицинской документации, результатов лабораторного исследования в течение последних трех месяцев и медицинского заключения о возможности проведения ВРТ в настоящее время или отсрочке. Обоснование отказа заключается в отсутствии установленной формы выписки и заключения, регламентирующей содержание этого документа.

Для семей, где один или оба партнера живут с ВИЧ-инфекцией, усыновление ребенка является невозможным.

(Федеральный закон Российской Федерации от 2 июля 2013 г. N 167-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей«)

- Женщина А., 29 лет: «Врач сказал мне, что они не берут ВИЧ-положительных, потому что у них нет какого-то шкафа и их специалист боится заразиться. И вообще ненавязчиво предложил мне завести собачку, а не рисковать заразить ребенка ВИЧ. Мне пришлось ему объяснять, что я правда настолько хочу ребенка, что не пропустила ни дня в приеме АРВТ и что вообще-то почти все сейчас рожают здоровых детей. Он развел руками».
- Женщина С., 34 года: «У меня нет ВИЧ-инфекции, есть у мужа. Он собирается на химию, онкология у него... Ну у меня по женской части проблемы. Лечусь давно и безуспешно. Хотели его сперму заморозить, потому что понятно, сейчас с его лечением ни до чего. Пошли в одну клинику, где сказали, что нет у них специального места для хранения спермы. А я потом разговорилась с девушкой одной, которая работает в этой клинике. Оказывается, у них руководство строго против «вичевых», боятся, что мы других клиентов им распугаем»

Спасибо за внимание!