**Booklet on aging, women and HIV.**

**Старение, женщины и ВИЧ**

I'm tired, tired of being poor, tired of being scared, tired of the endless suffering and oppression I see and feel

on a daily basis. …. I am tired of living on an edge of the sword, balanced precariously between light and darkness.

If I feel this hopeless in my healthy, educated, literate, white, male skin who has 4 hours a day of radio time, how can i even comprehend the depths of despair that run like veins (tentacles?) through the land. For the women of the world, i weep for you and the pain and suffering men have perpetrated on you."

Marcus Day, AIDS activist

«Я устал, устал быть бедным, устал чувствовать постоянный страх и бесконечное напряжение, и страдания, которые я ощущаю ежедневно… Я устал жить на самом острие, ежечасно балансируя между светом и тьмой.

И если я чувствую такую безнадежность в своей жизни здорового, образованного, начитанного белого мужчины, у которого – кроме всего – есть еще и 4 часа эфирного времени на радио, как я могу даже на миг ощутить всю глубину отчаяния, которое протекает по венам замли.

За всех женщин этого мира, за те страдания, на которые мужчины обрекли Вас».

Маркус Дэй, ВИЧ активист.

**Почему данный буклет необходим?**

Появление новой антиретровирусной терапии ознаменовало новый этап в жизни людей, живущих с ВИЧ, и вместе с тем определило и новые вызовы для ВИЧ-сервиса в обеспечении качества жизни для них. Вопросы старения и сохранения здоровья на фоне многих состояний, связанных с ним - эти вопросы касаются не обособленной группы, а большинства людей, живущих с ВИЧ в мире. Ведь на данный момент (начиная с 2017 года) более 50% людей в мире, живущих с ВИЧ – это люди старше 50-ти лет.

Это означает, что состояния, напрямую не связанные с ВИЧ-инфекцией, такие как сердечно-сосудистые заболевания, онкология (не ВИЧ-ассоциированная), диабет, а также определенные вопросы ментального здоровья, выходят на первый план в контексте улучшения и сохранения качества жизни ВИЧ-позитивных людей.

Женщины с ВИЧ старше 50-ти лет становятся наиболее уязвимой группой в отношении качества жизни, а также смертности и заболеваемости на фоне современной АРВ-терапии, в силу многих факторов, в том числе и гендерно-обусловленного более зависимого положения женщин в обществе, двойной стигме и дискриминации, а также социальной изоляции большинства женщин старшего возраста.

Особенно остро данная проблема выражена в нашем регионе, где исторически сервисы для ВИЧ-позитивных людей не были гендерно-специфичными, и вопросы женского здоровья очень редко поднимались на должном уровне, на фоне адвокации доступа к АРВ-терапии и сохранения жизни ЛЖВ. На сегодня женщины, живущие с ВИЧ старше 50 лет, начинают представлять большинство среди ЛЖВ в Украине, и вопросы сохранения здоровья данной группы становятся критическими.

В данном буклете мы хотим осветить ключевые вопросы, связанные с женским здоровьем в контексте старения, в первую очередь для организаций, работающих в ВИЧ-сервисе, женских организаций, а также активистов доступа к лечению, чтобы определить основные векторы адвокационной работы для обеспечения качества жизни женщин с ВИЧ.

**Менопауза и связанные с ней состояния.**

Согласно многочисленным источникам информации раннее наступление менопаузы не характерно для ВИЧ-позитивных женщин по сравнению с женщинами данной возрастной категории без ВИЧ-позитивного статуса. Однако, такие состояния как низкая масса тела, курение, употребление опиатов (в частности метадона), а также других психотропных веществ, являются факторами риска для ранней менопаузы. Все вышеперечисленные факторы риска очень характерны для женщин, живущих с ВИЧ в нашем регионе.

Более того, нарушения менструального цикла являются характерным для потребления опиатов, печеночных проблем, что делает диагностику ранней менопаузы достаточно проблематичной в данной группе женщин.

Иными словами, диагноз менопаузы не может строиться только на основании отсутствия менструаций в течение 12 месяцев, а должен подтверждаться также тестом на фолликулостимулирующий гормон и уровень эстрадиола в сыворотке. Но в первую очередь, необходимо проводить диагностику для женщин в возрасте 50-55 лет, чтобы исключить или подтвердить беременность.

«Приливы» и ночные потоотделения, которые характерны для менопаузы, также необходимо отличать от проявлений туберкулеза, для которого также характерны данные симптомы.

Также очень важны возможные нарушения со стороны нервной системы – в частности, временные «провалы» в памяти, которые могут происходить во время и после менопаузы у многих женщин.

Гормональная заместительная терапия, которая изначально не предусматривалась для ВИЧ-позитивных женщин (в силу, наверное, невероятности того, что они доживут до менопаузы!) теперь становится наиболее актуальным моментом для женщин с ВИЧ.

Современные схемы АРВ терапии обладают наименьшей вероятностью взаимодействия с гормональной терапией при проблемной менопаузе. Поэтому терапия минимальными дозами гормонов короткими курсами является оптимумом для женщин с ВИЧ.

Кроме того, есть практические альтернативные гормональной терапии подходы к лечению менопаузальных симптомов, в частности, селективные ингибиторы захвата серотонина (такие как, флюоксетин). Данная группа препаратов показала эффективность в снижении проявлений «приливов» на 19-60%. При этом следует учитывать, что высокая вероятность депрессии и периферической нейропатии у женщин с ВИЧ делают данный выбор препаратов очень привлекательным с точки зрения одновременного лечения симптомов нескольких заболеваний.

Менопаузальные проблемы зачастую тесно связаны с общими проблемами ментального здоровья женщин с ВИЧ старше 50-ти, которые мы рассмотрим в следующей главе.

**Ментальное здоровье.**

**Депрессия.**

Исследования свидетельствуют о том, что депрессия встречается в 2-4 раза чаще у людей, живущих с ВИЧ, чем у неинфицированных людей.

Насколько чаще депрессия встречается у женщин, чем у мужчин? Данный вопрос еще окончательно не изучен, однако абсолютно доказано, что у женщин старше 50-ти лет в ВИЧ-статусе, депрессия является одним из наиболее сложных факторов, негативно влияющих как на качество жизни в целом, так и на приверженность к АРТ.

Это предопределяется многими факторами:

-Социально-экономическим статусом женщины

-Возрастным одиночеством (отношение мужского пола к женщинам после 50)

-Стигмой со стороны общества к женщинам в возрасте.

-И, в первую очередь, нелюбовью к себе самой.

Именно поэтому, чрезвычайно важно проводить регулярный скрининг на симптомы депрессии как часть регулярного мониторинга состояния женщин с ВИЧ. В случае диагностики депрессии необходимо уделить внимание консультированию, началу терапии антидепрессантами, а также обеспечением поддержки женщин в данный период (группы самопомощи, социально-культурные мероприятия).

**Употребление алкоголя и психоактивных веществ.**

Частота случаев злоупотребления алкоголем в два раза выше среди людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с общим населением.

После проведения исследования по вопросам, связанным с алкоголем, наркотиками и ВИЧ, была выявлена следующая ситуация:

- 81% людей, живущих с ВИЧ, употребляют психоактивные вещества.

- 44% начали употребление психоактивных веществ или алкоголя после подтверждения ВИЧ-статуса, из них 38% - женщины, изначально инфицированные половым путем.

- Не менее 25% людей с ВИЧ требовали срочного вмешательства в отношении злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами.

Научно доказано, что женщины более уязвимы к токсическому воздействию алкоголя на печень и центральную нервную систему, по сравнению с мужчинами. Для женщин с ВИЧ употребление алкоголя чаще связывают с потерей приверженности и неэффективностью АРВ терапии, по сравнению с мужчинами той же группы.

Именно поэтому для женщин с ВИЧ особенно показан регулярный (раз в год) скрининг на степень употребления алкоголя и психоактивных веществ для своевременного выявления проблемного употребления и направления на различные лечебные программы.

**Когнитивные расстройства.**

До настоящего времени не было доказательных исследований, показывающих гендерную обусловленность частоты встречаемости ВИЧ-ассоциированной деменции. Однако, данные исследования проводились в основном среди женщин с ВИЧ более молодого возраста, при этом данные о когнитивных расстройствах среди женщин данной группы климактерического и постклимактерического периода отсутствуют.

Среди людей старшего поколения, живущих с ВИЧ, у 68% была выявлена та или иная степень когнитивных нарушений. Причины их достаточно широки и разнообразны.

Доказано, что главным фактором риска развития ВИЧ-ассоциированной деменции является наличие вирусной нагрузки, то есть неконтролируемое количество вируса в крови при недостаточной эффективности/приверженности АРВ терапии. Поэтому, особенно у людей старшего возраста с ВИЧ-инфекцией, необходим тщательный мониторинг приверженности и контроль вирусной нагрузки.

Также важную роль играют такие показатели как: низкий показатель СD4 клеток во время начала АРВ и применение АРВ препаратов, которые имеют низкую проникаемость в центральную нервную систему.

При этом следует учитывать более высокий риск развития не ВИЧ-ассоциированных типов деменции, таких как болезнь Альцгеймера или сосудистая деменция среди женщин старшего возраста. В связи с этим, необходимо проводить регулярное нейропсихологическое обследование, а также (при показаниях) МРТ исследования головного мозга среди женщин старшего возраста с ВИЧ, особенно среди тех, у кого неопределяемая вирусная нагрузка.

**Раковые заболевания.**

**Рак шейки матки.**

Частота встречаемости рака шейки матки снизилась в три раза за период с 1995 по 2017 годы, естественно по причине развития антиретровирусной терапии и расширения доступа к ней в мире.

В настоящее время женщины с ВИЧ проходят анализ на маркеры цервикального рака после постановки диагноза ВИЧ, затем - через 6 месяцев, потом - ежегодно (в случае, если первые два анализа негативные).

21 век, но по-прежнему нет чёткого видения и руководств по прекращению скрининга на рак шейки матки среди женщин после 65 лет с ВИЧ-инфекцией. Также нет данных руководств для женщин, прооперированных по удалению матки (не связанном с раком шейки матки).

Самые последние исследования не обнаруживали большей частоты появления рака шейки матки среди женщин с ВИЧ по сравнению с ВИЧ-негативными женщинами, у которых первичные скрининги на онкомаркеры (CIN2+, HSIL), а также на вирус папилломы человека (ВПЧ), были отрицательными.

Однако, в данных исследованиях, большинство женщин-участниц были в возрасте до 34 лет, что еще раз подтверждает факт недостаточности данных по правильному мониторингу риска развития данной патологии среди женщин с ВИЧ старшего возраста.

**Рак прямой кишки (рак ануса).**

Рак прямой кишки встречается гораздо чаще среди ВИЧ-позитивных женщин по сравнению с неинфицированными. Более того, наличие такого фактора риска как одновременное заражение ВПЧ (прямой кишки и шейки матки), которое служит фактором риска для развития рака, встречается в четыре раза чаще у ВИЧ-позитивных женщин. Онкогенные и не-онкогенные типы ВПЧ встречаются у ВИЧ-позитивных женщин чаще в данных анализах.

При этом проведение АРВ терапии не снижает риск заражения ВПЧ, однако большие концентрации онкогенных и не-онкогенных типов ВПЧ встречались чаще у женщин с меньшим количеством CD4 (менее 200 клеток).

Однако на данный момент не существует четкого руководства по поводу регулярного мониторинга на рак прямой кишки (анальные соскобы) среди женщин с ВИЧ старшего возраста. Предполагается, что данные анализы следует проводить среди женщин с позитивными анализами на рак шейки матки, а также с долгосрочными высыпаниями (язвами) в аногенитальной области.

**Рак груди.**

Встречаемость рака груди среди ВИЧ-позитивных женщин ненамного превышает риск побочного заболевания среди женщин старшего возраста в принципе, особенно на фоне доступной АРВ терапии нового поколения и достижения неопределяемой вирусной нагрузки.

Основной проблемой в отношении рака груди для ВИЧ-позитивных женщин старшего возраста является тревожная статистика, которая свидетельствует о том, что в мире(!) менее 50% женщин с ВИЧ в возрасте 40-45 лет проходят регулярный скрининг на рак молочной железы. Это очень тревожный показатель, который свидетельствует о недоступности данных сервисов для женщин с ВИЧ старшего возраста, что связано (наверняка!) с социальной изоляцией, стигмой, бедностью и другими факторами, которые предопределяют невозможность доступа к ключевым сервисам для женщин с ВИЧ.

В Украине данная статистика очень важна. Маммография не стала рутинным обследованием с адекватным охватом женщин старшего возраста.

Очень мало информированности о факторах риска развития рака молочной железы, психологической комплексной поддержки женщин, перенесших операцию по одно- и двустороннему удалению молочных желез и как следствие… высокие показатели диагностики данного заболевания на поздних стадиях и высокая смертность от рака среди женщин в нашей стране.

Особенно это касается женщин старшего возраста, живущих с ВИЧ, которые в силу высокого уровня стигмы и страха раскрытия диагноза избегают прохождение скрининговой маммографии в общей системе здравоохранения.

**Сердечно-сосудистые заболевания и метаболические нарушения.**

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний намного выше среди женщин с ВИЧ старшего возраста, по сравнению с женщинами неинфицированными. Помимо того, что основные факторы риска (курение, нарушение липидного баланса и гипертензия) более распространены в данной группе, ВИЧ-инфекция отдельно является фактором риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ВИЧ вызывает хроническое воспаление в организме даже на фоне эффективной АРВ терапии, которое считается фактором риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Сама АРВ-терапия также может быть фактором риска, в связи с метаболическими изменениями (нарушением липидного обмена), однако исследование SMART определило все же доминирующую роль ВИЧ-инфекции, а не побочных явлений со стороны АРВ.

Именно поэтому, особое внимание следует уделить факторам риска, перечисленным выше, помимо ВИЧ-инфекции, при наблюдении и консультировании женщин с ВИЧ старшего возраста. В первую очередь, в связи с тем, что курение чрезвычайно распространено в данной группе, следует при каждой консультации подчеркивать важность отказа от данной привычки.

Нарушения липидного обмена. Для данного фактора риска рекомендован регулярный мониторинг следующих показателей: показатели липидного обмена натощак, сахар крови натощак и гемоглобин. Данные анализы следует проводить после назначения АРТ, спустя месяц после начала АРТ, и затем 2 раза в год.

Следует уделить внимание мониторингу нарушений липидного обмена после начала и в течение длительного приема АРТ. В частности, понижение уровня липопротеидов высокой плотности (ЛВП) и увеличение триглицеридов (гипертриглицеридемия) являются показателями негативного влияния самого вируса на обмен веществ.

При этом, ряд АРВ препаратов, в частности Эфавиренц, бустированные ритонавиром комбинации, также ассоциированы с риском нарушения липидного обмена. На данный момент недостаточно данных по оценке риска новых комбинаций и их влияния на обмен веществ, в том числе и на обмен сахара крови.

Рекомендуется проводить ежегодную оценку и мониторинг, в зависимости от результатов уровня артериального давления.

Однако, большой вопрос вызывает по-прежнему терапия нарушений метаболизма, в частности терапия статинами, так как многие препараты этой группы вступают во взаимодействие с АРВ. Ингибиторы протеазы вызывают снижение метаболизма статинов, что может привести к высокому их уровню и интоксикации. Эфавиренц, в свою очередь, снижает концентрацию статинов в организме. При подборе этих препаратов для лечения нарушений липидного обмена следует отдавать предпочтение аторвастатину и розувастатину, так как они наименее вероятно имеют взаимодействие с АРВ.

**Остеопороз.**

Уже не требует доказательств тот факт, что у женщин с ВИЧ остеопороз (ломкость костной ткани) более распространен, чем у неинфицированных женщин. Однако, по-прежнему вызывают споры основные ведущие факторы риска данного заболевания у людей с ВИЧ.

У женщин с ВИЧ в возрасте играют роль те же факторы риска, какие существуют у общего населения: собственно возраст, принадлежность к белой расе (европеоиды), употребление алкоголя, заболевания печени, использование кортикостероидов и ингибиторов протоновой помпы (применяется при желудочных заболеваниях), а также индекс массы тела и пониженный гемоглобин. Естественно, встречаемость данных факторов гораздо выше среди женщин с ВИЧ старшего возраста по сравнению с общей популяцией.

При этом основное внимание уделяют роли АРВ препаратов, а именно тенофовира и ингибиторов протеазы. Тем не менее, последние данные исследований свидетельствуют о том, что АРТ играет позитивную роль в снижении риска развития остеопороза среди женщин с ВИЧ. Препарат, которому следует уделить особое внимание в контексте риска развития остеопороза – это дарунавир (ингибитор протеазы).

Согласно последним рекомендациям всем женщинам с ВИЧ в постменопаузальном возрасте необходимо регулярно проводить денситометрию. Однако, оценка абсолютного риска перелома шейки бедра (и других уязвимых мест) делается на основе полного и комплексного исследования по методу FRAX (метод, основанный на показаниях денситометрии, а также клинической оценке и данных истории жизни и болезни пациентки).

**Анемия.**

Анемия всегда была одной из ключевых проблем людей, живущих с ВИЧ, в первую очередь, конечно же, за счет побочного действия препарата азидотимидина (АЗТ), а также усиления данного побочного действия при приеме опиатов. В настоящее время анемия, при этом в основном средней степени тяжести, наблюдается у 25% людей с ВИЧ.

В настоящее время, когда применяются более современные препараты, не имеющие подобных побочных эффектов, анемия для женщин старшего возраста становится меньшей проблемой, однако мониторинг показателей крови для выявления степени анемии следует особенно тщательно проводить в данной группе.

**Ну что сказать? Размышления после…**

В целом – как уже говорилось – целью данного буклета является описать основные, самые необходимые, сервисы для женщин старшего возраста, живущих с ВИЧ.

Нам удалось описать основные проблемы, с которыми встречаются женщины, живущие с ВИЧ, достигшие возраста 50-ти лет. И это… большинство женщин в нашем регионе, в нашей стране, в Восточной Европе и в Средней Азии: женщин, которые приобрели ВИЧ-позитивный статус на самом пике развития эпидемии в конце 90-х и начале 2000х.

В основном, это женщины, которые прошли трагическую школу двойной стигмы, изоляции, дискриминации, а также постоянного многолетнего чувства обреченности до появления программ расширения доступа к АРТ за счет международных доноров (в первую очередь, Глобального Фонда по борьбе со СПИД, Туберкулезом и Малярией).

Вернуть доверие к системе здравоохранения для многих женщин так же трудно, как и труден сам процесс изменения нашего общества в отношении к гендерному вопросу, как труден и нелегок процесс осознания своей полноценности и равенства для большинства женщин, которые десятилетиями испытывали давление, дискриминацию и насилие в патриархальном обществе.

История развития глобального противодействия эпидемии ВИЧ и активизма свидетельствует о том, что реформы в системе ВИЧ-сервиса становятся тем самым катализатором для более глобальных и фундаментальных изменений, как в самой системе здравоохранения, так и в ментальности народов, социально-политических изменений в контексте толерантности и недопущения любых форм дискриминации на фоне расы, пола, сексуальной ориентации и т.д.

На первой полосе (на обложке)

**Данный буклет написан не просто для ознакомления с тем, что должно быть сделано для обеспечения полноценных услуг для женщин с ВИЧ старшего возраста, но – в первую очередь – для определения ориентиров немедленной стратегии для улучшения качества жизни наиболее уязвимой на данный момент и наиболее прекрасной и активной части общества людей, живущих с ВИЧ.**

**Женщины для Вас**