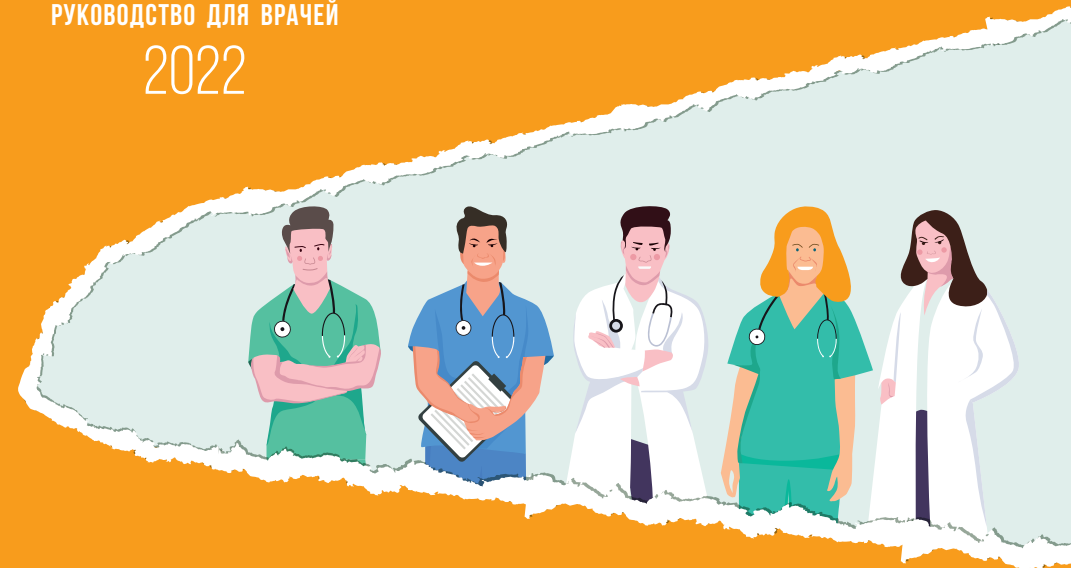




РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

2022

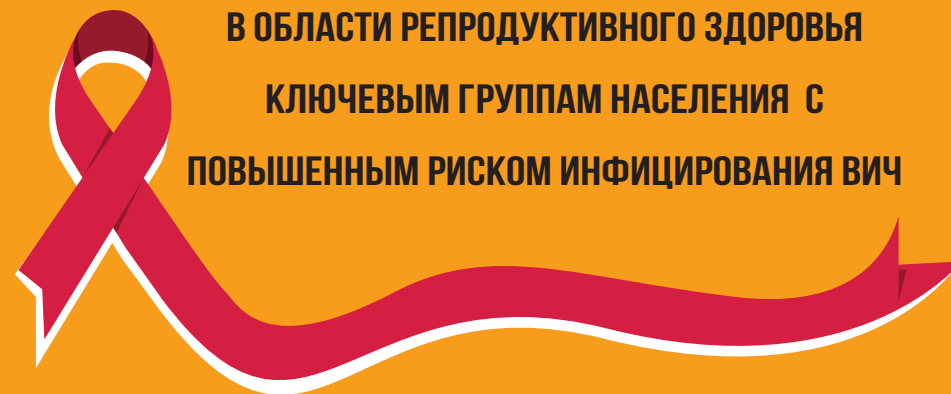


ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

КЛЮЧЕВЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ С

ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ



**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ КЛЮЧЕВЫМ
ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ
С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ**

*(Руководство для врачей
различных специальностей)*

Алматы
2022

Рецензенты:

1. Сорокина М.Е. – к.м.н., заведующая лечебно-профилактическим отделом Павлодарского ОЦ СПИД
2. Виноградов В. Ю. – тренер-координатор Центра научных и практических инициатив (ЦНПИ)

Авторы:

Каржаубаева Ш. Е. – д.м.н., руководитель Ресурсного молодежного центра здоровья Городского центра репродукции человека г. Алматы
Абдуллаева М. У. – акушер-гинеколог, аутрич-работник ГЦ СПИД г. Алматы
Ахматханов А. Х. – психолог ОФ Community Friends
Головкина О. А. – эндокринолог ТОО «Медицинский центр «Альта», г. Алматы
Григорчук Е. А. – координатор проекта Алматинской модели по контролю над эпидемией ВИЧ, ОФ Community Friends
Нуспекова Д. Т. – колопроктолог высшей категории Больницы скорой неотложной помощи г. Алматы, магистр медицинских наук, докторант Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ»
Суслов С. В. – руководитель ОФ Community Friends, член Странового координационного комитета по работе с международными организациями по вопросам ВИЧ-инфекции и туберкулёза от группы MSM
Танабаев А. С. – уролог ТОО «Медицинский центр «Альта», г. Алматы
Танирбергенов С. Т. – акушер-гинеколог, национальный программный аналитик по сексуальному и репродуктивному здоровью Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА)
Утегенова А. К. – к.м.н., доцент, дерматовенеролог отдела клинического мониторинга Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний

Настоящая публикация разработана Общественным фондом Community Friends при финансовой и технической поддержке Странового офиса Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане в рамках совместной программы ООН по ВИЧ «Единые принципы бюджетирования, результатов и подотчетности» (UBRAF)

Содержание публикации, взгляды, выраженные в данном документе, принадлежат авторам и не отражают официальную точку зрения ЮНФПА, Организации Объединенных Наций, Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) или аффилированных с ними организаций



СОДЕРЖАНИЕ

Перечень сокращений, условных обозначений, символов	4
Понятия, используемые в руководстве	5
Введение	9
Основная часть	
1. Ключевые группы населения и их уязвимость перед ВИЧ-инфекцией	12
1.1 Мужчины, практикующие секс с мужчинами	15
1.2 Люди, живущие с ВИЧ, и их половые партнеры	25
1.3 Трансгендерные люди	30
2. Психологические аспекты людей из КГН	34
3. Особенности консультирования пациентов из КГН	38
3.1 Мужчины, практикующие секс с мужчинами	38
3.2 Трансгендерные люди	46
3.3 Люди, живущие с ВИЧ, и их половые партнеры	54
3.4 Общие принципы общения с пациентами из ключевых групп населения	62
4. Дружественный подход в работе и техники построения коммуникаций с представителями КГН	64
5. Клинические аспекты оказания медицинской помощи пациенту из КГН	74
5.1 Для выдачи справки для комиссии по освидетельствованию лиц, желающих сменить паспортный пол	75
5.2 При осмотре пациентов, желающих или принимающих гормональную терапию	76
5.3 На приеме пациентов до/после хирургической коррекции пола	78
5.4 При выделениях из уретры, влагалища, ануса	80
5.5 При язвах/эрозиях и высыпаниях на гениталиях и в области ануса	84
Заключение	88
Список литературы	90



ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ

АРВТ	– Антиретровирусная терапия
ВИЧ	– Вирус иммунодефицита человека
ВН	– Вирусная нагрузка
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВРТ	– вспомогательные репродуктивные технологии
ГОБМП	– Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДКП	– Доконтактная профилактика
ДЭН	– Дозорный эпидемиологический надзор
ИППП	– Инфекции, передающиеся половым путем
КГН	– Ключевые группы населения
КНЦДИЗ	– Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний
ЛГБТИ	– Лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные и интерсексуальные люди
ЛУИН	– Люди, употребляющие инъекционные наркотики
ЛЖВ	– Люди, живущие с ВИЧ
МЗ РК	– Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МКБ	– Международная классификация болезней
МСМ	– Мужчины, практикующие секс с мужчинами
ООН	– Организация Объединенных Наций
ОФ	– Общественный фонд
ПАВ	– Психоактивные вещества
ПКП	– Постконтактная профилактика
РЗ	– Репродуктивное здоровье
РК	– Республика Казахстан
РЦРЗ	– Республиканский центр развития здравоохранения
СПИД	– Синдром приобретенного иммунодефицита
СР	– Секс-работники
ТГЛ	– Трансгендерные люди
ЮНЭЙДС	– Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ
ЮНФПА	– Фонд ООН в области народонаселения



ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РУКОВОДСТВЕ

ВИЧ-инфекция – хроническое инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы и приводящее к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита /1/.

ВИЧ-положительный человек – лицо, результаты анализа крови или анализа слюны (часто называемого анализом слюны) которого свидетельствуют о присутствии антител на ВИЧ. Тест может иногда давать ложноположительные результаты, особенно у младенцев в возрасте до 18 месяцев, в организме которых имеются материнские антитела /2/.

Гендер относится к социальным характеристикам и возможностям, связанным с принадлежностью к мужскому или женскому полу, к отношениям между женщинами и мужчинами, девочками и мальчиками, а также к отношениям между женщинами и между мужчинами. Данные характеристики, возможности и отношения являются социально сформированными и усваиваются в процессе социализации /2/.

Гендерная идентичность – присущий человеку глубоко прочувствованный внутренний и индивидуальный гендерный опыт, который может как совпадать, так и не совпадать с половой принадлежностью от рождения. Термин включает как личное ощущение тела, внешний облик или функции которого могут быть – при наличии свободного выбора – изменены медицинскими, хирургическими или другими средствами, так и другие характеристики пола, такие как одежда, речь и образ поведения /2/.

Дискриминация – любая форма произвольного разграничения, исключения или ограничения, затрагивающего человека, обычно (но не только) на основании врождённой индивидуальной особенности или очевидной принадлежности к какой-либо конкретной группе (применительно к СПИДу речь может идти о подтверждённом или предполагаемом ВИЧ-положительном статусе человека), независимо от обоснованности таких мер /2/.

Дружественный кабинет – специально организованный пункт предоставления профилактической и лечебно-диагностической помощи при инфекционных заболеваниях, передаваемых половым путем, зараженным ВИЧ-инфекцией и ключевым группам населения на бесплатной основе по принципам добровольности и конфиденциальности /3/.

Дискордантные пары – пары, в которых один из партнеров ВИЧ-положительный, а другой ВИЧ-отрицательный /4/.

Доконтактная профилактика – антиретровирусные лекарственные средства, прописываемые перед контактом или возможным контактом с источником ВИЧ. В ходе ряда исследований было доказано, что ежедневная пероральная доза подходящих антиретровирусных препаратов позволяет снизить риск ВИЧ-инфицирования половым или инъекционным путём как среди мужчин, так и женщин /2/.

Ключевые группы населения – мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, работники секс-бизнеса и их клиенты, трансгендерные лица, люди, употребляющие инъекционные наркотики, заключенные и другие



лица, находящиеся в местах лишения свободы. Эти группы населения зачастую страдают от карательных законов и стигматизирующей политики и более всего подвержены риску ВИЧ. Их привлечение является залогом успеха мер в ответ на ВИЧ в любой стране. Они играют ключевую роль как в развитии эпидемии, так и в ответных мерах. В более широком контексте можно использовать термин «ключевые группы населения с повышенным риском» для обозначения дополнительных групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску инфицирования или передачи ВИЧ, независимо от правовой и политической среды /2/.

ЛГБТИ – лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные и интерсексуальные люди (ЛГБТИ-люди). Несмотря на то, что следует по возможности избегать употребления сокращений, аббревиатура ЛГБТИ (или ЛГБТ) пользуется популярностью, поскольку она подчёркивает разнообразие сексуальной ориентации и гендерной идентичности /2, 5/.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) – лица мужского пола, имеющие половые контакты с лицами мужского пола, независимо от того, имеют ли они также половые контакты с женщинами и отождествляют ли они себя в личном или социальном плане с геями или бисексуалами /2/.



Секс-работники – женщины, мужчины и транссексуалы, взрослые и молодые люди (старше 18 лет), которые получают деньги или товары в обмен на сексуальные услуги, регулярно или время от времени /6/.

Стигма – динамический процесс обезценивания, ведущий к существенной дискредитации какого-либо лица в глазах других людей. В конкретных культурах или условиях окружающие обращают внимание на определенные характеристики, считая их постыдными или недостойными /2/.

Трансгендерность – это общее название широкого спектра феноменов идентичности, признаком которых является то, что внешность человека и другие его характеристики воспринимаются как гендерно атипичные; к трансгендерным людям причисляются транссексуалы, «кросс-дрессеры» (которых иногда называют «трансвеститы») и люди, относящие себя к «третьему гендеру». Трансгендерные женщины считают себя женщинами, но при рождении были отнесены к мужскому полу, трансгендерные мужчины считают себя мужчинами, но при рождении были отнесены к женскому полу, а некоторые трансгендерные люди вообще не идентифицируют себя ни с одним из двух гендеров в бинарной гендерной системе. Некоторые трансгендерные люди обращаются к хирургам или принимают гормоны, чтобы привести свое тело в соответствие со своей гендерной идентичностью; другие этого не делают /7/.

Химсекс – использование наркотиков до или во время сексуальных контактов с целью облегчения, усиления, продления или сохранения ощущений. Для химсекса обычно используют мефедрон, амфетамин, метамфетамин, гамма-оксимасляная кислота, гамма-бутиролактон, кокаин, кетамин, альфа-PVP и другие стимуляторы /8/.



ВВЕДЕНИЕ

Люди, обладающие меньшими социальными возможностями и менее защищенные законом, часто подвергаются более высокому риску заражения ВИЧ, подчеркивается в новом докладе Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС). Так, на ключевые группы населения приходится менее 5 % населения планеты, но в 2021 году на них и их половых партнеров приходилось 70 % новых случаев ВИЧ-инфекции /9/.

Рискованное поведение, как и уязвимость отдельных ключевых групп населения и их сообществ, оказывает значительное влияние **на динамику развития эпидемии ВИЧ-инфекции**. Причины непропорционального риска, которому подвергаются члены этих групп населения, включают как типичные модели их поведения, так и особые правовые и социальные обстоятельства, которые повышают их уязвимость.



Поэтому эффективность мер противодействия ВИЧ-инфекции непосредственно связана со степенью удовлетворения потребностей этих групп.

Обеспечение ключевых групп населения **равным доступом** к медицинским и социальным услугам в связи с ВИЧ-инфекцией и предоставление таких услуг остается приоритетной задачей для государства. Многолетние исследования и примеры из жизни реальных людей показывают, что МСМ и трансгендерные лица сталкиваются **с выраженными препятствиями** к получению качественных медицинских услуг из-за широко **распространенной стигмы** в отношении гомосексуальности и гендерной вариативности со стороны основной части общества и работников системы здравоохранения относительно.

История Мишель, трансгендерной женщины, об опыте получения медицинских услуг в Казахстане: «...На приеме медики узнают от меня, что я т-женщина и шушукуются: «Что же они с собою делают!». Это унижительно. Если не шушукуются, то зовут тихонько других, чтобы тоже посмотрели – вроде цирк какой-то. Мы на взводе. Нас постоянно приучают находиться в этом состоянии... У меня нет ни сил, ни желания снова обращаться к медикам за помощью, зная, как они будут на меня реагировать. Каждый раз это для меня большой стресс».

Дискриминация МСМ и трансгендерных лиц описывалась ЮНЭЙДС в качестве основной причины неудовлетворительных исходов в отношении физического и психического здоровья. Помимо непропорционально высокого бремени ИППП и ВИЧ-инфекции у МСМ и трансгендерных лиц отмечается более высокая частота депрессий, тревожности, курения, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, а также суицидов в результате хронического стресса, изоляции и невозможности обращения в различные медицинские и социальные службы.

Трансгендерные лица и МСМ могут **откладывать обращение** за медицинской помощью или избегать получение лечения

и информации, связанной с ИППП/ВИЧ, а также помощи и услуг из-за ощущаемых ими **гомофобии, невежества и равнодушия**. Они могут быть менее склонны к раскрытию своей сексуальной ориентации и других типов поведения при обращении в организации здравоохранения, что препятствует обсуждению проблемы с медицинским специалистом с целью последующего принятия клинических решений.

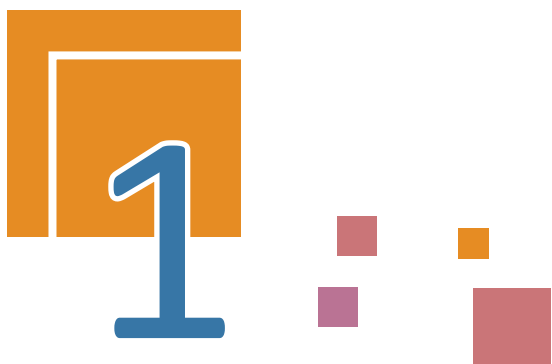
Иногда медицинские работники **имеют предвзятое мнение**, основанное на распространенных в обществе стереотипах и предрассудках, о людях различной сексуальной ориентации, типах сексуального поведения, гендерной идентичности. Это связано с несоответствием образа жизни КГН с теми культурными, моральными и религиозными устоями, которые разделяет медицинский работник, и подкрепляется недостатком знаний о таких людях, что негативно отражается на коммуникациях с пациентом.

Данное руководство посвящено **трем ключевым группам населения по определению ЮНЭЙДС**: мужчинам, практикующим секс с мужчинами, трансгендерным лицам, людям, живущим с ВИЧ и их половым партнерам.

Целью разработки руководства является разъяснение врачам психологии представителей гендерного и сексуального разнообразия и других ключевых групп населения, как **обычных членов нашего общества**, особенностей их консультирования и важности использования дружественного подхода в работе.

Руководство адресовано врачам различных специальностей **для своевременного оказания качественной медицинской помощи** по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем.





КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И ИХ УЯЗВИМОСТЬ ПЕРЕД ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

С развитием современного общества стали формироваться особые группы населения с различной степенью уязвимости, которые в силу своих физических или психических особенностей организма не могут получить равный доступ к реализации своих прав и свобод. Понятие «уязвимость» тесно связано с такими явлениями как «жертвенность», «лишение», «социальная зависимость» /10/.

Уязвимость определенных категорий лиц и индивидуумов имеет универсальный и постоянный характер. Согласно определению ВОЗ, «**уязвимые группы населения** – это какая-либо группа или часть общества с более **высоким** по сравнению с другими группами или остальным обществом **риском** подвергнуться **мерам дискриминационного характера**, насилию, стать жертвами природных катастроф или экономических кризисов» /11/.

Некоторые группы населения, отличающиеся определенными особенностями поведения или образа жизни, могут подвергаться сравнительно более высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией или отличаться от прочего населения по уровню доступа к информации или профилактическим мероприятиям. А также эти группы в силу своих особенностей могут

подвергаться дискриминации как в области осуществления общих прав человека, так и в области оказания медицинских услуг.

Группы людей, которые независимо от типа эпидемии или местных условий подвергаются **повышенному риску ВИЧ-инфицирования** в силу особенностей своего поведения называются «**ключевыми группами населения**» (ВОЗ). Кроме того, представители этих групп часто находятся в такой правовой и социальной ситуации, связанной с особенностями их поведения, которая еще больше повышает их уязвимость к ВИЧ-инфекции /6/.

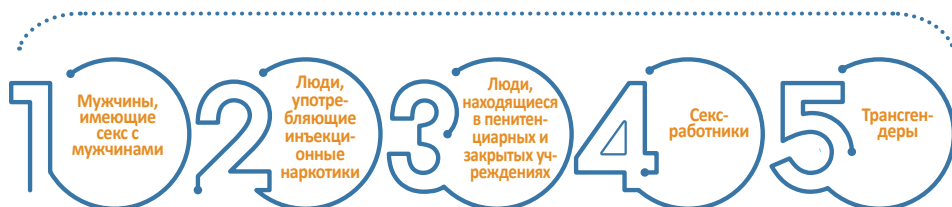
Люди, живущие с ВИЧ, имеют решающее значение для борьбы с ВИЧ и, следовательно, также часто рассматриваются в качестве ключевой группы населения. Названные группы имеют важное значение как с точки зрения динамики распространения ВИЧ-инфекции, так и с точки зрения их потенциального вклада в эффективную борьбу с эпидемией.

Факторы, повышающие уязвимость к ВИЧ-инфекции представителей КГН:

- дискриминация;
- стигматизация;
- насилие;
- отсутствие постоянного заработка;
- несовершенно и дискриминационное законодательство и соответствующая ему правоприменительная практика правоохранительных органов.



ЮНЭЙДС определяет 5 ключевых групп населения:



Эти факторы влияют на то, насколько эффективно отдельные лица или группы населения могут защитить себя от ВИЧ-инфекции или справиться с ее последствиями. Они также могут ограничить доступ людей к информации, лечебно-профилактическим услугам и изделиям, а также к необходимым видам лечения и помощи. Кроме того, из-за них и другие медицинские услуги, необходимые для удовлетворения особых потребностей ключевых групп населения, зачастую недостаточны или вовсе отсутствуют (например, операции по хирургической коррекции для трансгендеров и услуги по снижению вреда для лиц, употребляющих инъекционные наркотики). Географические условия и социальный контекст также могут повлиять на уязвимость человека к ВИЧ-инфекции.

Несмотря на Пункт 2, статьи 14, Конституции Республики Казахстан: «Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации...», а также принятие Казахстаном множества международных правозащитных документов, члены всех ключевых групп населения продолжают испытывать сильную стигматизацию и дискриминацию, сталкиваться с правовыми барьерами и ограничениями при получении соответствующих услуг. Уровень государственной поддержки программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции крайне низок, а количество и охват таких программ оказания услуг каждой группой населения явно недостаточны для сокращения числа новых случаев заражения /12/.

Криминализация, а также правовые и политические барьеры играют ключевую роль в уязвимости МСМ и трансгендерных лиц в отношении ВИЧ. В настоящее время более чем в 75 странах однополые сексуальные отношения криминализированы, а трансгендерные лица юридически не признаются в большинстве стран /13/. К слову, в Казахстане гомосексуальные отношения не являются незаконными с 1998 года, если они добровольные. При этом существует законодательный запрет на заключение брака между лицами одного пола и усыновление ими детей /14/.

Ставя акцент на трех КГН (**МСМ, ТГЛ, ЛЖВ и их партнеры**), мы руководствуемся тем, что это наиболее закрытые для общества группы.



1.1 МУЖЧИНЫ, ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

Слова «мужчина» и «секс» интерпретируются по-разному в различных культурах и обществах, а также вовлеченными людьми. В результате термин MSM охватывает широкое разнообразие условий и контекстов, в которых имеет место секс между мужчинами. Наиболее важно отметить различие между мужчинами с негетеросексуальной идентичностью (гей, или гомосексуал, бисексуал или другие специфические для разных культур понятия, отождествляемые с влечением к другим мужчинам), и мужчинами, идентифицирующими себя как гетеросексуалов, но вступающими в сексуальные отношения с другими мужчинами по различным причинам (таким, например, как изоляция, экономическая компенсация, сексуальное желание, принуждение). Условия с вынужденной сегрегацией полов (например, тюрьмы или военные учреждения) представляют собой важный контекст сексуальных отношений между мужчинами, не связанных с гомосексуальной идентичностью. В условиях лишения свободы, включающих возможные нарушения прав человека и отсутствие доступа к презервативам, риск передачи ВИЧ очень высок.

МСМ могут находиться как в постоянных партнерских отношениях с женщинами, включая официальный брак (в том числе детей), так и иметь случайные гетеросексуальные связи.

Но, повторимся, нужно понимать, что в этом случае МСМ могут и не идентифицировать себя с бисексуалами или геями, как принято думать в обществе о таких людях. Другими словами, их сексуальная идентичность может и не совпадать с сексуальной ориентацией. Под сексуальной идентичностью мы понимаем то, как люди идентифицируют свою собственную сексуальность – то, как они думают о себе с точки зрения своего физического и/или романтического влечения. То есть, МСМ вполне могут считать свою сексуальную идентичность гетеросексуальной. Для примера: в исследовании 1990-х годов Чикагского университета говорится, что только 16 % женщин и 36 % мужчин, сообщивших о каком-либо уровне однополого влечения, имели гомосексуальную или бисексуальную идентичность /15/.

При этом, сексуальная ориентация таких людей (то есть то, на кого направлено их влечение) определяется как гомо- или бисексуальная.

Зачастую МСМ не идентифицируют себя с гомо- или бисексуалами и не признают свою гомо- или бисексуальную ориентацию (если имеются физические и/или романтические отношения с женщинами) из-за существующей в обществе стигмы и в целом негативного отношения к ЛГБТ. То есть, они испытывают сексуальное влечение к своему полу, даже имеют секс с мужчинами, но идентифицируют себя с гетеросексуалами.

Интересно отметить, что, какая бы ни была у человека сексуальная ориентация или идентификация, они могут не совпадать с его сексуальным поведением (непосредственно сексуальной активностью человека). То есть человек может испытывать сексуальное влечение к своему полу, но в жизни никогда не иметь с ним половых отношений и не считать себя геем или бисексуалом.

По данным КНЦДИЗ, **оценочное количество МСМ** в Республике Казахстан составляет **62 000** человек. Распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ в 2021 году составила 6,9 %, что в 1,1 раза выше, чем в 2017 году /16/.

Оценка численности рассчитывается методом множителя на основании данных, полученных в ходе биоповеденческих исследований, кратность проведения которых один раз в два года: по четным годам среди ЛУИН, по нечетным годам – среди СР и МСМ. Опрос и обследование респондентов проводится анонимно с использованием специального семизначного кода (без ФИО, без адреса прописки).

Биоповеденческие исследования проводятся среди КГН для контроля эпидемиологической ситуации, изучения распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса, поведенческих факторов риска.

Подробная информация о расчетах оценочной численности КГН изложена в «Протоколах проведения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» 2014 года.

Мужчины, имеющие секс с мужчинами, не являются изолированной группой, но эта группа достаточно закрыта.

По данным ЮНЭЙДС, вероятность ВИЧ-инфицирования МСМ приблизительно в 28 раз выше аналогичного показателя для общего населения, что обусловлено и анатомо-физиологическими особенностями строения мочеполовой системы /9/.

Анатомо-физиологические особенности

Стенки кишечника намного тоньше, чем влагалище, и после анального секса в анусе появляются микротравмы и небольшие ранки. Функциональной особенностью слизистой оболочки толстой кишки является ее недостаточная барьерная функция, вследствие чего чужеродные вещества, токсины, инфекционные агенты через кишечную стенку могут легко попасть в кровоток.

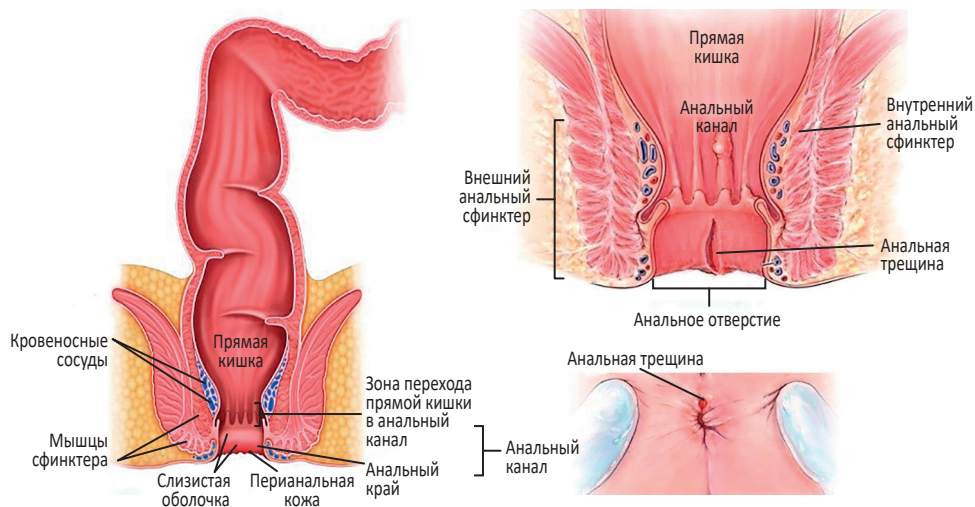
Согласно научным данным, наиболее характерной особенностью микропографии кишечных и анальных желез

является их тесное взаиморасположение с лимфоидными структурами этого органа. Лимфоидные фолликулы группируются в дистальном отделе прямой кишки человека, и, следовательно, этот участок может быть важен для развития иммунных реакций на патогены. Диффузная лимфоидная ткань и лимфоидные узелки (преимущественно с центрами размножения) располагаются возле устьев кишечных желез и выводных протоков анальных желез /17, 18/. Лимфоидные клетки эпителиальных и стромальных тканей прямой кишки являются органами первого контакта с вирусами, в том числе и ВИЧ. Изменения в лимфоцитах и плазмочитах прямой кишки приводят к повреждению местной иммунной защиты.

Из-за механической травматизации, учитывая скудность биологической смазки в прямой кишке, могут формироваться анальные трещины, солитарные язвы, когда слизистая травмируется постоянно в одном и том же месте (рисунок 1).

Трещины и изъязвления слизистой оболочки подвергают богатую лимфоидными аноректальную ткань повышенному риску инфицирования различными патогенами, в т. ч. ВИЧ /19/.

Рисунок 1 – Анатомия анального канала в норме и с анальной трещиной



Люди, практикующие анальный секс, входят в группу риска таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция и гепатит С. Бактерии, находящиеся в прямой кишке, попадая в мочеиспускательный канал, вызывают инфекционные заболевания, как например, уретрит или цистит. Эти же бактерии вызывают невенерические инфекции, такие как шигеллез, лямблиоз, амёбиаз, и могут также передаваться половым путем /20/.

Наиболее распространённой инфекцией, передающейся половым путём, являются аногенитальные (вирусные) бородавки, которые вызываются вирусом папилломы человека (ВПЧ). Если нам известно, что в основном ВПЧ приводит к раку шейки матки у женщин, то не нужно забывать, что они могут также приводить к развитию других вариантов аногенитального рака (пениса и ануса) у мужчин /21/.

Последствия анального секса непредсказуемы, и существует вполне объективная вероятность возникновения различных предраковых состояний и, что крайне опасно, рака прямой кишки. Данный факт подтверждается результатами научных исследований Б. Млакара (Mlakar B.), который на протяжении 2002–2006 годов изучал аноректальную патологию у лиц, регулярно занимающихся анальным сексом /22/. В итоге, у 4,0 % обследованных лиц диагностирован острый проктит, а в 96,0 % случаев наблюдались аногенитальные кондиломы, относящиеся к предраковой патологии. Важно отметить, что у 69,0 % пациентов имело место сочетание наружных и внутренних образований, в то время как у 18,0 % больных определялись изолированные внутрианальные кондиломы, которые визуализировались только при помощи дополнительных инструментально-диагностических приемов.

Результаты гистологических исследований биоптатов слизистой оболочки прямой кишки показали, что у 19,0 % лиц, регулярно занимающихся анальным сексом, наблюдались нарушения дифференцировки клеток различной степени выраженности, что явилось важным маркером формирования опухолевого процесса. Кроме того, у 2,7 % пациентов была

диагностирована внутрианальная карцинома (рак прямой кишки), потребовавшая проведения безотлагательных лечебных мер /23/.

Несоблюдение элементарных правил гигиены открывает прямой путь для проникновения кишечных инфекций в организм во время сексуальных игр и полового контакта, а также при неаккуратном обращении с использованными презервативами и грязными сексуальными игрушками. Снизить риск можно, избегая контакта с калом, соблюдая гигиену, используя презервативы и латексные перчатки.

Экстрагенитальные инфекции часто протекают бессимптомно и обнаруживаются при отсутствии зарегистрированного рискованного поведения, такого как рецептивный анальный и оральный половой акт. Так по данным исследования, среди MSM было обнаружено, что распространенность составляет 0,2–24,0 % для ректальной гонореи (медиана 5,9 %), 2,1–23,0 % для ректального хламидиоза (медиана 8,9 %). Эти нелеченные экстрагенитальные инфекции являются потенциальным резервуаром для продолжающейся передачи, а также могут привести к повышенному риску приобретения ВИЧ /24/.

Некоторые исследователи выявили наличие у спермы иммунодепрессивных свойств (блокирование Т-лимфоцитов факторами, содержащимися в сперме – TGFbeta-1, IL-10, активин, А, фоллистатин и др.), имеющие большое биологическое значение при преодолении иммуногенетического конфликта во время процесса оплодотворения женщины. Белки SP человека обладают ингибирующей способностью к пролиферации лимфоцитов, но в условиях окислительного стресса эти белки теряют свою иммуносупрессивную функцию. Так как в кишке более щелочная среда по сравнению со средой влагалища, иммуносупрессивные свойства усиливаются /25/. По мнению авторов исследования, это может явиться причиной снижения иммунной реактивности организма пассивного партнера /26, 27/.

Нужно учесть, что при анальном сексе часто бывает повреждение пениса, повышается вероятность разрыва его уздечки. Травма долго не заживает и причиняет боль, ведь крайняя плоть находится в постоянном движении. Также можно поранить крайнюю кромку окружности головки пениса.

Таким образом, имеется несколько факторов повышенного риска заражения ВИЧ среди MSM /28/:

Фактор повышенного риска	Объяснение
<p>1. Крайне ограниченный доступ к бесплатным презервативам, лубрикантам на водной основе и мерам по сокращению рискованного сексуального поведения, низкий уровень информированности в области ВИЧ</p>	<p>Боязнь осуждения и дискриминации со стороны медицинских работников; жесткая правовая среда; социальные ограничения (требование справки о наличии ВИЧ при приеме на работу и т. п.)</p>
<p><i>Это сдерживает мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, от прохождения тестирования на ВИЧ и обращения за консультацией, надлежащими, качественными услугами по профилактике, уходу и лечению. Согласно ЮНЭЙДС, в силу разных причин лишь каждый 20-й MSM в мире имеет доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ.</i></p>	
<p>2. Культуральные особенности региона</p>	<p>Мужчина, имеющий сексуальные отношения с мужчинами (да еще и ВИЧ-положительный) рискует быть исключенным из своего сообщества, в котором отсутствует эта норма.</p>
<p><i>В психологической практике имеются случаи, когда родственники угрожали жизни мужчин.</i></p>	

3. Гендерные стереотипы	Распространённые представления о мужском превосходстве подталкивают мужчин к рискованному сексуальному поведению и удерживают их от обращения за медицинскими услугами.
<i>Из комментария в гей-группе ВКонтакте: «Я никогда не использую презерватив при анальном сексе. Ну не могу я получать удовольствие, когда на мне какая-то резина. Да, есть риски. Но они есть при любом сексе».</i>	
4. Услуги по охране здоровья часто не отвечают потребностям мужчин	Часы работы медицинских учреждений совпадают с рабочими часами мужчин, в результате снижается вероятность того, что мужчины будут проходить тестирование на ВИЧ.
<i>В результате на момент постановки на антиретровирусное лечение мужчины имеют более низкое число клеток CD4, также снижается и вероятность того, что они останутся на лечении</i>	
5. Биологические факторы	Незащищенный рецептивный (принимающий) анальный секс по меньшей мере в 10 раз опаснее, чем незащищенный вагинальный секс.
<i>Передача венерических и инфекционных заболеваний при анальном сексе в 20–500 раз выше, чем во время вагинального секса</i>	
6. Поведенческие факторы	Промискуитет, непостоянное использование презервативов при анальном и оральном сексе, недостаток знаний о ВИЧ/ИППП, негативное или пренебрежительное отношение к безопасному сексу, высокий уровень употребления алкоголя и наркотиков.

Рискованное поведение способствует снижению уровня самоконтроля и принятию ответственных решений о сексуальном контакте

7. Виртуальное общение

Наличие сайтов для знакомств способствует тому, что традиционные места для знакомства МСМ (бары, клубы, бани) становятся менее востребованными, общение с потенциальным партнером становится обезличенным, виртуальным, для знакомства и получения информации о потенциальном партнере не требуется длительное время. При этом, МСМ и ТГЛ с положительным ВИЧ-статусом предпочитают не предоставлять эту информацию в личных анкетах. Однако реальный риск для МСМ в данном случае состоит в том, что ЛЖВ может не знать о своем статусе либо знать, но не принимать терапию и, соответственно, передавать вирус при незащищенном контакте.

Знакомство через интернет с сексуальным подтекстом повышает вероятность контакта с ВИЧ-инфицированным партнером

8. Социокультурные факторы

Стигма и дискриминация, гомофобия, расизм, ксенофобия и депрессия повышают риск употребления наркотиков, частоту незащищенного рецептивного/инсертивного анального секса, количество партнеров и практику непостоянного использования презервативов.

Стигма, ассоциированная с гомосексуальным сексом, препятствует признанию многими МСМ сексуальной идентичности (гомо- или бисексуальной): «Я не заражусь, поскольку не принадлежу к группе риска, я – гетеросексуал, и программы профилактики ВИЧ для гомо- и бисексуальных людей меня не касаются».

Подводя итоги, почему МСМ уязвимы к ВИЧ, можно выделить несколько факторов:

1. отсутствие достоверной информации о ВИЧ (путях передачи, способах защиты);
2. частая смена половых партнеров;
3. незащищённые половые контакты;
4. сексуальные контакты в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, в т. ч. химсекс;
5. сексуальное насилие;
6. отсутствие доступа к бесплатным презервативам и лубрикантам;
7. отсутствие информации, где можно пройти тестирование на ВИЧ/ИППП бесплатно и анонимно.

Гомосексуальные отношения являются частью сексуального репертуара человека и, как любые контакты между взрослыми людьми, происходящие по взаимному согласию и без принуждения, не должны вызывать агрессию и осуждение у другого человека, тем более со стороны медицинских специалистов. Любой человек имеет право удовлетворять свои сексуальные потребности и иметь возможность поддерживать и улучшать свое сексуальное здоровье, что отражено в документах Всемирной организации здравоохранения. Среди прочего, сексуальные права человека включают «право всех людей, свободных от принуждения, дискриминации и насилия, получать максимально достижимый стандарт сексуального здоровья и доступ к службам сексуального и репродуктивного здоровья; искать,

получать и передавать информацию, связанную с сексуальностью; получать сексуальное образование; выбирать сексуального партнера; принимать решение быть сексуально активным или нет; вступать в добровольные сексуальные отношения; вести безопасную, приносящую удовлетворение и удовольствие половую жизнь» /28/.





1.2 ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, И ИХ ПОЛОВЫЕ ПАРТНЕРЫ

Профилактика ВИЧ-инфекции и лечение ЛЖВ

По данным КНЦДИЗ, оценочное количество **ЛЖВ** составило в 2021 году **35 000**. Состоит на Д-учете 25 277 ЛЖВ, из них 22 315 получают АРВТ.

С 2009 года в нашей стране АРВТ предоставляется бесплатно за счет государства в рамках ГОБМП, также, как и динамическое наблюдение за ЛЖВ.

Эффективная АРВТ подавляет размножение ВИЧ, что приводит к восстановлению иммунитета человека, предотвращению развития вторичных заболеваний и одновременно снижению риска передачи заболевания другим людям.

Приверженность к АРВТ является самым важным элементом для достижения эффективности лечения ВИЧ-инфекции. Систематическое нарушение режима приема АРВТ (постоянные пропуски приема препаратов) может привести не только к снижению эффективности лечения, но и к возникновению устойчивых форм ВИЧ. ВИЧ постоянно мутирует. Мутации,

приводящие к резистентности, возникают, когда определяется вирусная нагрузка при регулярном приеме АРВТ. Поэтому соблюдение дозировки и режима приема АРВТ не только подавляет размножение ВИЧ в организме, но снижает риск развития резистентности ВИЧ /29/.

Благодаря АРВТ продолжительность жизни ЛЖВ уравнилась с продолжительностью жизни неинфицированных людей. Это значит, что сейчас люди с ВИЧ живут столько же, сколько и те, у кого нет вируса /30/.

Согласно рекомендациям ВОЗ, основанных на результатах клинических испытаний, использование АРВТ на ранних стадиях способствует сохранению жизни и укреплению здоровья людей с ВИЧ и снижению риска передачи вируса партнерам. В нашей стране предоставляют АРВТ всем в течение семи дней от момента выставления диагноза. По данным КНЦДИЗ, на конец 2021 года на диспансерном учете состояло 1165 МСМ с ВИЧ, из них 95% находятся на АРВТ.



В КАЗАХСТАНЕ

ПРИНИМАЮТСЯ

РАЗЛИЧНЫЕ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ

МЕРЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ

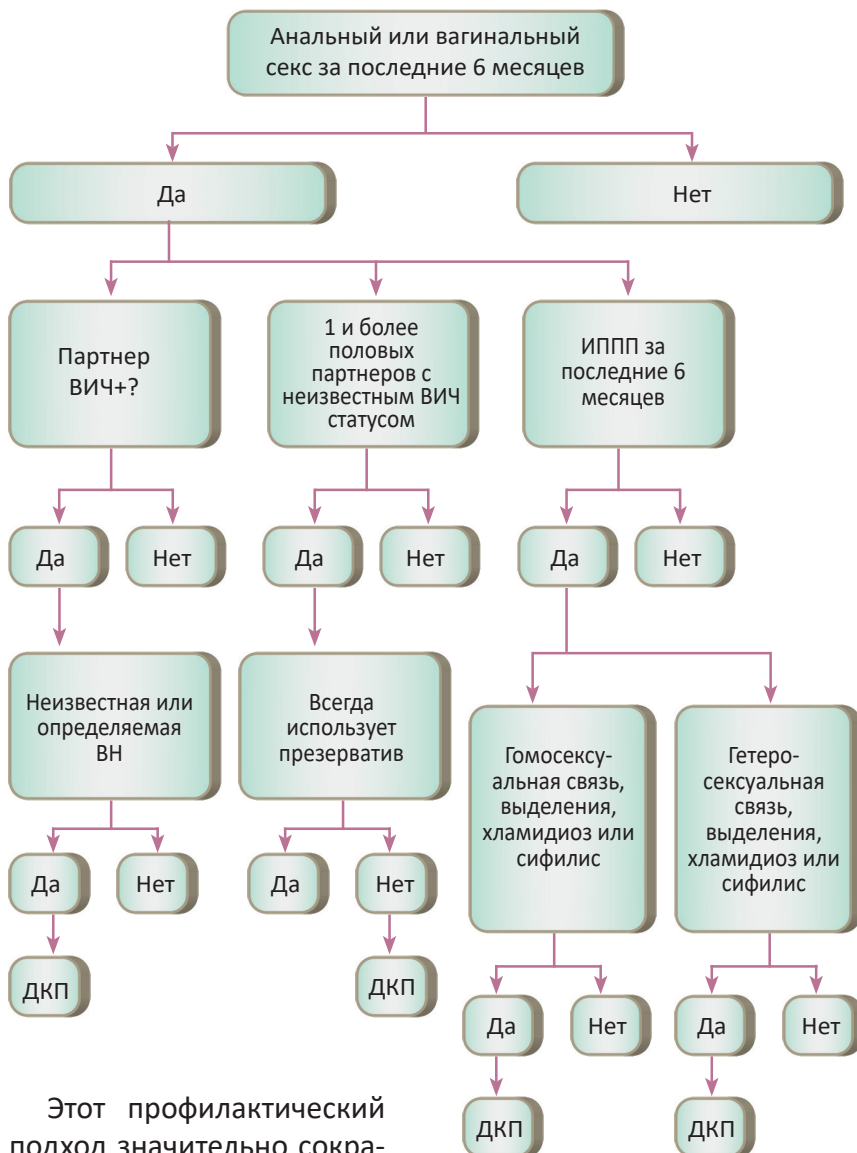
РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ

ВИЧ-ИНФЕКЦИИ,

РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ВОЗ.

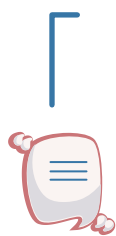
Среди них – использование презервативов, прием антиретровирусных препаратов в качестве доконтактной профилактики (ДКП), использование чистых игл и шприцев при употреблении наркотических средств, опиоидная заместительная терапия (например, метадоновая) и лечение ВИЧ-положительных людей для снижения вирусной нагрузки и предотвращения дальнейшего распространения вируса. **С 2020 года в нашей стране ДКП внедрили в работу СПИД-центров в рамках ГОБМП /1/.**

Кому показана ДКП /31, 32/:



Этот профилактический подход значительно сокращает число случаев заражения ВИЧ среди геев, бисексуалов, мужчин, практикующих секс с мужчинами, мужчин и женщин в гетеросексуальных парах, дискордантных парах /33/.

Риски этой КГН связаны с доступом к АРВТ, дискриминацией (в том числе трудовой), слабой подготовкой психологов, работающих с ВИЧ-позитивными людьми. ЮНЭЙДС отмечает, что ключевые группы населения испытывают трудности в получении услуг по лечению ВИЧ-инфекции, которые зачастую обуславливаются их страхом подвергнуться дискриминации в случае, если они обратятся за услугами в организации здравоохранения. Другими словами, от того, как данные группы принимают в СПИД-центрах, зависит то, как они будут проходить лечение и принимать терапию.



Из диалога врача-иммунолога с ВИЧ-положительным пациентом третьей стадии заболевания:

«Почему ты раньше не обращался в СПИД-центр?»

У меня был знакомый, которого уволили с работы, когда узнали, что он с ВИЧ. А узнали на обязательном ежегодном медосмотре. Я не хотел так же потерять работу. Поэтому и не сдавал анализы. Я узнал случайно, когда меня положили с аппендицитом в больницу, и пришлось сдать кровь на ВИЧ...»

Дискриминация, связанная с ВИЧ, имеет место в том случае, если наблюдается особое отношение к людям (ставящее их в невыгодное положение) из-за того, что у них обнаружен ВИЧ, имеются подозрения на то, что они ВИЧ-положительны или близко связаны с людьми, живущими с ВИЧ (например, партнерами или членами домохозяйства). Существуют различные уровни дискриминации. Она может иметь место внутри семьи или сообщества /34/. Например, когда люди:

- избегают людей, живущих с ВИЧ, или не позволяют им пользоваться той же посудой, что и другие члены домохозяйства;
- отвергают людей, живущих с ВИЧ, не разрешая им становиться членами группы или не желая контактов с ними.

Это может также происходить в среде различных учреждений, когда:

- люди, живущие с ВИЧ, отделяются от других пациентов организаций здравоохранения либо лишаются доступа к услугам здравоохранения или медицинскому страхованию из-за того, что они ВИЧ-положительны;
- руководитель не отстаивает права ЛЖВ и сообщает информацию о его ВИЧ-положительном статусе коллегам по работе без его согласия;
- детям, у которых установлен ВИЧ, не разрешается посещать школу.

Бывает также дискриминация на государственном уровне, когда она санкционирована или узаконена посредством законодательных актов и нормативных документов. Такие примеры включают:

- отказ во въезде в страну для людей, живущих с ВИЧ, из-за их ВИЧ-положительного статуса;
- запрет на занятие определенных должностей и определенные виды деятельности для людей, живущих с ВИЧ;
- обязательное исследование людей или групп на ВИЧ /35/.

В СПИД-центрах и организациях здравоохранения ВИЧ-положительные люди встречаются со стигматизацией, частой сменой терапевтов, отсутствием качественной психологической поддержки, бытовым любопытством со стороны медицинских специалистов («Откуда же у вас ВИЧ?»).

Не стоит забывать и о **дискордантных парах** – таких, в которых один из половых партнёров имеет ВИЧ-статус, оба партнёра знают о диагнозе и оценивают свои отношения как стабильные на протяжении не менее года. Партнеров ЛЖВ также можно отнести к уязвимым к ВИЧ группам населения.

ЧТО ПОВЫШАЕТ УЯЗВИМОСТЬ К ВИЧ ПАРТНЕРОВ ЛЖВ?

- Зачастую человек, имеющий ВИЧ, из-за страха потерять своего партнера не решается сказать ему о своем статусе.
- В высокой группе риска находятся и партнеры ЛЖВ, у которых вирусная нагрузка очень высокая, т. к. они не принимают АРВТ.
- Пренебрежение использованием презерватива (доверие партнеру, алкогольное/наркотическое опьянение, «секс по-быстрому» на вечеринках и т. д.).
- Частая смена половых партнеров, групповые половые контакты.
- Наличие ИППП.

1.3 ТРАНСГЕНДЕРНЫЕ ЛЮДИ

Как показали исследования ЮНЭЙДС, в 2019 году **риски инфицирования ВИЧ** среди трансгендерных людей были **в 13 раз выше**, чем среди остального взрослого населения /36/. Систематический обзор и метаанализ показал, что суммарный показатель распространённости ВИЧ среди трансгендерных женщин составил 19% в 15 странах /37/.

При этом **ТГЛ сталкиваются** со значительным проявлением **стигматизации, дискриминации и насилия**.

Причин подобного отношения к ТГЛ со стороны общества несколько. В первую очередь, это гендерное неравенство: **непризнание гендерной идентичности**. Это приводит к отказу в основных гражданских правах, таких как доступ к достоверным документам, удостоверяющим личность. В результате этого трансгендерные люди зачастую не могут получить доступ к услугам в связи с ВИЧ и сталкиваются с дискриминационным отношением со стороны поставщиков медицинских услуг.

Второе – многие трансгендерные женщины работают в сфере секс-бизнеса ради выживания, зачастую подвергаются насилию со стороны клиентов и жестокому обращению, что также увеличивает риск заражения ВИЧ.

Практика показывает, что стигма и дискриминация на основе гендерной идентичности часто пересекаются с другими

формами дискриминации. В частности, на основании ВИЧ-статуса, употребления наркотиков, участия в секс-работе или социально-экономического статуса. В этой связи, ТГЛ – наиболее уязвимая группа для ВИЧ и наименее охваченная медицинскими услугами, консультациями, психологической, юридической помощью в рамках профилактики и лечения ВИЧ. Кроме того, **ТГЛ – наиболее стигматизируемая обществом группа среди всех представителей ЛГБТ-сообщества.**

Исследование среди трансгендеров в Казахстане показывает, что барьерами для сдачи тестов на ВИЧ или получения информационной поддержки в этом вопросе являются страх несоблюдения конфиденциальности, отсутствие квалифицированных врачей, а также затрудненная доступность таких услуг для трансгендеров /38/.



Из диалога консультанта комьюнити-центра в Алматы с трансгендерной женщиной, оказывающей секс-услуги:

«Если я приду в СПИД-центр, у меня начнут спрашивать мои данные: ИИН, адрес и так далее. А у меня больные родители, которых я содержу, и я не хочу, чтобы они узнали, чем я зарабатываю. Дайте свой экспресс-тест, и я пойду».

Зачастую трансгендеры не имеют адекватной социальной, экономической, политической и юридической защиты. Дискриминация в отношении трансгендеров может являться результатом нескольких форм стигмы, связанной с их гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и предполагаемой сексуальной ориентацией. В Казахстане трансгендеры не могут получить удостоверение личности, соответствующее их гендеру без проведения хирургической коррекции пола (Ст. 257 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» от 26 декабря 2011 года № 518-IV. Пункт 13). Некоторые трансгендеры не желают делать операцию по изменению тела, и требование провести такую операцию является

препятствием для юридического признания их гендера. Операции по коррекции пола могут быть дорогостоящими, а их выполнению обучено ограниченное число хирургов. Отсутствие соответствующих гендеру удостоверений личности ограничивает доступ трансгендеров к медицинской помощи, образованию, трудоустройству и избирательным правам.

Данные, представленные ЮНЭЙДС за последние годы, показывают, что процент трансгендерных людей, избегающих тестирования на ВИЧ из-за стигмы и дискриминации, колеблется от 47% до 73% /39/. Исследования показывают, что ТГЛ, испытавшие стигму в сфере здравоохранения, **в три раза чаще избегают медицинской помощи**, чем трансгендерные люди, не испытавшие стигмы.

Таким образом, стигма, дискриминация и отсутствие возможности получения соответствующих гендеру удостоверений личности исключают многих трансгендеров из участия в общественной жизни, ограничивают их экономические возможности и приводят к бедности и маргинализации, что увеличивает их уязвимость к заражению ВИЧ-инфекцией.

Декриминализация секс-работы, неосуждение и воспитание нейтрального отношения общества к переодеванию человека в одежду противоположного пола, однополого сексуального поведения уменьшит незащищенность трансгендеров и их уязвимость к заражению ВИЧ-инфекцией. Обеспечение доступа трансгендеров к юридическому изменению гендера и имени, выдача им удостоверений личности, совпадающих с фактическим гендером, и запрещение дискриминации на почве гендерной идентичности или гендерного самовыражения улучшат возможности трансгендеров в плане трудоустройства, доступа к услугам здравоохранения и получения помощи в случае трансфобного насилия.

Государства-члены ВОЗ используют Международную классификацию болезней (МКБ) для регистрации заболеваний, возмещения расходов и распределения ресурсов. В текущей версии МКБ (**МКБ-10**) транссексуализм признан расстройством

половой идентификации, в разделе **«Психические расстройства и расстройства поведения» (F64.0)**. Нахождение в этой категории уже само по себе является дискриминацией и вызывает стресс и непринятие у трансгендерных людей. Так как им нужно проходить обследование у психиатров, получать консультацию психолога, сдавать дорогостоящие анализы, обследоваться у узких специалистов (эндокринолога, уролога, гинеколога, хирурга). Процедура освидетельствования осуществляется только **по достижению 21-летнего возраста** согласно Приказу Министра здравоохранения Республики, Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья»: «Пункт 4) Порядок медицинского освидетельствования и проведения смены пола для лиц с расстройствами половой идентификации согласно приложению 4 к настоящему приказу. Установленный диагноз F64.0 также ограничивает доступ при трудоустройстве, учебе, службе в силовых структурах» /40/.

Для того, чтобы нивелировать «стигматизацию трансгендеров», в МКБ-11 транссексуализм внесен в рубрику сексуального здоровья, класс 17 – «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем. Несоответствие пола» (несоответствие пола характеризуется выраженным и стойким несоответствием между сексуальным опытом индивидуума и его полом) /41/.

Безусловно, то, что трансгендерность остается в МКБ дает право таким людям на медико-социальную и правовую помощь. Но с другой стороны, специалисты в области сексуального здоровья – это те же психиатры, с теми же подходами ведения и наблюдения, протоколами прохождения комиссии, что и при МКБ-10.

Переход на МКБ-11 в Казахстане, на наш взгляд, должен сопровождаться увеличением количества подготовленных специалистов в области сексуального здоровья, разработкой клинических протоколов и усовершенствованием правовых актов.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЮДЕЙ ИЗ КГН

Жизнь современного казахстанского общества – это смесь различных культур, ценностей, правил и норм, не всегда понимаемых и принимаемых той или иной социальной группой. Это неизбежный результат и следствие глобализации, частью которой Казахстан является. Глобальные процессы повлияли на все сферы жизни, в том числе сексуальную. Отсюда всё большая открытость ЛГБТИ – сообщества, представители которого, как бы ни было это неожиданным, непонятным и неприятным для гетеро-нормативного большинства людей, стали проявлять себя как полноценные члены общества (люди видят, что представители ЛГБТИ есть не только среди привилегированного истеблишмента, но и среди обычных граждан). Однако быть маргинальной группой, которая все еще испытывает на себе стигматизацию и дискриминацию со стороны общества, ЛГБТИ не перестало. Это проявляется, в частности, и в доступности медицинских услуг для представителей этой группы. Под доступностью имеется в виду не столько физическая возможность получения медицинских услуг (которая, несомненно, в Казахстане имеется у всех граждан), сколько в определенном негативном отношении медицинского персонала к представителям ЛГБТИ, из-за чего они либо получают некачественные услуги, либо отказываются от них совсем.

Кроме названной группы существует еще одна группа, которая испытывает к себе предвзятое негативное отношение и которую зачастую связывают с ЛГБТИ (хотя это далеко не всегда так) – это ВИЧ-положительные люди, или ЛЖВ.

В этом контексте особенно остро встает проблема распространения ВИЧ среди ЛГБТИ-сообщества. В данном разделе рассмотрим некоторые психологические аспекты трех ключевых групп населения: мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных людей и группу ЛЖВ.

Как и почему происходит дискриминация указанных групп со стороны медицинского персонала и к чему это приводит?

Случай первый из практики психолога

«На психологическую консультацию пришел парень 22 лет, плохо говоривший по-русски, у которого случился грубый, незащищенный половой контакт с женщиной, в результате чего он обратился за помощью к проктологу. Врач после осмотра выписал рецепт, и, по рассказам пациента, абсолютно не желал объяснять, как и что принимать и применять. А из того, что он сказал, парень не понял ничего. Из-за стыда и того, что сама ситуация для него была шоковой, он не захотел расспрашивать врача, который всем своим видом



показывал негативное отношение к пациенту. В результате так и не поняв лечение, он пришел ко мне на консультацию, и мне ко всему прочему пришлось ему объяснять, как применять выписанные лекарства».

Для указанных групп (МСМ, ТГЛ и даже ЛЖВ) само обращение к «профильным» врачам (проктологу, дерматологу, венерологу или специалисту СПИД-центра) уже является стрессом не только потому, что они стыдятся возникших проблем со здоровьем, но и из-за страха быть не понятыми или униженными медицинским персоналом. Не секрет, что некоторые представители МСМ или ТГЛ своим поведением, манерами или внешним видом не соответствуют гендерным или социокультурным представлениям большинства людей. Именно поэтому в ЛГБТИ-среде существует понятие «ЛГБТ-френдли врач», «ЛГБТ-френдли-кабинет», «ЛГБТ-френдли-психолог» и так далее. Причем, действительно, найти подобных



«френдли» (дружественных) специалистов в Казахстане таким людям очень сложно. И вся причина именно в неприятии со стороны медицинских работников представителей ЛГБТИ.

Случай второй из практики психолога

«Трансгендерная персона с помощью экспресс-теста на ВИЧ получила положительный результат и для перепроверки пришла в СПИД-центр. Когда результаты подтвердились, ее направили к врачу-инфекционисту, который должен был назначить антиретровирусную терапию, исходя из анамнеза. Врач с издёвкой расспрашивал ее о половой жизни, ухмыляясь и качая головой, употребляя такие слова как «дорогуша», «сладкая», используя в своей профессиональной деятельности недопустимую фамильярность и предвзятость.

Чувство глубокого стыда в совокупности с шоковым состоянием от того, что она узнала свой статус, подтолкнули ее к попытке суицида, которую она не осуществила, и, благодаря рекомендации друзей, пришла в дружественный комьюнити-центр к психологу.

К сожалению, в практике имеются и более печальные истории, когда парень, узнав о своем положительном ВИЧ-статусе, отказался от терапии из-за самостигматизации, даже не дойдя до СПИД-центра».

Таким образом, явное проявление своей неприязни к гендерной идентичности обратившегося за помощью человека, его сексуальному поведению, не отвечающим социокультурным ценностям медицинского персонала, могут приводить к тому, что ключевые группы с одной стороны не получают необходимой медицинской помощи, а с другой – могут полностью отказываться от лечения, в частности АРВТ. Это приводит к дальнейшему распространению заболевания и увеличению количества ВИЧ-инфицированных людей.



ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ КЛИЕНТОВ ИЗ КГН

3.1 МУЖЧИНЫ, ПРАКТИКУЮЩИЕ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

Практика работы психолога показывает, что, как правило, МСМ – это люди, не принимающие свою сексуальную ориентацию, со самостигматизацией, травмой отверженности, нанесённой семьёй и близким окружением, либо постоянным страхом этой травмы. Поскольку культурные, семейные и другие ценности, традиционные для казахстанского общества, не только не подразумевают однополые отношения, но и строго их осуждают, то у МСМ возникает чувство вины за свою ориентацию и в результате формируется комплекс неполноценности. Часто такие люди эмоционально нестабильны, фрустрированы, иногда находятся в депрессии и апатии.

Рассмотрим ситуацию «МСМ на приеме у специалиста».

Как врач может поддержать контакт с МСМ-пациентом?

1. Спокойно, безэмоционально реагируйте на полученную информацию. Сохраняйте доброжелательное или нейтральное выражение лица, спокойный тон без насмешки или иронии.

2. Задавайте дополнительные вопросы исключительно по существу с целью фиксации фактов, а не ради удовлетворения любопытства. Сохраняйте рамки обсуждения конкретных проблем пациента и/или сексуального поведения, не уходя в сторону рассуждений о его сексуальной ориентации.
3. Уточняйте информацию безоценочно. Не морализируйте и не навешивайте ярлыков. Не используйте гомофобных и стигматизирующих формулировок в адрес пациента, будьте корректны в выборе слов.
4. Спокойно осуществляйте необходимые телесные прикосновения к пациенту.
5. Примите тот факт, что некоторые МСМ могут быть готовы к открытости не с первого раза; уважайте желание пациента не отвечать на какие-то вопросы.

Какое поведение врача может травмировать МСМ-пациента

1. Неприятие, отвращение, презрение, удивление, выраженные на словах или мимически («И что вам с женщинами не спится?» или «Что, вы правда никогда секс с женщиной не пробовали?»).
2. Бытовое любопытство, которое проявляется в попытках выяснить «А почему у вас так случилось?», «Зачем вам это?» или «А чем вам так не нравятся женщины?».
3. Обвинения, попытки связать сексуальную ориентацию пациента с фактом инфицирования («Ну а что вы хотели, если вы спите с мужчинами?»).
4. Морализаторство, попытки «учить жить» («А вы знаете, что геи вообще безнравственны?»).
5. Предложения обратиться к психиатру или другому специалисту «для излечения неправильной ориентации».
6. Смущение самого врача при разговоре на тему сексуальной ориентации и сексуальных практик.

Психологическая основа взаимодействия врача с МСМ-пациентом заключается не в каких-то специальных техниках, а в готовности принимать и уважать каждого пациента, как личность, учитывая его особенности. Сам факт принятия способствует формированию у пациента открытости во взаимодействии с врачом, снижению чувства тревоги, укреплению мотивации лечения.

Случай из практики уролога

«Пациент Д., 25 лет, обратился с целью обследования на ИППП. В ходе беседы с пациентом в нейтральном тоне мною были заданы вопросы о предыдущих посещениях урологов (последнее было два года назад), общем самочувствии, наличии стрессовых факторов и вредных привычек; сопутствующих заболеваниях; наличии перенесенных ранее ИППП; половых партнерах, об использовании презервативов, о последнем контакте на момент посещения. Постоянного полового партнера пациент не имел. Патологических образований и выделений не выявлено. Пациенту было рекомендовано сдать анализы на ИППП и разъяснено, что некоторые инфекции могут протекать бессимптомно и о правильности профилактического посещения специалиста. Анализы показали отсутствие инфекций.

Через два месяца данный пациент Д. обратился повторно. Он сообщил, что бисексуал (информация воспринята без эмоций), были заданы дополнительные вопросы о сексуальной практике. У пациента были оральные и анальные контакты, в том числе без использования средств защиты. С пациентом проведена беседа о риске беспорядочных контактов без применения средств защиты и необходимости регулярных обследований как его самого, так и партнеров (два раза в год, либо после незащищенного контакта). Пациенту также были рекомендованы анализы, как при первом посещении, дополнительно к ПЦР из уретры на ИППП добавлен ИФА метод. В результате выявлен ВПГ первого и второго типа методом ПЦР и ИФА, назначена



соответствующая терапия и половое воздержание на период лечения. Контрольный анализ проведен, через четыре недели после завершения курса лечения. Результат ПЦР на ВПГ из уретры отрицателен, ИФА-снижение концентраций антител (IgG)».

Подобный нейтральный подход к МСМ-пациенту будет способствовать открытому взаимодействию, где пациент не утаивает проблем, а готов предоставить врачу реальную картину о состоянии своего здоровья и связанных с этими вопросами. Многие МСМ так боятся рассказывать о своих сексуальных практиках или своей ориентации, что вообще не обращаются к врачам и в результате иногда поступают в запущенном состоянии.

Случай первый из практики проктолога

«Пациент Ж., 28 лет, обратился ко мне с жалобами на наличие образований в области заднего прохода, боли и жжение. Со слов пациента, ранее он обращался к специалистам, которые эндоскопически удалили одно образование без назначения дальнейшего обследования и лечения. По мнению пациента, отношение врачей было не

совсем внимательное, больше пренебрежительное. После чего пациент длительное время занимался самолечением и не хотел обращаться к врачам. По рекомендации друга, который ранее наблюдался у меня, обратился за консультацией. Во время консультации и осмотра в нейтральном тоне мною были заданы вопросы о возможных факторах риска возникновения вирусных образований в области заднего прохода (такие как посещение общественных бань, бассейна, использование общих гигиенических средств и полотенец, случайные незащищенные половые контакты), наличии сопутствующих заболеваний; перенесенных ранее ИППП; половых партнерах. Со слов пациента, у него имелся постоянный половой партнер. При разговоре не акцентировала слова «жена» или «муж», говорили только как о партнере. Так как у пациента выявились остроконечные кондиломы перианальной области и анального канала в крайне запущенной форме, ему была проведена операция по удалению кондилом с назначением противовирусной терапии. Мною был предложен без настаивания осмотр партнера (учитывая высокую контагиозность вирусного заболевания) и назначена профилактическая противовирусная терапия для партнера. Пациент регулярно наблюдается, так как риск рецидива высок».

Такой подход к МСМ-пациенту, особенно после неудачного опыта общения с врачом, способствует доверительному взаимоотношению, где пациент не утаивает свои жалобы, возможные причины их возникновения и готов к дальнейшему лечению и длительному наблюдению во благо своего здоровья и здоровья своего партнера.

Многие МСМ после неблагоприятных случаев обращения к врачам неохотно повторно наблюдаются и не продолжают лечение и в результате иногда доводят свое заболевание до запущенного состояния.

Случай второй из практики проктолога

«Пациент А., 26 лет, обратился ко мне с жалобами на острые боли при акте дефекации, затрудненную дефекацию оформленным стулом. Со слов пациента, прооперирован в

одной из частных клиник по удалению геморроидальных узлов с последующим удалением трещины, которая возникла в раннем послеоперационном периоде. В течение нескольких месяцев после операции отмечал вышеуказанные жалобы. Пациент обратился повторно к врачу, у которого проводил операцию. Врач, выслушав жалобы, намекнул на возможный нетрадиционный половой контакт в некорректной форме. После чего пациент решил обратиться к другому врачу и целенаправленно искал врача-женщину (так как решил, что именно гендерный фактор повлиял на отношение к нему, как к пациенту). После осмотра пациента выявлено послеоперационное осложнение, стриктура анального канала. У нас выстроились доверительные отношения без внедрения в личное пространство человека. Вопросы задавались корректно, по факту, учитывалось лабильное эмоциональное состояние пациента. Пациент прооперирован, проведена беседа о дальнейшем послеоперационном уходе. Наблюдается в течение года».

В таких конкретных случаях общения с МСМ-пациентом крайне важно учитывать эмоциональное состояние и выстроить вначале доверительное отношение, особенно после неудачного опыта общения с врачом. Желательно не задавать личных вопросов, которые не имеют отношения к данному заболеванию, случаю. Не говорить намеками и с усмешкой. Пациентами это может быть воспринято, как вторжение в личное пространство с целью стигматизации сексуального поведения. В итоге пациент может отказаться от дальнейшего лечения, что может привести к поздним осложнениям.

Что еще может предпринять врач для обеспечения возможности обсудить сексуальные практики с МСМ?

1. При сборе анамнеза вопрос о сексуальности может быть ненавязчиво и спокойно задан между другими вопросами о физическом статусе и/или семейном положении. Это позволит пациенту снизить уровень тревожности путем осознания того факта, что такой вопрос является нормальным и просто стоит в одном ряду с вопросами о других данных.

2. Важно разобраться, каковы могут быть точные формулировки вопросов врача относительно секса с мужчинами. Возможно, например, лучше сначала спросить: «Есть ли у вас постоянный сексуальный партнер? Один или несколько?», а затем уже спросить: «Пол вашего нынешнего сексуального партнера (ваших нынешних сексуальных партнеров): мужской, женский, и мужской, и женский?» (на вопросы с вариантами ответа обычно легче отвечать). Возможно, уместнее задать прямой вопрос о сексуальных практиках: «Практикуете ли вы секс с мужчинами?».



Важно! При осмыслении формулировок таких вопросов надо понимать, что они предназначены не только для МСМ-пациентов. Эти вопросы придется задавать всем пациентам, поскольку определить МСМ по внешности часто невозможно.

Случай первый из практики врача-дерматовенеролога

«В дружественный кабинет при СПИД-центре на прием пришел клиент МСМ по рекомендации своих друзей. Ранее он обращался в частную клинику с жалобами на выделения из уретры, запоры и жжение в области ануса. Со слов клиента, молодая врач-дерматовенеролог с неохотой и с пренебрежением разговаривала с ним и взяла мазок только на микроскопию. На следующий день клиент пришел на повторный прием, чтобы узнать результат анализа. Врач сидела с медицинской сестрой и с насмешливым выражением лица перешептывалась, показывая ей, что это тот самый представитель группы МСМ. Клиенту она сказала, что у него ничего не обнаружено и ничего не назначила. На доводы клиента, что у него продолжают выделяться, врач отреагировала, что это может пройти без лечения. Он рассказал своим друзьям, что чувствует наличие какой-то инфекции и не верит врачу. Друзья порекомендовали ему обратиться

в дружественный кабинет при СПИД-центре. Пока он рассказывал свои обиды, я деликатно расспросила о сексуальной жизни за последние месяцы, потом предложила осмотреть его и повторно взять соскоб из уретры и ануса на ПЦР на все основные инфекции, а также сдать кровь на сифилис и провести экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию. У клиента выявилась гонорея из уретры и трихомониаз из ануса, остальные инфекции были отрицательными. Клиенту была проведена консультация по безопасному сексуальному поведению и мерах профилактики, назначено лечение и рекомендовано прийти на повторный анализ через месяц».

Этот случай показывает, насколько травматичны в психологическом плане могут быть для представителя КГН эмоции, мимика, жесты, слова со стороны врача. Такое поведение представителя медицинского учреждения отрицательно влияет на желание пациента лечиться, что приводит не только к осложнениям с его здоровьем, но и дальнейшему распространению ИППП среди населения. При этом хорошо показано противоположное отношение к пациенту другого врача и, как следствие, приверженность лечению, улучшение здоровья и отношение к отечественной медицине в целом.

Случай второй из практики врача-дерматовенеролога

«На прием пришел клиент специально за доконтактной профилактикой. Основанием для ДКП стала диагностика ВИЧ-инфекции у партнера, и партнер не соглашался на АРВТ, аргументируя своим хорошим состоянием здоровья. Однако, мой клиент был хорошо осведомлен о ВИЧ-инфекции и старался уговорить своего партнера на АРВТ, решил поддержать его и тоже вместе с ним начать АРВТ в рамках ДКП. На сегодня мой клиент находится на ДКП, а партнер принимает АРВТ. Этот случай показал насколько трепетно и заботливо относятся представители группы MSM друг к другу».

Данный случай является не частым, многие представители ключевых групп плохо информированы об ИППП и

ВИЧ-инфекции, поэтому с каждым клиентом проводится консультирование по ИППП и ВИЧ-инфекции, путях заражения, мерах профилактики. В рамках дружественного кабинета клиенты ключевых групп населения могут обследоваться на основные ИППП, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, а также получить лечение на бесплатной основе.

3.2 ТРАНСГЕНДЕРНЫЕ ЛЮДИ

Психологические особенности ТГЛ во многом схожи с особенностями МСМ, но не во всем. При наличии похожего с МСМ набора психотравм, чувстве вины и неполноценности, они не принимают свою гендерную идентичность.

Более того, само явление трансгендерности ставит для традиционного общества под сомнение базовые понятия мужественности и женственности и делает ТГЛ уязвимыми перед этим обществом и обособленными. Это относительно новое явление не только для казахстанской медицины (в Казахстане, в частности, разрешена хирургическая смена пола только с 2020 года) /42/, но и для юриспруденции – ТГЛ очень сложно получить документы на другой пол. Это так же является препятствием для них в получении качественных медицинских услуг.



Из общих психологических проблем для обеих групп можно отметить следующее: с одной стороны, подавление сексуального чувства, с другой – чрезмерная сексуальная активность, чтобы компенсировать эмоциональную опустошенность. Именно поэтому они находятся в группе риска по инфицированию ВИЧ.

ТГЛ не склонны обращаться за медицинской помощью из-за:

- страха разглашения конфиденциальной информации, их гендерной идентичности и/или сексуальных предпочтений;
- ожидания получения некачественной помощи, связанной с предубеждениями к их гендерной идентичности, что может привести к дискриминации;
- нежелания слышать насмешливый или надменный тон в свой адрес;
- допущения того, что им могут отказать трансфобно-настроенные медицинские специалисты;
- неуместных и оскорбляющих личное достоинство вопросов, а также вопросов, не имеющих отношения к проблеме, с которой обратился к специалисту;
- опасения стать объектами «простого любопытства» со стороны медицинского работника;
- обращения к себе не по гендеру, с которым себя идентифицируют, а по имени согласно документам.

Для врача, работающего с трансгендерными людьми, важно знать следующее:

- это чрезвычайно уязвимые, замкнутые пациенты из-за трансфобии, они живут в состоянии хронического стресса, что повышает риск психических расстройств (в том числе суицидальных наклонностей), злоупотребления психоактивными веществами, развития сердечно-сосудистых заболеваний;

- необходимо собирать информацию о жизни пациента с целью оценки и профилактики рисков, связанных с лечением;
- к пациенту на приеме следует обращаться так, как он просит и как сам себя определяет, несмотря на его биологический пол и паспортные данные;
- многие ТГЛ привержены курению, как показателю маскулинности, что является фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний легких;
- некоторые подвержены заболеваниям желудочно-кишечного тракта (это обусловлено специфическими сексуальными практиками);
- у ТГЛ повышены риски развития онкологических заболеваний.

Для трансгендерных людей частыми **темами обращений** за помощью являются:

- здоровый образ жизни;
- ИППП;
- СПИД/гепатит;
- заболевания органов мочеполовой системы, в том числе эндокринологические заболевания, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы;
- гормональная терапия и осложнения гормональной терапии;
- репродуктивное здоровье;
- курение, алкоголь;
- освидетельствование у психиатров.

Врачу-эндокринологу, работающему с трансгендерными людьми, необходимо помнить:

- трансгендерные люди обращаются к эндокринологам с целью получения феминизирующей/маскулинизирующей терапии или в связи с подготовкой, а также после хирургической коррекции тела;

- решение о начале гормональной терапии принимает сам пациент, а не специалист, но специалист должен принимать прямое участие в лечении и ведении пациента.

Рассмотрим ситуацию «Трансгендерный человек на приеме у врача»

Прием начинается с приветствия. Необходимо представиться самому и спросить, как удобно обращаться к пациенту. Пример вопроса: «Подскажите, как я к вам могу обращаться?».

Если имя не имеет гендерного отличия, то попросите назвать предпочтительное гендерное местоимение, которое удобно пациенту.

Если случайно назвали пациента паспортными данными, то извинитесь и обратитесь к человеку тем именем и местоимением, которым он представился.

Если боитесь перепутать местоимения, то просто обращайтесь на «Вы».

Узнайте цели визита на прием. Если пациент смущен и не знает с чего начать, то спросите его, чем вы можете помочь ему. Покажите, что вы настроены дружелюбно и готовы помогать /43/.

Случай из практики врача-эндокринолога

«Пациентка Н., трансгендерная женщина, 24 года, обратилась с целью начать гормональную феминизирующую терапию. Она ничего не знала о препаратах, о том, какие необходимо пройти анализы перед стартом. Была очень взволнована и насторожена, поэтому я вежливо спросила, что ее беспокоит. Она призналась, что у нее ВИЧ-инфекция и ее беспокоит даже не наличие инфекции, сколько пренебрежительное отношение к ней врачей, их насмешки и желание «наставить на путь истинный». Это привело к тому, что она скрывает свой ВИЧ-позитивный статус и ее посещают мысли о суициде. Н. обратилась за помощью только потому, что была «наслышана» обо мне, и в случае моего отказа, она самостоятельно начала бы терапию гормональными препаратами неизвестного производства».

Этот случай в очередной раз показывает важность наличия дружественных по отношению к представителям КГН врачей. Ведь психологические проблемы, связанные с принятием своей гендерной идентичности, столкновение со стигматизацией со стороны общества, а особенно врачей, за помощью к которым он обращается, ведут такого пациента к различным разрушающим его здоровье действиям: отказу от лечения ВИЧ, ведению беспорядочной половой жизни и передаче партнерам ВИЧ и ИППП, попыткам суицида и т. д.

Рекомендации для врачей-эндокринологов по работе с ТГЛ:

1) Попросите у пациента документ – справку о прохождении комиссии по освидетельствованию лиц по смене пола. Если пациент забыл или пока не имеет данную справку, то вежливо попросите принести ее, как только сможет.

2) Сбор анамнеза

Задавайте только те вопросы, которые имеют отношение к решению проблемы.

Можно затрагивать темы ЗОЖ, диеты, внешности, но только в том случае, если пациент сам заинтересован в них. Если запросов на эти темы нет, то не настаивайте на них.

Вопросы репродукции – очень щепетильная тема для трансгендерных пациентов, и говорить о них нужно весьма деликатно. Узнайте решение пациента иметь детей. Если планирует, то объясните, какие методы осуществления репродуктивных планов существуют (ВРТ, возможность использования услуги криобанка). Укажите, как важно подумать о фертильности до начала гормональной или хирургической терапии. Предложите консультацию репродуктолога.



Никогда не комментируйте и избегайте оценки внешности человека, пришедшего на прием, если только сам пациент не спросит вашего мнения.

3) *Осмотр пациента* проводится с его разрешения. Если пациент не соглашается, то предложите пациенту пройти УЗИ-исследование у дружественного специалиста, а также сдать анализы на гормоны.

Если перед вами первый трансгендерный пациент, не паникуйте и не бойтесь, что сделаете что-то не так. Честно признайтесь, что такой пациент у вас первый, вы не знаете пока, как ему помочь, но обязательно постараетесь оказать ему помощь: поищите необходимую медицинскую информацию, спросите совета у коллег, либо направите к другому специалисту, который занимается гормональной сменой пола и имеет соответствующий опыт. Запишите все вопросы, которые у вас вызвали трудности, и попытайтесь на следующем приеме обсудить их.

При осмотре пациента обозначайте части тела медицинскими терминами, например, «молочная железа», «гонады», «наружные половые органы».

4) *Постановка диагноза*

В диагнозе указывайте эндокринологический диагноз (если таковой имеется). Если эндокринной патологии не выявлено, то выставляйте диагноз E35.8. Сопутствующим диагнозом выставляйте «Транссексуализм» или код, обозначенный в МКБ – F 64.0. Когда указать диагноз невозможно из-за риска дискриминации и/или угрозы здоровью и жизни пациента, укажите диагноз «Первичный приобретенный гипогонадизм».

5) *Лечение*

Перед началом лечения необходимо взять у пациента письменное информированное согласие на начало терапии. Затем до непосредственной терапии нужно обследовать пациента, оценить состояние здоровья и риски, которые могут возникнуть на фоне лечения /44/.

До начала гормональной терапии врач должен разъяснить пациенту цели гормональной терапии, обсудить с ним препараты, их эффективность, способы их введения, стоимость препаратов. А также:

- абсолютные и относительные показания для применения;
- ожидаемые результаты и сроки результатов;
- обратимые и необратимые последствия;
- риски развития побочных эффектов от препаратов;
- риски «самолечения» (бесконтрольной терапии, самостоятельной смены или отмены препаратов);
- сочетание терапии с другими препаратами, алкоголем, курением.

Врачу необходимо знать о препаратах, используемых в феминизирующей/маскулинизирующей терапии, их дозы, схемы лечения. Врач обязан следить за развитием побочных эффектов и приверженностью терапии.

Проговорите с пациентом планы на хирургическую коррекцию пола и репродуктивные планы, составьте список необходимых анализов перед стартом гормональной терапии.

Случай из практики эндокринолога

«Трансгендерный пациент Р., 24 года, обратился с желанием пройти курс маскулинизирующей гормонотерапии и получить заключение для комиссии у врача–эндокринолога. Обратился к специалисту впервые. Был взволнован, не смотрел в глаза, отвечал на вопросы смущенно и с опаской. Ранее пациент уже принимал инъекционные формы препарата тестостерона самостоятельно. Узнавал информацию о препаратах в интернете и отзывах других трансгендерных людей. Потому как стеснялся и боялся спросить информацию у врача общей практики, у которого наблюдался с хроническим заболеванием. Терапию он принимал не системно: то превышая кратность и дозу препарата, то отменяя на неопределенный срок. Использовал даже просроченный ввиду отсутствия рецепта на покупку нового препарата

и боязни обращаться к врачу за рецептом. Пациент предоставил справку от врача–психиатра с установленным диагнозом «F-64.0». Заключение психолога на момент осмотра не было предоставлено. Причиной назвал то, что «не знал, к кому можно обратиться и смогут ли принять по-человечески», а также то, что это дополнительные материальные расходы. Пациент планировал пройти хирургическую коррекцию пола. Его также интересовали вопросы репродукции, потому как он состоял в отношениях и хотел бы иметь детей. На момент обращения уже была проведена двусторонняя мастэктомия. Также пациент жаловался на выделения из половых путей, но за помощью к гинекологу не обращался из-за страха, что могут отказать в приеме. Пациент заметно успокоился, заметив на органайзере с папками наклейку с изображением флага трансгендеров. Я внимательно выслушала пациента, улыбнулась и дружелюбным тоном дала понять, что он может рассчитывать на мою помощь. Основываясь на его предпочтениях, подобрала гормонотерапию. Объяснив связанные с ней риски, эффекты, в том числе и побочные. Обсудили репродуктивные возможности. Пациент был осмотрен, даны рекомендации, назначена терапия, выписан рецепт. Выдано направление на прохождение лабораторно-инструментальных исследований и консультации дружественных врача-гинеколога и психолога. Пациент был доволен и спокоен, что может, не боясь быть непонятым и поднятым на смех, откровенно говорить о своих проблемах, желаниях, страхах. В завершение приема он открыто и с улыбкой смотрел на меня. На прощание сказав, что я в его жизни сыграла роль второй матери, подарив ему жизнь в новом теле».

Можно сказать, что это эталон общения с ТГЛ: мягкий тон, демонстрация дружелюбности по отношению к трансгендерам (флажок на столе – хороший маркер для этого), отсутствие иронии и морализаторства. Да, не всем пациентам врач может и должен уделять такое пристальное и трепетное внимание, как представителям ТГЛ. Но в виду того, что они находятся

в группе риска, и из общего количества пациентов у врачей ТГЛ единицы, такое обращение с ТГЛ принесет лишь положительные результаты.

б) Конфиденциальность

Принцип конфиденциальности на приёме означает, что информация (паспортные данные, сексуальная ориентация, данные осмотра) и материал (результаты анализов, данные инструментальной диагностики), полученные эндокринологом в процессе его работы с пациентом на основе доверительных отношений, не подлежат сознательному или случайному разглашению вне согласованных условий (например, если пациент сам разрешает рассказать родным и близким). У транскгендерных лиц до 16 лет только с разрешения родителей или законных опекунов.

Выводы

Врачу важно относиться к ТГЛ при работе с уважением, оказывать поддержку и помощь, соблюдать конфиденциальность, не использовать стигматизирующие формулировки, насмешливый или осуждающий тон, задавать только те вопросы, которые нужны для решения проблемы, чтобы личные убеждения не влияли на выполнение профессиональных обязательств.

3.3 ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ

Данная категория пациентов травмирована самим фактом признания наличия у них ВИЧ. Под травмой мы подразумеваем острые, тяжёлые пережитые моменты жизни, нарушившие ощущение безопасности или сопровождающиеся длительным стрессом. Это не психическое расстройство, требующее медикаментозного лечения, но явление, оказывающее негативное влияние на жизнедеятельность человека.

ВИЧ-инфицированные испытывают шок, зачастую не принимают факт наличия болезни.

Людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, зачастую приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами



задолго до того, как им понадобится медицинская помощь. Очень важно уделять особое внимание решению этих проблем. Эмоциональное самочувствие ВИЧ-положительных требует не менее серьезного подхода, чем физическое. Научиться жить с ВИЧ – сложная задача, она требует немало сил, а также поддержки и помощи со стороны близких, родных и специалистов.

У большинства ЛЖВ бывают тяжелые периоды в жизни, для которых характерны депрессия, тревожность, страх, нарушение сна, ночные кошмары, трудности концентрации внимания, чувство беспомощности, безнадежность, мысли о смерти. Эти и другие эмоциональные кризисы мешают заботиться о своем здоровье и порой приводят к трудно исправимым ошибкам. В период кризиса человек сталкивается сразу с несколькими проблемами и не видит выхода из сложившейся ситуации. В таком состоянии ему сложно разобраться даже в собственных чувствах и желаниях. Существуют несколько периодов, во время которых ВИЧ-положительные особенно уязвимы перед кризисом (постановка диагноза, посещение специалистов, появление первых болезненных симптомов, стресс от необходимости постоянного применения препаратов, появление серьезных болезненных симптомов, известие о смерти знакомого ВИЧ-положительного человека). Остановимся на некоторых из них.

Постановка диагноза. В первый момент при получении диагноза «ВИЧ+» большинство людей испытывает сильнейший шок. Затем перед ними встает вопрос, как сложится их дальнейшая жизнь, сколько она продлится и как это все отразится на близких им людях. Не существует «правильной» реакции на этот диагноз: все воспринимают его по-разному. Многих охватывают гнев, подавленность, отчаяние, страх за себя и близких. Некоторые в первый момент думают о самоубийстве. Другие, напротив, абсолютно спокойны. Нередко человек вначале не верит своему диагнозу. Большинство людей, узнавших о ВИЧ-статусе, вынуждены пересматривать свои представления о собственной жизни. В такие моменты очень важна поддержка близких, профессиональная помощь специалистов (психолога, эндокринолога, гинеколога, уролога, проктолога, инфекциониста, терапевта и других).

Посещение специалистов. Люди, живущие с ВИЧ, чаще всего со страхом относятся к посещению специалистов: посетить участкового врача либо врача Дружественного кабинета в первый раз – очень сложная задача.

Причиной этому является со стороны пациента:

- страх;
- незнание;
- неудачный предыдущий опыт обращения к медицинским работникам.

Со стороны медицинского работника в отношении пациента:

- стигма;
- дискриминация;
- низкая информированность;
- несоблюдение конфиденциальной информации;
- несоответствие вербального и невербального общения;
- постоянная загруженность медицинских работников и, как следствие, недостаточное внимание пациенту.

Особенности приема врача-гинеколога

Люди, живущие с ВИЧ, очень трепетно относятся к сбору анамнеза. Важно для пациента и то, как врач себя ведет на приеме (голос, тон, слова, взгляд, мимика, расстояние, поза). При осмотре на гинекологическом кресле важно показать пациенту что все материалы и инструменты стерильны. Для врача важно, чтобы пациенту было комфортно и спокойно. При каждой манипуляции важно спросить разрешения у пациента и объяснить, какие дальнейшие действия. Вся информация, полученная врачом, должна быть конфиденциальной. Дружелюбный тон, заинтересованность, профессионализм – залог успешного диалога с пациентом.

Случай первый из практики гинеколога

«Пациентка К., 24 года, ЛЖВ, РС обратилась на прием после предварительного звонка ко мне-врачу Дружественного кабинета. Встреча была назначена на определенное время, удобное пациенту и врачу. К назначенному времени пациентка не пришла. Я начала волноваться и набрала ее номер. На телефонный звонок пациентка не ответила, но через 10 минут постучали в дверь кабинета. Я встретила пациентку, предложила присесть на удобное ей место и спросила, все ли в порядке. Пациентка ответила очень агрессивно, что день начался плохо, ее бросил парень, в автобусе нагрубили пассажиры, а когда она пришла в поликлинику, столкнулась в регистратуре с вопросами, зачем ей нужен Дружественный кабинет и что ее интересует. Пациентка была обеспокоена, настроена агрессивно, в начале приема не доверяла врачу. Я постаралась выстроить доверительные отношения, объяснила, что в регистратуре новые сотрудники, не прошедшие инструктаж, выстроила «френдли-диалог» с пациенткой. Был проведен осмотр, взят мазок. Даны рекомендации, выданы презервативы. После консультации пациентки, была проведена беседа с новыми сотрудниками регистратуры. Пациентка посетила Дружественный кабинет через четыре дня. Проблем с регистратурой больше не возникало».

В данном случае мы видим, как врач может компенсировать явно недружественное поведение негативно настроенных к пациенту сотрудников клиники своим пониманием психологии пациента. Что отражается на дальнейшей приверженности пациента к лечению.

Случай второй из практики гинеколога

«Пациентка Д., 20 лет, ЛЖВ посетила Дружественный кабинет по рекомендации знакомых. На приеме она очень боялась смотреть в глаза, задавать вопросы. Со слов пациентки, предыдущий опыт общения с докторами был неудачным. Частая критика со стороны медицинских работников, неприятные вопросы, неуместный юмор и насмешки не давали ей возможности обследоваться в полном объеме. Пациентку беспокоили вопросы о здоровье, личной жизни и как ВИЧ может повлиять на ее будущее. Я успокоила пациентку, уверив в том, что прекрасно понимаю «боль» пациента. Озвучила, что вся информация, которая прозвучит в кабинете, будет конфиденциальной. Пациентка доверилась, рассказала о частых незащищенных половых актах, о положительном статусе, о своих страхах, о дискриминации и стигматизации со стороны общества. Пациентка была проконсультирована по вопросам ИППП, правилах использования презервативов. Были предоставлены адреса групп поддержки».

Случай из практики проктолога

«Пациент А., 48 лет, обратился в платное отделение проктологии для проведения операции по поводу геморроя. При поступлении были взяты все необходимые анализы, в том числе и анализ на ВИЧ. При беседе с пациентом наличие хронических и инфекционных заболеваний отрицал. Со слов пациента, на учете не состоял. Пациент был госпитализирован, рекомендовано начать подготовку к операции после получения результатов анализов. После чего пациент эмоционально жаловался на острые боли, выделения крови и просил прооперировать его в экстренном порядке, не дожидаясь результатов анализа. Учитывая правила клиники, в этом ему было отказано.

После получения результата положительного ВИЧ-анализа была проведена беседа с пациентом, где он признался, что состоит уже несколько лет на учете, получал антиретровирусное лечение с хорошим положительным результатом. Но не хотел сразу говорить об этом, так как боялся отказа в операции. Рассказал о неудачном опыте посещения одной клиники ранее, где, узнав про статус ВИЧ-инфицированного, ему отказали в операции и дальнейшем лечении. Пациенту было разъяснено о правах получения медицинской помощи, проведена операция с соблюдением мер предосторожности. Пациент выписан с дальнейшим наблюдением».

Многие пациенты из-за страха отказа в лечении могут скрывать свой диагноз, поэтому крайне важно перед операциями проводить все обследования и тщательно собирать анамнез у пациента. При выявлении положительного результата, необходимо провести беседу, разъяснить права и ответственность самого пациента.

Вопросы, которые нежелательно напрямую задавать ЛЖВ (по мнению пациентов):

1. «А вы знали, с кем вступали в половой контакт?»
2. «Как получилось, что вы «ВИЧ+», а партнер ваш «ВИЧ-»?»
3. «От какого вы заразились партнера: от того, с кем сейчас живете или от другого?»
4. «Как? У вас это не единственный партнер?»
5. «Если у вас «ВИЧ+», значит вы ЛУИН или ваш партнер ЛУИН?»
6. «Вы оказываете секс-услуги?»
7. «Почему решились на ребенка, не страшно вам?»
8. «Если у вас «ВИЧ+», значит будет кесарево сечение. Вы понимаете это?»
9. «Вы всегда так выглядели или это связано с ВИЧ?»
10. «Ваши родные знают о вашем статусе?»





ЭТИ 10 ВОПРОСОВ МОЖНО ЗАДАТЬ, ИСПОЛЬЗУЯ ПРИНЦИП БУТЕРБРОДА

№ вопроса	Варианты вопросов по принципу бутерброда
1	Спасибо, что доверились нам и посетили Дружественный кабинет
	Скажите, пожалуйста, у вас есть половой партнер?
	Ваш ответственный подход к своему здоровью – это очень важно. Мы всегда готовы ответить на любые интересующие вас вопросы
2	У вас хорошие результаты, спасибо, что ответственно подходите к приему лекарственных препаратов
	Какие средства защиты вы применяете при половом контакте?
	Мы рады будем видеть вас совместно с партнером, при возникновении вопросов и при получении препаратов и средств защиты
3	Спасибо, что пришли прослушать информацию об инфекциях, передаваемых половым путем
	Какие средства защиты вы используете при половом контакте? Был ли у вас не защищенный половой контакт?
	Очень важно, что вы заботитесь о своем здоровье и о здоровье своего полового партнера
4	Ваши вопросы для нас очень важны
	Подскажите, пожалуйста, были ли у вас половые партнеры до вашего супруга?
	Все, что обсуждается в данном кабинете, является конфиденциальным. Вы можете довериться нам и задавать любые возникшие у вас вопросы
5	Спасибо, что регулярно посещаете Дружественный кабинет
	Предлагали ли вам незащищенный секс или запрещенные препараты?
	Ежегодное обследование, использование лекарственных препаратов положительно влияет на ваше здоровье

6	Спасибо, что обратились в Дружественный кабинет
	Вы оказываете услуги за денежные средства?
	Спасибо за доверие. Вы можете обращаться в наш Дружественный кабинет, для получения информации об ИППП, ВИЧ/СПИД, о способах защиты от ИППП, для получения средств защиты
7	Спасибо за обращение! На все возникшие у вас вопросы мы ответим
	Как вы себя чувствуете? Есть ли у вас жалобы?
	Беременность – это состояние, когда могут возникнуть разные чувства, эмоции, страхи. При возникновении данных состояний, вы можете обратиться к нашим специалистам для получения необходимой информации
8	Прием АРВ-терапии проходит хорошо. Спасибо, что соблюдаете все рекомендации
	Способ родоразрешения зависит от вирусной нагрузки и сопутствующих заболеваний. Знаете ли вы что-нибудь об операции «Кесарево сечение»?
	Мы желаем вам хорошо доходить беременность и в доношенном сроке принять решение о методе родоразрешения
9	Спасибо, что обратились в наш Дружественный кабинет!
	Что вас беспокоит?
	Это очень важно, что вы следите за своим здоровьем. Все необходимые анализы и обследования вы можете пройти в ближайшее время в нашей клинике
10	Спасибо, что обратились к нам
	Кто вас поддержал, когда вы узнали о диагнозе?
	Очень важно, что вы обращаетесь за медицинской, психологической помощью. Всегда рады вас видеть и помочь при необходимости



3.4 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Традиционные взаимоотношения между врачом и пациентом строятся на модели «эксперт–реципиент». Мнение врача, как эксперта, играет важную роль в процессе принятия решений. В то же время исход врачебной коммуникации во многом зависит от возможности врача почувствовать и проникнуться проблемами пациента. Если врач не может скрыть своего негативного, осуждающего отношения к особенностям поведения пациента, расценивая их как патологические, социально неприемлемые и т. п., это вряд ли приведет к установлению доверительных и продуктивных отношений, необходимых для обсуждения проблем пациента и принятия адекватных решений, касающихся его здоровья.

ВАЖНО ПОМНИТЬ! У представителей КГН те же потребности, что и у остальных групп населения, не принадлежащих к данному сообществу. По их мнению, медицинские специалисты должны уметь оценивать проблему и ситуацию беспристрастно, непредвзято, быть честными, соблюдать конфиденциальность, уметь слушать и сопереживать проблемам пациента, ни в коем случае не должны подавлять.

Общие принципы эффективной работы с пациентами КГН

1. **Безоценочность, объективность, непредвзятость.** Профессионал не должен оценивать человека по его образу жизни. Его должны интересовать лишь медицинские аспекты обращения пациента.
2. **Уважительное отношение.** Это базовый принцип, выполнение которого ждут не только представители ключевых групп, но и любые пациенты.
3. **Конфиденциальность.** Необходимо с первых минут заверить пациента, что информация, полученная в ходе беседы, не будет никому передана. То, что происходит в кабинете врача, должно в этом же кабинете оставаться. Понятна потребность некоторых врачей, столкнувшихся с чем-то впервые в своей практике, да еще и экстраординарным (как, например, совершивший переход трансгендер), поделиться этим с семьей, друзьями, коллегами и так далее. Однако субъективные представления конкретного человека о представителе данной группы могут лишь усугубить ее стигматизацию и дискриминацию в обществе. Необходимо об этом всегда помнить и не нарушать профессиональную этику.
4. **Умение определять и оценивать риски в поведении.** Необходимо составить анамнез относительно сексуального поведения пациента и употребления им наркотиков.
5. **Предоставление рекомендаций по тестированию на ВИЧ.** Пациенту нужно объяснить, зачем ему проходить тестирование на ВИЧ, что означают результаты тестирования и дать информацию по соответствующим службам, с кем ему придется взаимодействовать.
6. **Понимание, что пациенты из числа представителей ключевых групп населения – это такие же пациенты, как и все остальные, только со своими особенностями во внешнем виде, в поведении, восприятии мира, в потребности медицинской помощи.**



ДРУЖЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ И ТЕХНИКИ ПОСТРОЕНИЯ КОММУНИКАЦИЙ С КГН

Акцентируясь на ключевых группах, с которыми нам приходится работать, мы часто употребляем слово «дружественность», «дружественный»: «дружественный кабинет», «дружественное поведение», «дружественное отношение» и так далее. Но что следует на самом деле понимать под этим словом? Определимся с этим понятием.

Итак, дружественность по отношению к МСМ, ЛЖВ, ТГЛ – это вовсе не заискивание перед этими людьми и не попытки записаться к ним «в друзья». Быть дружественным и работать в «дружественном кабинете» – не значит начать «любить» представителей этих групп, примеряя на себя их социальную роль, становиться частью их социокультурной жизни, ставя под сомнение собственные ценности. Вы для них – в первую очередь, профессионал, медицинский работник, врач. А они для вас – клиенты и пациенты.

Быть дружественным **значит быть толерантным, лояльным, эмпатичным и безопасным** для названных ключевых групп, способным выстроить доверительную коммуникацию с пациентом.

С конца 90-х годов существует термин «гей-френдли», или «ЛГБТ-френдли», который означает «гостеприимный, близкий

по духу или безопасный для гомосексуалов». В качестве «гей-френдли», в первую очередь, могут обозначаться рабочие места, медицинские учреждения и туристические направления, однако этим понятием могут обозначаться и учебные заведения, церкви, гостиницы и рестораны, городские кварталы и регионы.

В нашем случае мы говорим, что врач «дружественный» должен быть не только по отношению к представителям ЛГБТ, MSM, но и к ЛЖВ.

В русскоязычной среде ЛГБТ-активистов и правозащитников существует похожий «дружественности», но более широкий по смыслу термин «союзничество». «Союзничество» – позиция, согласно которой человек, не являясь частью какой-либо дискриминируемой группы людей, хочет помогать этой группе, прислушиваясь к потребностям и пожеланиям относящихся к ней людей; также это действия, проистекающие из такой позиции.

Таким образом, любой врач Дружественного кабинета или тот, который принимает клиентов/пациентов ключевых групп, помогает им (и не только в рамках собственных компетенций) может называться «врачом-союзником».



Для чего врачу необходимо демонстрировать дружелюбность с самого начала знакомства? Когда к нам впервые приходит пациент из любой ключевой группы, мы по внешнему виду не всегда можем эту группу определить. Но нам нужно это сделать, так как для МСМ, ТГЛ или ЛЖВ существуют свои нюансы в лечении. И, чтобы человек открылся, нам нужно подать ему «сигнал» о том, что мы – дружелюбны, лояльны, безопасны для него, что он полностью может нам доверять, и тогда доверие поможет нам собрать его полный анамнез.

Некоторые эксперты, работающие с ключевыми группами, советуют иметь на рабочем столе радужный флаг либо значок на халате. Однако, если врач работает со всеми категориями пациентов, а не только с ключевыми, подобный «сигнал» может смутить других. Да и сам врач не всегда готов визуально обозначать свою «ЛГБТ-дружелюбность»/союзничество. Именно поэтому наилучшим способом донести до пациента свою лояльность по отношению к нему мы считаем вербальный, то есть устный.

Давайте разберём, что конкретно необходимо выполнять при контакте с пациентом на практике, чтобы продемонстрировать дружелюбность и лояльность человеку ключевых групп.

В данном случае нам поможет опыт работы психологов с клиентами по налаживанию контакта и расположению к себе. Любой врач может взять себе на вооружение этот простой метод, и клиент ключевой группы будет не только к нему обращаться по мере необходимости, но и рекомендовать другим.

Общие рекомендации

В начале знакомства поздоровайтесь, пригласите присесть. Отложите бумаги и ручку в сторону. Слегка откиньтесь в кресле, примите расслабленную, комфортную позу, и клиент тоже расслабится. Руки на столе или на коленях. Установите контакт глаз. Не запрещается легкая дружелюбная улыбка.

Далее следует 1–2-минутная приветственная речь, которая не является шаблоном (у каждого врача она может быть своя), но **общую структуру следует сохранить**.

Начните диалог первым. Пока вы будете говорить, клиент привыкнет к вашему голосу и интонациям, успеет рассмотреть ваше лицо, мимику и жесты, освоиться в кабинете и собраться с мыслями.

«Здравствуйте, присаживайтесь, пожалуйста. Как я могу к вам обращаться? Асет? Очень приятно. Перед тем, как мы начнём, я скажу несколько слов о себе. Меня зовут Дархан Серикович. Я – врач-дерматовенеролог со стажем работы по специальности более 10-ти лет.

Я вас попрошу не стесняться, говорить открыто обо всём, что вас беспокоит. Если возникнет необходимость, я ещё задам вопросы по ходу нашей беседы. Понимаю, что приходится говорить об очень личных моментах, о которых не принято разговаривать с посторонним человеком, но я здесь не для того, чтобы вас осуждать. Поэтому любые жалобы и симптомы, любые темы, будь то необычные сексуальные практики, сексуальная ориентация или смена пола – всё, что может быть полезно для выяснения причин заболевания, постановки диагноза и лечения, можно со мной обсуждать (Примечание: эта фраза просигналит ключевым группам о нашей дружелюбности, а не ключевые пациенты смогут просто все отрицать). Я – врач, и закрытых тем для меня нет.

Договорились, Асет? Со своей стороны, я гарантирую сохранение врачебной тайны. Хорошо! Тогда рассказывайте, с чем вы пришли?»

Потратив пару минут на такое введение, вы, во-первых, настроите пациента на контакт, а во-вторых, продемонстрируете свою открытость к любой информации, какую он может предоставить.

Итак, вы представились, расположили пациента к дальнейшему диалогу. Однако все люди разные, и в процессе сбора анамнеза врач может столкнуться с тем, что пациент закрывается, перестает рассказывать, испытывая стыд, смущение, чувство вины, раздражение. В психологии это называется сопротивлением. Чаще всего это происходит на этапе знакомства



и первичного сбора анамнеза. Особенно сопротивление актуально при работе с ключевыми группами, так как рассказывать о своем сексуальном поведении (особенно, если оно не традиционное), таким людям крайне некомфортно. Поэтому, для того, чтобы снять сопротивление и расположить пациента к дальнейшей работе рекомендуется использовать следующие несложные речевые схемы:

- **Обезличивание своей персоны** («Когда я вас слушаю и провожу осмотр, я только врач. Мне даже некогда оценивать то, что вы говорите/ смотреть на вас, как на женщину/ мужчину, мой мозг занят другим»).
- **Легализация чувств клиента** («Я вижу ваше смтение/ смущение/страх. Испытывать подобные чувства в такой ситуации – это нормально»).

Со сложной в эмоциональном смысле ситуацией может столкнуться врач-инфекционист, который должен сообщить пациенту о его положительном ВИЧ-статусе.

Но и любой другой пациент из ключевых групп может прийти к врачу в стрессовом, эмоционально нестабильном состоянии, и тогда немного успокоить пациента может такая фраза:

«Иногда мы сталкиваемся с негативными чувствами, которые мешают нам действовать рационально и удовлетворять свои прямые потребности, в том числе, в качественном, оперативном лечении. Например, страх, смущение, стыд или неуверенность. У нас опускаются руки, накрывает чувство безысходности и бесполезности каких-либо действий. **Но это только чувства.** Можно подчиниться им, а можно преодолевать их и действовать, согласно своим целям. Ради жизни. Как бы то ни было, ни одно чувство не длится бесконечно. Как бы остро вы это сейчас не переживали,

пройдёт время, и интенсивность чувств снизится. А сейчас главное – принять лечение и продолжить жить».

- **Отступление, или шаг назад.** Если вы видите сопротивление пациента в процессе опроса, сбора анамнеза, чувствуете его «ершистость», недоверие, то вместо того, чтобы внушать ему необходимость открыться, оказывая психологическое давление («Вам необходимо рассказать всё, как есть») или запугивание («Если вы не расскажете мне правду, я не смогу вам помочь») покажите пациенту, что оставляете свободу выбора за ним, немного отступив («Я не могу настаивать, и, конечно, только вы сами решаете, что готовы рассказать, а что нет. Но чем больше информации вы мне предоставите, тем больше инструментов будет у меня для помощи вам»).
- **Вынесение собственных эмоций вперёд.** В вашей практике будут случаи, когда к вам впервые придёт представитель ключевой группы. Возможно, он будет выглядеть и вести себя не так, как вы привыкли (феминный мужчина, или обычный мужчина, но с маникюром и макияжем; трансгендерная женщина в парике и яркой одежде, которая, допустим, рассказывает о секс-работе и т. п.). У вас возникнут различные эмоции (и это естественно): удивление, отвращение, неприятие, любопытство. И главное в этой ситуации не стараться скрыть эмоции от пациента за непроницаемой маской равнодушия – это вам, скорее всего, не удастся и только негативно настроит пациента. Проявление эмоций у врача – допустимо! Важно, чтобы они не были негативные, агрессивные. И тогда вы можете сразу сказать: *«Это мой первый опыт, когда ко мне обращается трансгендерная персона, если я поведу себя некорректно, поправьте меня, пожалуйста»*. Иногда эмоции можно преобразовать в комплимент: *«Вы замечательно выглядите! Если бы вы мне сами сейчас об этом не сказали, я бы даже и не подумал, что вы – трансгендерная девушка»*.

- **Поощрение пациента за смелость, которую он уже проявил** («Я признаю ту смелость и мужество, которые необходимы, чтобы обратиться за помощью в таком деликатном вопросе. Многие на это так и не решаются. Вы – большой молодец, и я это уважаю»).
- **Проявите внимательность.** Если вы заметили перемену в настроении, изменение выражения лица, спросите, что встревожило пациента, о чем он беспокоится.



При всем этом есть рекомендации о том, чего **НЕ стоит делать** в общении с пациентом ключевых групп.

1. Осуждать поведение, образ жизни, наличие диагноза.
2. Поучать о том, как стоит жить, ссылаясь на религию, кодекс чести, государственное устройство и т. д. Поверьте, морализаторства в жизни такого человека хватает.
3. Использовать жаргонизмы или некорректное наименование сексуальной ориентации или гендерной идентичности, вместо утверждённой ЮНЭЙДС терминологии (например, «трансвестит/ транссексуал» вместо «трансгендерная персона»; «гомосексуалист» вместо гомосексуал/гей).
4. Не нужно говорить клиенту/пациенту ключевой группы о том, что у вас есть знакомый гей (трансгендерная персона), который выглядит по-другому. Вы должны понимать, что все ЛГБТ-пациенты разные, и опыт взаимодействия с одним из них не обязательно будет релевантен работе с другим.
5. Проявлять враждебность или агрессию невербально (взгляд исподлобья, нахмуренные брови, повы-

шенный тон голоса, резкие движения, хмыканье, цоканье) или вербально (любые высказывания негативного характера).

6. Обесценивать диагноз из лучших субъективных побуждений: «Подумаешь – ВИЧ, с ним живут, это тебе не рак!». Или обесценивать опыт: «Какая разница, какой ориентации?». Человек, возможно, из-за ориентации потерял контакт с семьёй и пережил много горя. Или: «Да какая разница девочка или мальчик? Главное ведь – все мы люди». А трансгендерный человек, вероятно, всю жизнь борется за то, чтобы сменить гендер физически и юридически.
7. Поднимать любые дискуссии о нравственности.

Может случиться так, что ваш пациент задаст вам личный неудобный вопрос. К таким ситуациям тоже нужно быть готовым. Он может прозвучать так: «Скажите, а вы тоже гей/ ВИЧ-позитивный/с гендерной дисфорией?». Вопрос пациента исходит от того, что у некоторых представителей ключевых групп возникает представление, что врач может быть дружественным лишь в том случае, если сам принадлежит к ключевой группе, и ему можно все доверить, а если нет, то лучше открыться не полностью (вдруг, информация выйдет за пределы кабинета). Отвечать на такой вопрос нужно не раздражаясь, не обижаясь, а также демонстрируя открытость со своей стороны: «Нет, я гетеросексуальный (-ая) мужчина/женщина, женат/замужем, трое детей, но это не имеет значения для нашей эффективной работы. Это не мешает мне вас понять, ко мне приходят такие клиенты как вы, и уверяю вас, вы меня ничем не смутите».

Вы можете расположить на видном для пациента месте любой символ или информацию, которая будет свидетельствовать, что с вами можно говорить об однополном сексе. Это могут быть книги, открытка, стикер, небольшой постер либо с информацией об МСМ, ТГЛ либо просто с распространенной символикой: например, изображением радужного флага – известного символа ЛГБТ или ношение броши на медицинском халате.

Этот символ является вариантом привлечения внимания ЛГБТ, т.к. понятен многим представителям этого сообщества (однако не всем!); не привлекает внимания людей, которые не знают данного символа.

Примеры из практики по применению символов

Пример гинеколога

«Я начала носить брошь в виде «Красной ленты» с 2000 года, тогда информация о ВИЧ не была так доступна, как сегодня. Люди, заметив брошь, всегда с интересом спрашивали, что обозначает данная лента, почему она красного цвета. Красная лента – это символ солидарности с теми, кого эпидемия СПИДа коснулась лично. Знак того, что мы знаем об этой проблеме и готовы помочь».

Пример эндокринолога

«Однажды, выйдя за покупками, я взяла эко-сумку с изображением флага трансгендерных людей. На улице ко мне обратилась девушка с вопросом, знаю ли я, что изображено на сумке. Я ответила, что прекрасно понимаю, что означает этот рисунок, так как поддерживаю трансгендерных персон и оказываю им помощь в решении тех проблем, с которыми ко мне обращаются, потому как являюсь врачом-эндокринологом, консультирую этих людей. На что она радостно обняла меня, сказав, что давно искала врача, но не знала к кому именно можно обратиться для ведения на гормональной терапии. И то, что я использую символику, даёт шанс таким людям найти дружественных врачей».



Отметим, что флаг трансгендерных людей может быть понятен только им, хотя нет гарантии, что все ТГЛ знают его. Поэтому использовать его можно. А радужный флаг, напротив, **может смутить других пациентов** врача, не относящихся

к ключевым группам. Используйте его с осторожностью. К тому же, не каждый врач готов размещать у себя на столе или халате этот символ.

Поэтому, в целом, мы рекомендуем все же вербальное обозначение себя ЛГБТ-френдли-специалистом.

Это может быть прямое проговаривание фраз вроде «Наш центр/ кабинет является дружественным по отношению ко всем пациентам, в том числе ЛГБТИ» или «В нашем центре оказывается медицинская помощь всем категориям граждан, в том числе ЛГБТ».

В любом случае, если у вас уже был положительный опыт общения с ЛГБТ-людьми, вас обязательно порекомендуют как ЛГБТ-френдли. Именно рекомендация друга или знакомого сегодня работает лучше флажков и указаний в визитке врача или на сайте.

К слову, в России представители ЛГБТ ищут информацию о френдли-врачах в тематических пабликах в социальных сетях либо в ЛГБТ-френдли организациях, комьюнити-центрах.

«Встретить негативное, обесценивающее и тем более агрессивное отношение со стороны врача хочется меньше всего: в медицинских кабинетах мы уязвимы и нуждаемся в помощи. Поэтому первая причина, почему френдли-медики нужны, – мы хотим не бояться на приеме, чувствовать себя комфортно и знать, что нам ничего не угрожает», – объясняет секс-просветительница и ведущая телеграм-канала «Помыла руки» Саша Казанцева. Она поясняет, что надежный способ найти проверенного врача – обратиться за рекомендацией в местные ЛГБТ-организации. Также многие ищут информацию о френдли-специалистах в ЛГБТ и феминистских пабликах. Но конечно, отзывы в интернете стоит перепроверять», – отмечает Казанцева (статья «Мы хотим не бояться на приеме. Почему ЛГБТ-пациентам сложно получить медицинскую помощь», www.takiedela.ru).

В Казахстане, к сожалению, нам не удалось найти списка ЛГБТ-френдли-врачей в социальных сетях. Но многие рекомендации даются, исходя из личного опыта общения с врачом.



КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КЛИЕНТУ ИЗ КГН

Для стандартизации действий врача при предоставлении помощи по наиболее часто встречающимся обращениям пациентов КГН в области репродуктивного здоровья и удобства восприятия нами разработаны и представлены алгоритмы в табличном варианте.



5.1 АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА ДЛЯ ВЫДАЧИ СПРАВКИ ДЛЯ КОМИССИИ ПО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ ЛИЦ, ЖЕЛАЮЩИХ СМЕНИТЬ ПАСПОРТНЫЙ ПОЛ

Спросите	Осмотрите/пальпируйте
<p>Поздоровайтесь, предложите присесть на стул, закройте дверь, представьтесь, спросите, как можно обратиться к нему (ней), каким местоимением, попросите рассказать о цели визита.</p> <p>Вслушайте внимательно.</p> <p>Попросите пациента предъявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • справку-заключение врача-психиатра с диагнозом F-64.0; • заключение психолога; • направление к эндокринологу или справку о прохождении комиссии по психолого-психиатрическому освидетельствованию лиц, желающих сменить пол, выданных психиатром РЦПЗ г. Алматы; • результаты лабораторно-инструментальных исследований. <p>Скажите, что вы зададите несколько личных вопросов до проведения осмотра.</p> <p>Спросите, какую он (она) помощь желает в дальнейшем получать от врача-эндокринолога.</p> <p>Узнайте, планирует ли пациент начать или уже принимает гормональную терапию.</p>	<p>Скажите, что вам необходимо провести медицинский осмотр. Обеспечьте приватность процедуры, если нет отдельной комнаты для осмотра, то отгородите место осмотра ширмой, окна должны быть закрыты жалюзи. В момент осмотра никто из других коллег и пациентов не должен мешать. Осмотр пациента осуществляется с разрешения самого пациента. Проводите стандартный эндокринологический осмотр, комментируя свои действия при осмотре, пальпации.</p> <p>Делайте соответствующие записи в медицинскую документацию.</p> <p>Выдайте справку-заключение с соответствующим эндокринологическим диагнозом и рекомендациями.</p>
<p>* процедура освидетельствования осуществляется по достижении 21-летнего возраста согласно Приказу Министра здравоохранения Республики, Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья». Пункт 4) Порядок медицинского освидетельствования и проведения смены пола для лиц с расстройствами половой идентификации согласно приложению 4 к настоящему приказу /45/.</p>	

5.2. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТОВ, ЖЕЛАЮЩИХ ИЛИ ПРИНИМАЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Спросите/попросите	Осмотрите/пальпируйте
<p>Поздоровайтесь, предложите присесть на стул, закройте дверь, представьтесь, спросите, как можно обратиться к нему (ней), каким местоимением, попросите рассказать о цели визита.</p> <p>Критерий для начала гормональной терапии: совершеннолетний возраст (21 год)</p> <p>Выслушайте внимательно все жалобы.</p> <p>Попросите пациента предъявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – справку-заключение врача-психиатра с диагнозом F-64.0; – результаты лабораторно-инструментальных исследований – Возьмите информированное согласие на проведение гормонотерапии. 	<p>Скажите, что вам необходимо провести медицинский осмотр. Обеспечьте приватность процедуры, если нет отдельной комнаты для осмотра, то отгородите место осмотра ширмой, окна должны быть закрыты жалюзи. В момент осмотра никто из других коллег и пациентов не должен мешать.</p> <p>Осмотр пациента осуществляется с разрешения самого пациента. Проводите стандартный эндокринологический осмотр, комментируя свои действия при осмотре, пальпации.</p>
<p>Скажите, что вы зададите несколько личных вопросов до проведения осмотра.</p> <p>Спросите трансмужчину о характере менструального цикла, трансженщину о сексуальной функции.</p>	<p>Обратите внимание</p> <ul style="list-style-type: none"> – Осмотр кожи: цвет, наличие стрий и высыпаний, степень и распределения оволосения на теле. – Осмотр грудных/молочных желез, пальпация: определить увеличение, плотность, болезненность, отек, наличие выделений из соска, характер рубцов (если таковые имеются) после оперативных вмешательств (маммопластика, мастэктомия).

Спросите/попросите	Осмотрите/пальпируйте
<p>Объясните и обсудите:</p> <ul style="list-style-type: none"> – преимущества и недостатки гормональной терапии, противопоказания и побочные эффекты; – ожидаемые результаты и сроки появления изменений; – риски развития побочных эффектов от препаратов; – приверженность к гормональной терапии, и способов их приема; – репродуктивные планы; – вопросы сексуальной функции; – информацию вероятной хирургической коррекции пола; – образ жизни пациента. <p>Важно!</p> <p>Серопозитивный результат анализа на парентеральные инфекции (например, ВИЧ, гепатиты В, С, Д) не является противопоказанием к назначению гормональной терапии. Гормонотерапия должна назначаться индивидуально с учетом цели пациентов, соотношения риска и пользы препаратов, их доступности и стоимости, наличия у пациентов сопутствующих заболеваний и других факторов.</p>	<p>Делайте соответствующие записи в медицинскую документацию. Назначьте необходимые анализы перед стартом гормональной терапии.</p> <p>Обозначьте название гормональных препаратов, дозы, способы их введения, кратность и длительность приема.</p> <p>Уведомите о сроках сдачи повторных анализов. Интерпретируйте полученные результаты анализов. По необходимости назначьте консультацию специалистов первичной медицинской помощи (семейные врачи, врачи общей практики), врачей-специалистов урогенитального профиля (гинеколога, уролога, андролога), врача-маммолога, врачей – специалистов лабораторно-инструментальной диагностики (врачи-лаборанты, врачи ультразвуковой диагностики) Выпишите и выдайте рецепты на гормональные препараты.</p>

5.3 АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА НА ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТОВ ДО/ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА

Спросите	Осмотрите/пальпируйте
<p>Поздоровайтесь, предложите присесть на стул, закройте дверь, представьтесь, спросите, как можно обратиться к нему (ней), каким местоимением, попросите рассказать о цели визита</p> <p>Выслушайте внимательно все жалобы.</p> <p>Попросите пациента предъявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – справку-заключение врача-психиатра с диагнозом F-64.0; – результаты лабораторно-инструментальных исследований; – заключение врача-хирурга. <p>Возьмите информированное согласие на проведение гормональной терапии.</p> <p>Критерий для начала гормональной терапии: совершеннолетний возраст (21 год)</p> <p>Скажите, что вы зададите несколько личных вопросов до проведения осмотра: «Планируете ли прибегнуть к хирургической коррекции пола? Какой объем хирургического вмешательства планируете? Ваши репродуктивные планы? Какую гормонотерапию предпочитаете до/после хирургической коррекции пола?»</p>	<p>Скажите, что вам необходимо провести медицинский осмотр. Обеспечьте приватность процедуры, если нет отдельной комнаты для осмотра, то отгородите место осмотра ширмой, окна должны быть закрыты жалюзи. В момент осмотра никто из других коллег и пациентов не должен мешать.</p> <p>Осмотр пациента осуществляется с разрешения самого пациента.</p> <p>Проводите стандартный эндокринологический осмотр, комментируя свои действия при осмотре, пальпации.</p> <p>Делайте соответствующие записи в медицинскую документацию.</p> <p>Назначьте необходимые анализы перед стартом гормональной терапии или на поддерживающей терапии до/после удаления гонад.</p>

Спросите	Осмотрите/пальпируйте
<p>Рекомендуйте наблюдение у хирурга, гинеколога, уролога, эндокринолога после хирургической коррекции пола.</p> <p>Вместе с пациентом решите вопрос репродукции до начала гормональной терапии и тем более до прохождения оперативных вмешательств по удалению или изменению репродуктивных органов</p> <p>даже если пациенты на момент обращения не проявляют заинтересованности в этом.</p> <p>Трансгендерных женщин необходимо проинформировать о возможности помещения спермы в криобанку до гормональной терапии либо после прекращения терапии,ждавших естественного восстановления количества сперматозоидов.</p> <p>Трансгендерных мужчин необходимо проинформировать о хранении яйцеклеток или эмбрионов в криобанке. Кратковременное прекращение приема тестостерона позволяет яичникам восстановиться для продуцирования яйцеклеток.</p>	<p>Терапия подбирается с учетом изменений состояния здоровья, возраста и образа жизни пациентов. При необходимости замените их на более безопасные препараты.</p> <p>Гормональная терапия после удаления гонад назначается пожизненно, если нет медицинских противопоказаний, и схожа с гормонозаместительной терапией пациентов с гипогонадизмом.</p>
<p>* Ст. 257 Кодекс РК «О браке (супружестве) и семье» от 26 декабря 2011 года № 518-IV. Пункт 13) Желание носить имя, отчество, фамилию, соответствующие выбранному полу, при хирургическом изменении пола /46, 47/.</p>	

5.4 АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ УРЕТРЫ, ВЛАГАЛИЩА, АНУСА НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ

Спросите	Осмотрите/пальпируйте/слушайте
<p>Поздоровайтесь, покажите свою доброжелательность, предложите присесть на стул, закройте дверь, спросите, как можно обратиться к нему (ней), попросите рассказать с какими жалобами пришел (пришла)</p> <p>Внимание! Выслушайте все жалобы. Потом скажите, что вы зададите несколько личных вопросов до проведения осмотра.</p> <p>Если клиент – женщина:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Вас беспокоят выделения из влагалища?» • Если «Да», то задаем уточняющие вопросы: • «Какого цвета выделения: прозрачные/белые или зеленые/серые/желтые/?» • «Выделения водянистые, слизистые или гнойные/с примесью крови/творожистые/пенистые?» • «Выделения обильные или скудные?» • «Выделения имеют неприятный запах?» • «Как долго беспокоят выделения?» • «Имеется ли зуд или жжение во влагалище?» • «Есть ли болезненность при мочеиспускании? Или беспокоят ли частые мочеиспускания?» • «Есть ли болезненность во время половых контактов?» 	<p>Внимание! Скажите, что вам необходимо провести медицинский осмотр. Обеспечьте приватность процедуры, если нет отдельной комнаты для осмотра, то отгородите место осмотра ширмой, окна должны быть закрыты жалюзи. В момент осмотра никто из других коллег и пациентов не должен мешать. Старайтесь комментировать все проводимые манипуляции и действия.</p> <p>Наденьте одноразовые перчатки, для каждого клиента каждый раз надевайте новые перчатки.</p> <p>Попросите раздеться, осмотрите весь кожный покров от макушки до пят.</p> <p>Возьмите одноразовый деревянный шпатель и скажите: «Я шпателем посмотрю горло, скажите «А-а-а». Проверьте ротоглотку, имеются ли гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин, налеты и язвочки.</p> <p>Проверьте подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы.</p>

Спросите	Осмотрите/пальпируйте/слушайте
<p>Если клиент – мужчина:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Вас беспокоят выделения из уретры?» • Если «Да», то задаем уточняющие вопросы: • «Какого цвета выделения: прозрачные/белые или зеленые/серые/желтые/?» • «Выделения водянистые, слизистые или гнойные/с примесью крови/творожистые/пенистые?» • «Выделения обильные или скудные?» • «Выделения имеют неприятный запах?» • «Как долго беспокоят выделения?» • «Имеется ли зуд или жжение в уретре?» • «Есть ли болезненность при мочеиспускании? Или беспокоят ли частые мочеиспускания?» • «Есть ли болезненность во время половых контактов?» <p>Для всех:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Имеются ли зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета, слизисто-гнойные выделения, нередко с примесью крови» • «Есть ли болезненность при акте дефекации?» • «Есть ли боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку?» • «Есть ли запоры?» • «Есть ли боль в горле при глотании?» 	<p>Для женщин, которые живут половой жизнью</p> <p>Попросите женщину лечь на кресло, объясните, как правильно ложиться.</p> <p>Скажите: «Я сначала просто осматрю визуально наружные половые органы» и осмотрите вход во влагалище и окружающую ткань (вульву) на наличие отечности, гиперемии и высыпаний.</p> <p>Затем произнесите: «Сейчас вставлю одноразовое зеркало и посмотрю слизистую стенок влагалища, уретру и шейку матки, когда буду вводить зеркало, расслабьтесь». Осмотрите имеются ли отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.</p> <p>Осмотрите анальное отверстие прямой кишки, имеются ли гиперемия кожных покровов складок анального отверстия, необильные слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из прямой кишки.</p> <p>Для мужчин</p> <ul style="list-style-type: none"> • Осмотрите слизистую оболочку наружного отверстия мочеиспускательного канала, имеются ли гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, выделения. • Осмотрите анальное отверстие прямой кишки, имеются ли гиперемия кожных покровов складок анального отверстия, необильные слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения.

Спросите	Осмотрите/пальпируйте/слушайте
<p>Эпидемиология</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Был ли незащищенный (половой, анальный или оральный) контакт?» • «Сколько у вас сексуальных партнеров?» • «Принимали ли вы в последнее время антибиотики или гормональные препараты?» • «Употребляли ли вы спиртное/наркотики в последнее время?». 	<p>Опишите выделения:</p> <ul style="list-style-type: none"> — цвет; — консистенцию; — запах. <p>При бактериальном вагинозе – бели с запахом рыбы, усиливающимся после полового контакта. При кандидозе – выделения густой консистенции белого цвета («творожистые»). При трихомониазе – выделения желто-зеленого цвета с неприятным запахом, могут быть пенистого характера. При гонорее – гнойные выделения. При хламидийной инфекции – выделения слизисто-гнойного характера.</p> <p>Пальпируйте:</p> <ul style="list-style-type: none"> • болезненные ощущения; напряжение в нижней части живота; • может наблюдаться увеличение паховых лимфатических узлов. <p>Возьмите мазок на микроскопию для определения кандидоза и бактериального вагиноза и ПЦР из трех локаций (из влагалища и шейки матки для женщин и из уретры для мужчин, из ануса и зева) на хламидиоз, гонорею, трихомониаз и уреамикоплазмоз.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если есть признаки других ИППП; • генитальная язва; • припухлость в паху. <p>Необходимо обследовать на сифилис и провести экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию.</p>

Лечение	Последующее наблюдение
<p>Проведите лечение по результатам ПЦР.</p> <p>Если обнаружен <i>Chlamydia trachomatis</i>, необходимо провести лечение согласно утвержденному клиническому протоколу «Хламидийная инфекция», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «3» октября 2019 года, протокол №74 /48/.</p> <p>Если обнаружен <i>N. Gonorrhoeae</i>, необходимо провести лечение, согласно утвержденному клиническому протоколу, «Гонококковая инфекция», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «3» октября 2019 года, протокол №74 /49/.</p> <p>Если обнаружен <i>T. Vaginalis</i>, необходимо провести лечение, согласно утвержденному клиническому протоколу, «Урогенитальный трихомоноз», рекомендованному Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года, протокол № 18 /50/.</p> <p>Если не обнаружены ни <i>S. trachomatis</i>, ни <i>N. Gonorrhoeae</i>, ни <i>T. Vaginalis</i>, но имеются выделения из половых путей, проведите лечение по протоколу «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями уреаплазмоза и микоплазмоза», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года, протокол №24 /51, 52/.</p> <p>При обнаружение при бактериоскопии дрожжей или их мицелии (чаще <i>S. albicans</i>) или ключевых клеток проведите лечение согласно утвержденному клиническому протоколу «Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища (бартолинит, вульвит, вагинит)», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития от «9» июня 2016 года, протокол №4 /53/.</p> <p>Лечите все ИППП, используя утвержденные клинические протоколы.</p> <p>Любого представителя КГН независимо от диагноза проконсультируйте по вопросам контрацепции и профилактики ИППП. Предложите консультацию по ВИЧ, его профилактике, по вопросам ДКП и ПКП, рекомендуйте обследоваться на ВИЧ /54/.</p>	<p>Контроль излеченности проводить согласно утвержденным клиническим протоколам через месяц после окончания лечения методом ПЦР.</p>

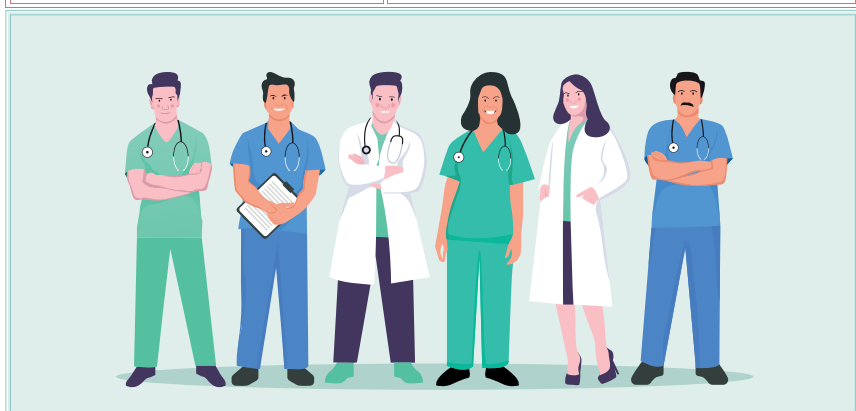
5.5 АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ЯЗВАХ/ЭРОЗИЯХ И ВЫСЫПАНИЯХ НА ГЕНИТАЛИЯХ И В ОБЛАСТИ АНУСА

Спросите	Осмотрите/пальпируйте/слушайте
<p>Внимание!</p> <p>Поздоровайтесь, покажите свою доброжелательность, предложите присесть на стул, закройте дверь, спросите, как можно обратиться к нему (ней), попросите рассказать с какими жалобами пришел (пришла).</p> <p>Выслушайте все жалобы.</p> <p>Потом скажите, что вы зададите несколько личных вопросов до проведения осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none">• «Есть ли высыпания в виде единичных и множественных пузырьков с серозным содержимым в области половых органов и ануса?»• «Есть ли язвы или эрозии (раны, ссадины) в области половых органов и ануса?»• «Есть ли припухлости в паховой области или по ходу других регионарных лимфатических узлов?»• «Есть ли высыпания на коже туловища, ладонях и подошвах?»• «Не заметили ли вы выпадение волос на волосистой части головы?»	<p>Внимание!</p> <p>Скажите, что вам необходимо провести медицинский осмотр. Обеспечьте приватность процедуры, если нет отдельной комнаты для осмотра, то отгородите место осмотра ширмой, окна должны быть закрыты жалюзи. В момент осмотра никто из других коллег и пациентов не должен мешать. Старайтесь комментировать все проводимые манипуляции и действия.</p> <p>Наденьте одноразовые перчатки, для каждого клиента каждый раз надевайте новые перчатки.</p> <p>Попросите раздеться, осмотрите весь кожный покров от макушки до пят на наличие пятнистых, папулезных, пустулезных и везикулезных высыпаний на коже и/или слизистых оболочках; лейкодермы (пятнистой, сетчатой, мраморной) на туловище, на ладонях и подошвах.</p> <p>Возьмите одноразовый деревянный шпатель и скажите: «Я шпателем посмотрю горло, скажите «А-а-а».</p> <p>Проверьте ротоглотку, имеются ли гиперемия, язвы, пузырьки на слизистых оболочках ротоглотки и миндалин.</p>

Спросите	Осмотрите/пальпируйте/слушайте
<p>Эпидемиология</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Был ли незащищенный (половой, анальный или оральный) контакт?» • «Сколько у вас сексуальных партнеров?» • «Принимали ли вы в последнее время антибиотики или гормональные препараты?» • «Употребляли ли вы спиртное/наркотики в последнее время?» 	<p>Проверьте подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы по величине лимфатических узлов, по консистенции (плотноэластические), по подвижности (подвижные), по безболезненности (безболезненные). Проверьте волосистую часть головы на наличие алопеции (мелкоочаговой, диффузной, смешанной).</p> <p>Для женщин, которые живут половой жизнью</p> <ul style="list-style-type: none"> • Попросите женщину лечь на кресло, объясните, как правильно ложиться, скажите: «Я сначала просто осмотрю визуально наружные половые органы» и осмотрите вход во влагалище и окружающую ткань (вульву) на наличие единичных или множественных сгруппированных пузырьков с серозным содержимым на гениталиях и язв/эрозий. • Затем скажите: «Сейчас вставлю одноразовое зеркало и посмотрю слизистую стенок влагалища, уретры и шейки матки, когда буду вводить зеркало, расслабьтесь». Имеются ли единичные или множественные сгруппированные пузырьки с серозным содержимым и язвы/эрозии на гениталиях и на шейке матки. • Осмотрите анальное отверстие прямой кишки, имеются ли единичные или множественные сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, язвы/эрозии, разрастания кожи в виде кондилом.

Спросите	Осмотрите/пальпируйте/слушайте
	<p>Для мужчин</p> <ul style="list-style-type: none"> Осмотрите слизистую оболочку головки полового члена на наличие единичных или множественных сгруппированных пузырьков с серозным содержимым и язв/ран/ссадин в области полового члена; Осмотрите анальное отверстие прямой кишки, имеются ли единичные или множественные сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, язвы/эрозии, разрастания кожи в виде кондилом. <p>Пальпируйте</p> <ul style="list-style-type: none"> Может наблюдаться увеличение паховых лимфатических узлов, достигающий размеров грецкого ореха, плотные, подвижные, неспаивающиеся с окружающей тканью, безболезненные. <p>Обследование</p> <p>Необходимо обследовать на сифилис, ПЦР-исследование на вирус простого герпеса I и II типов и провести экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию.</p>
Лечение	Последующее наблюдение
<p>Проведите лечение по результатам ПЦР/ Если обнаружена <i>Treponema pallidum</i>, необходимо провести лечение согласно утвержденному клиническому протоколу «Ранний сифилис», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» марта 2019 года, протокол №60 /55/.</p>	<p>Клинико-серологический контроль после специфического лечения сифилиса проводить согласно утвержденным клиническим протоколам. Индикаторы эффективности лечения генитального герпеса: отсутствие клинических симптомов заболевания; уменьшение частоты рецидивов; отсутствие осложнений.</p>

Лечение	Последующее наблюдение
<p>Если обнаружен вирус простого герпеса I и II типов, необходимо провести лечение согласно утвержденному клиническому протоколу «Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта», рекомендованному Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года, протокол № 18 /56/.</p> <p>Лечите все ИППП, используя утвержденные клинические протоколы.</p> <p>Любого представителя КГН независимо от диагноза проконсультируйте по вопросам контрацепции и профилактики ИППП. Предложите консультацию по ВИЧ, его профилактике, по вопросам ДКП и ПКП, рекомендуйте обследоваться на ВИЧ /54/.</p>	





ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из вышесказанного, отметим, что в каждом из нас заложен определенный набор традиционных ценностей, устоев, морали, норм и правил поведения в нашем обществе, благодаря которым мы идентифицируем себя как членов данного общества, в нашем случае – казахстанского. Для каждого человека важно и ценно то, что в него вкладывали родители, образовательные учреждения, наша среда. И «покушение» на них со стороны кого бы то ни было воспринимается нами, как угроза самой нашей жизни. Базовое чувство безопасности, которое мы получаем, находясь в своей «группе» единомышленников перестает быть для нас таковым, когда мы встречаемся с чуждыми нам ценностями. Для нас могут быть неприемлемы поведение, внешний вид, образ жизни, сексуальная ориентация или идентичность пациента, но пациентом при этом он не перестает для нас являться. Именно этим медицинские работники отличаются от других профессий – своей беспристрастностью.

В любой ситуации и с любым человеком – будь то представитель МСМ, ТГЛ или ЛЖВ – нужно в первую очередь оставаться профессионалом своего дела.

Наши ценности, мораль и устои остаются с нами, никто не призывает от них отказываться. Ведь для большинства в них заложена основа существования. При этом необходимо помнить, что для представителей ЛГБТИ этот базис может быть совершенно другим. И он тоже имеет место быть. У актеров есть хорошая поговорка «Входя в театр, вытирайте «ноги», которая означает, что как только вы переступили порог театра, вы оставили за ним свою семью, свои проблемы, свои заботы, и просто служите. Так и с медицинскими работниками – как только вы надеваете белый халат и переступаете порог кабинета, вы становитесь просто профессионалами, которые оказывают медицинскую помощь всем людям, независимо от их цвета кожи, сексуальной ориентации, политических и религиозных взглядов.



ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»
2. Руководство ЮНЭЙДС по терминологии, 2015 г., https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines
3. «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции». Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 октября 2020 года № ҚР ДСМ-137/2020
4. Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции, сентябрь 2015г., Всемирная организация здравоохранения
5. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
6. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход; Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
а. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161724/9789289051392_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Сайт глобальной кампании ООН против гомофобии и трансфобии <https://www.unfe.org/ru/definitions/>
8. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland, <https://www.hse.ie/eng/about/who/primarycare/socialinclusion/addiction/clinical-matters/chemsex-article-2018.pdf>
9. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС 2022,
а. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf
10. Fineman M., Fineman J.W. Vulnerability and the Legal Organization of Work (Gender in Law, Culture, and Society). Routledge, First edition (June 23, 2017). P. 3-4.

11. Wisner B., Adams J. Environmental health in emergencies and disasters. A Practical Guide. Malta. 2002. P. 13., a. https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keyops
12. «Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц», ВОЗ, 2011, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44619/9789244501757_rus.pdf?;jsessionid=7F6B1E9D3113EB63B5A0688A5F966296?sequence=3
13. Royce R., Sena A., Cates W., Cohen MS (1997) Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 336(15):1702–8.
14. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 года, №168-1 с 1 января 1998 года
15. E.O. Laumann, J. H. Gagnon, R. T. Michael, S. Michaels. *The Social Organization of Sexuality*, 750 (153), 1994 г.
16. «Эпидемиологическое слежение за распространенностью ВИЧ в группе МСМ», 2021г.
17. Gebbers JO, Kennel I, Laissue JA. Lymphfollikel der menschlichen Dickdarmschleimhaut: Funktionelle Morphologie [Lymphoid follicles of the human large bowel mucosa: structure and function]. *Verh Dtsch Ges Pathol*. 1992;76:126-30. German. PMID: 1283242.
18. «Прямая кишка и заднепроходный канал», А. М. Шестаков, М. Р. Сапин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 125 с. – ISBN 978-5-9704-1910-6. – EDN QKTLFD
19. Cameron IL, Kent JE, Philo R, Barnes CJ, Hardman WE. Numerical distribution of lymphoid nodules in the human sigmoid colon, rectosigmoidal junction, rectum, and anal canal. *Clin Anat*. 2006 Mar;19(2):164-70. doi: 10.1002/ca.20167. PMID: 16444704
20. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections, 2020: sexually transmitted enteric infections, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8210495/pdf/1678-9849-rsbmt-54-e2020598.pdf>

21. Публикация «Папиллом-авирусная инфекция человека: Стандарты эпиднадзора за управляемыми инфекциями», ВОЗ, <https://www.who.int/ru/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-hpv>
22. Mlakar B., Proctoscopy should be mandatory in men that have sex with men with external anogenital warts. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2009 Mar;18(1):7-11. PMID: 19350182.
23. Mlakar B., Kocjan BJ, Hošnjak L, Fujs Komloš K, Milošević M, Poljak M. Betapapillomaviruses in the anal canal of HIV positive and HIV negative men who have sex with men. *J Clin Virol.* 2014 Oct;61(2):237-41. doi: 10.1016/j.jcv.2014.07.009. Epub 2014 Jul 23. PMID: 25097015.
24. Chan PA, Robinette A, Montgomery M, Almonte A, Cu-Uvin S, Lonks JR, Chapin KC, Kojic EM, Hardy EJ. Extragenital Infections Caused by *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: A Review of the Literature. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2016:5758387. doi: 10.1155/2016/5758387. Epub 2016 Jun 5. PMID: 27366021; PMCID: PMC4913006.
25. Badia R, Iborra A, Palacio JR, Antich M, Martínez P. The effect of oxidative environment on immunosuppressive properties of human seminal plasma. *Am J Reprod Immunol.* 2008 Oct;60(4):354-60. doi: 10.1111/j.1600-0897.2008.00634.x. PMID: 19046142.
26. Rodríguez-Martínez H, Kvist U, Ernerudh J, Sanz L, Calvete JJ. Seminal plasma proteins: what role do they play? *Am J Reprod Immunol.* 2011 Jul;66 Suppl 1:11-22. doi: 10.1111/j.1600-0897.2011.01033.x. PMID: 21726334.
27. Wolff H. The biologic significance of white blood cells in semen. *Fertil Steril.* 1995 Jun;63(6):1143-57. doi: 10.1016/s0015-0282(16)57588-8. PMID: 7750580.
28. Л. Гейдар; под ред. М. Андрущенко. «Социальная работа с людьми, практикующими однополые сексуальные отношения: Теория. Методики. Лучшие практики». К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2009 г., 196с., https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/lgbt_manual.pdf

29. Информационный бюллетень «Устойчивость ВИЧ к лекарственным препаратам», ВОЗ, 2021 г., <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-drug-resistance>
30. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30066-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30066-8/fulltext)
31. Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update Clinical Practice Guideline
32. Абишев А.Т., Касымбекова С.Ж., Утегенова А.К., Кикбаева Г.И. «Предоставление услуг доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции» (методические рекомендации), МЗРК, Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний. Алматы, 2022 г.
33. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach July 2021, WHO
34. «Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ. Руководство пользователя». IPPF, GNP+, ICW, UNAIDS. Издано в феврале 2008 года в Великобритании в качестве благотворительной организации. UK Registered Charity. Номер 229476
35. «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции». Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020
36. «ВИЧ, трансгендерные и другие гендерно разнообразные люди», 2021г., https://www.unaids.org/sites/default/files/styles/large/public/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_ru.pdf.png?itok=O8DKC26I
37. Аналитическая справка «Трансгендеры и ВИЧ-инфекция», ВОЗ, 2015 г., https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/304262/RUS-Transgender-Policy-Brief.pdf

38. «Оценка потребностей трансгендеров Кыргызстан, Казахстан, Узбекистан, Таджикистан»,ОО «Лабрис», ОО «Кыргыз Индиго», 2015-2016гг.,https://docs.wixstatic.com/ugd/feded1_20c23f18ddf94ed3857bdf805a6c06bf.pdf
39. «Глобальный мониторинг СПИДа», ЮНЭЙДС, 2020 г., <https://aidsinfo.unaids.org>
40. ICD-10 Version: 2015 [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 <https://icd.who.int/browse10/2015/en>
41. International Classification of Diseases 11th Revision, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
42. <https://mk-kz.kz/social/2020/12/02/kazakhstancy-poluchili-officialnoe-razreshenie-na-smenu-pola.html>
43. «Лучше отечественные и зарубежные практики в работе с трансгендерными людьми». Москва – Санкт-Петербург, 2020 г. Под редакцией Грин И. С., стр. 8-16
44. «Стандарты медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам», Гормональная терапия, 8 раздел, стр.48-65. Репродуктивное здоровье 9 раздел, стр.69-70.WPATH, 7 версия , 2013 г.
45. Приказ Министра здравоохранения Республики, Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья».
46. Кодекс РК «О браке (супружестве) и семье» от 26 декабря 2011 года № 518-IV, Ст. 257.
47. «Юридическое признание гендера в Казахстане». Чернобиль Т.В., Алматы, 2018 г.
48. Клинический протокол «Хламидийная инфекция», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «3» октября 2019 года, протокол №74.
49. Клинический протокол «Гонококковая инфекция», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «3» октября 2019 года, протокол №74.

50. Клинический протокол «Урогенитальный трихомоноз», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года, протокол № 18.
51. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections, June 2021, WHO.
52. Клинический протокол «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями уреоплазмоза и микоплазмоза», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года, протокол №24.
53. Клинический протокол «Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища (бартолинит, вульвит, вагинит)», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития от «9» июня 2016 года, протокол №4.
54. Клинический протокол «ВИЧ-инфекция у взрослых», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2020 года, протокол №97.
55. Клинический протокол «Ранний сифилис», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» марта 2019 года, протокол №60.
56. Клинический протокол «Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года, протокол № 18.

Заимствование фрагментов текста, графиков и таблиц возможно в некоммерческих целях только при указании источника

© ЮНФПА в Казахстане

Иллюстрации предоставлены: redgreystock / Freepik и Vecteezy.com