МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯУДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
«УДМУРТСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ
СО СПИДОМ И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СБОРНИК НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ СТАТЕЙ, ПОСВЯЩЕННЫЙ 25-ЛЕТИЮ СЛУЖБЫ СПИД В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ижевск
2014

УДК 616.98:578.828.6:614.21(470.51)
А 44

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Горбунов Олег Борисович – главный врач БУЗ УР « УР УРЦ СПИД и ИЗ»;
Курина Надежда Васильевна – заместитель главного врача по медицинской части БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»;
Лещева Галина Геннадьевна – заместитель главного врача по ОМР БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»;
Плехова Мария Владимировна – главный редактор научно-практического журнала «Консилиум».

А 44 **Актуальные** вопросы ВИЧ-инфекции на современном этапе развития эпидемии в Удмуртской Республике: сборник научно-практических статей, посвященный 25-летию службы СПИД в Удмуртской Республике / БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ». – Ижевск: ООО «Российский аукционный дом», 2014. – 108 с.

Сборник посвящается 25-летнему юбилею службы СПИД в Удмуртии. Представлены материалы, освещающие деятельность Удмуртского республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, а также центров, расположенных в районах республики. Рассматриваются вопросы эпидемиологии, лабораторной диагностики, клиники и лечения, профилактики ВИЧ-инфекции на современном этапе. Также приведены нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность службы профилактики СПИД в Российской Федерации.

Журнал издан за счет средств, полученных в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы.

Научно-практический журнал для медицинских и фармацевтических работников «Консилиум»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор
М. В. Плехова
e-mail: skiz_plehova@mail.ru

Координатор медицинского направления
Светлана Тимофеева
e-mail: skiz_sat@mail.ru

Редактор
Снежана Полтанова

Дизайн, верстка
Сергей Назаров

Редакция предупреждает: перепечатка материалов или их фрагментов допускается только по согласованию с редакцией в письменном виде. За содержание рекламных материалов и информационных сообщений редакция ответственности не несет. Рукописи и фотографии не рецензируются и не возвращаются. Все услуги подлежат обязательной сертификации или лицензированию.

Учредитель М. В. Плехова

Издатель ООО «Атлант»

Св-во о регистрации СМИ ПИ № ФС 77-57783 от 18.04.14 г., выдано Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Порядковый номер выпуска:
3 (5) 2014 г. Дата выхода 26.11.2014

Тираж 2000 экз.
Цена свободная

Адрес редакции и издателя:
426034, г. Ижевск,
ул. Коммунаров, 293.

Телефоны рекламного отдела:
(3412) 43-74-46
(3412) 43-75-51

Отпечатано:
МУП г. Сарапула
«Сарапульская типография»

Заказ № 3889

Возрастная категория 16+

О.Б. Горбунов

УДМУРТСКОМУ РЕСПУБЛИКАНСКОМУ ЦЕНТРУ СПИД – 25 ЛЕТ 8

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

О.Б. Горбунов

ИСТОРИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 12

Н.М. Петрова, Г.Г. Лещева, Н.В. Осколкова

ЭПИДЕМИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ 14

Н.Ю. Килина, Р.Г. Вагизова, Н.В. Осколкова

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 15

С.Н. Барсикян

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ, ЗАКРЕПЛЕННОЙ ЗА ВОТКИНСКИМ ЗОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СПИД 16

Е.Г. Ожгихина

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ, КУРИРУЕМОЙ САРАПУЛЬСКИМ ЗОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СПИД 16

С.Н. Лекомцев

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИГРИНСКОМ РАЙОНЕ 17

А.Е. Караваев, М.А. Добронравова

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГЛАЗОВЕ, ГЛАЗОВСКОМ, ЯРСКОМ И ЮКАМЕНСКОМ РАЙОНАХ 18

Н.В. Терешина

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УВИНСКОМ РАЙОНЕ 19

Н.С. Рябцева, О. Я. Морозова, В. Д. Ромашов

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В БАЛЕЗИНСКОМ РАЙОНЕ 20

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

М.В. Мерзлякова, А.Я. Снигирев

ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ 21

Н.В. Миронова, А.Н. Миронова, Н.В. Горлова

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГЕНА Р24 В ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 21

Е.В. Перминова, А.Н. Миронова, Н.В. Горлова

ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ» 22

М.А. Шувалова

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ НАБОРА РЕАГЕНТОВ «АМПЛИСЕНС ГЕНОСКРИН HLA-B*5701-FL» В ЛАБОРАТОРИИ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ» 23

С.Г. Марданлы, А.С. Авдонина

РАЗРАБОТКА НАБОРА РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ КЛАССА G К ОТДЕЛЬНЫМ АНТИГЕНАМ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА МЕТОДОМ ИММУННОГО БЛОТТИНГА В ФОРМАТЕ WESTERN-BLOT 24

В.В. Колотвин

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ В, С И ВИЧ В ДОНОРСКОЙ КРОВИ МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (ПЦР) 25

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

М.С. Хасаншина, Е.А. Тюлькина, Е.Р. Корнеева

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 27

И.Т. Нургалеева, Н.С. Рябцева

МНОГОЛИКИЙ ПОРТРЕТ ТОКСОПЛАЗМОЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

М.В. Ясницкая, Е.Р. Корнеева, М.С. Хасаншина

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТАНДАРТНЫХ СХЕМ АРВТ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ ВИЧ 28

Е.Е. Малахова, Н.С. Рябцева, И.Т. Нургалеева

ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 29

О.А. Мохова

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ... 30

И.В. Юхнина, Е.И. Тимофеева, Т.Г. Корнилова

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕКИ В БУЗ УР « УР УРЦ СПИД И ИЗ» 31

ПРОФИЛАКТИКА

О.Н. Шейкин, А.В. Поприк

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛПУ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ТЕМЕ «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ» 34

З.И. Лебедева, О.Н. Шейкин

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 34

О.Н. Шейкин, А.О. Лаврова

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА 35

О.Н. Шейкин, М.И. Данилов, Г.Г. Лещева

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ПОСЕТИТЕЛЕЙ ОФИЦИАЛЬНОГО САЙТА БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ» 37

О.Н. Шейкин, А.О. Лаврова, Г.Г. Лещева

ФАКТОРЫ РИСКА ЛИЦ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЛАТНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ.....38

О.Н. Шейкин, Г.Г. Лещева

ФАКТОРЫ РИСКА ЛИЦ, ПОЛУЧАВШИХ ПЛАТНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ.....39

С. Н. Лекомцев

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 40

Е.А. Данилова, Н.В. Попова, Н.Л. Гусева

ИТОГИ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....41

Е.А. Данилова, Н.В. Попова, Н.Л. Гусева

ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....42

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30 МАРТА 1995 Г. № 38-ФЗ «О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)» 44

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 11.01. 2011 Г. № 1 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СП 3.1.5.2826–10 «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ» 47

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ, ВЫЗЫВАЕМОМ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ) (ПРИВЕДЕН С СОКРАЩЕНИЯМИ).....57

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)» (ПРИВЕДЕН С СОКРАЩЕНИЯМИ).....63

ПРИКАЗ МЗ РФ ОТ 24 ДЕКАБРЯ 2012 Г. № 1511Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ)» 65

ПРИКАЗ МЗ УР ОТ 24.08.2012 Г. №587 «О МАРШРУТИЗАЦИИ ПОТОКОВ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ» 73

МР 3.1.0087-14 «ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ» (ПРИВЕДЕНЫ С СОКРАЩЕНИЯМИ).....74

МР 3.1.5.-13 «ДО- И ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ» (ПРИВЕДЕНЫ С СОКРАЩЕНИЯМИ).....94

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСЕ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ» (ПРИВЕДЕН С СОКРАЩЕНИЯМИ).....99

Уважаемые коллеги!

В 2014 году исполняется 25 лет службе СПИД в Российской Федерации и Удмуртскому республиканскому центру по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

За эти годы ВИЧ-инфекция прошла путь от спорадических случаев до широкой эпидемии, затронувшей все административные территории Удмуртской Республики и занявшей одно из ведущих мест среди социально значимых заболеваний.

Постоянная актуальность проблемы ВИЧ-инфекции связана, с одной стороны, с отсутствием средств специфической профилактики и возможностей радикального излечения, а с другой – с социально обусловленными факторами: потреблением наркотиков, развитием рынка коммерческих секс-услуг, рискованным поведением молодого населения.

На сегодняшний день рост числа инфицированных ВИЧ в клинических стадиях заболевания и полиорганность поражения, наряду с расширившимися возможностями в части мониторинга состояния таких больных современными лабораторными методами и применения различных схем высокоактивной антиретровирусной терапии, обусловливают необходимость непрерывного совершенствования знаний в данной области.

В этой связи уверен, что предложенные в настоящем журнале материалы помогут врачам всех специальностей актуализировать и развивать профессиональные навыки по оказанию медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ-инфекцией.

Вместе с эпидемией ВИЧ-инфекции рос и совершенствовался Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, который за эти 25 лет стал учреждением, обладающим высококвалифицированными кадрами и современным оборудованием, использующим в своей деятельности высокие технологии и решающим чрезвычайно важные для всей республики задачи.

Поздравляю всех сотрудников и ветеранов Удмуртского республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями с 25-летним юбилеем, желаю вам и вашим близким крепкого здоровья, счастья, дальнейших творческих и профессиональных успехов и достижений!

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики

А.Д. Чуршин

О.Б. Горбунов,
главный врач БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»

УДМУРТСКОМУ РЕСПУБЛИКАНСКОМУ ЦЕНТРУ СПИД – 25 ЛЕТ

Авторитет БУЗ УР «Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» (далее – Центр) не появился вдруг, с приказом о его создании. Он был заслужен добросовестной работой нескольких поколений сотрудников. И в настоящей статье будет представлена информация именно о них - людях, которые в разное время приложили немало усилий для становления Центра.

В Удмуртской Республике служба ВИЧ/СПИДа начала функционировать с 1989 г. в соответствии с Постановлением Совета Министров Удмуртской АССР от 14.08.1989 г. № 214 «О создании Удмуртского республиканского центра по борьбе со СПИД».

Первым главным врачом Центра был **Валерий Павлович Кузнецов,** заложивший основы организационно-штатной структуры в условиях отсутствия нормативно-правовой базы на уровне Минздрава СССР. Именно под его руководством были организованы диагностическая лаборатория, отделение эпиднадзора, 30-коечное боксированное отделение для стационарного лечения, кабинет психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ, а также межрайонные отделения в городах Воткинске, Глазове, Сарапуле и Можге. Большого уважения заслуживает дальновидность Валерия Павловича, который организовал лечебно-диагностическое отделение, так как в тот период это было смелое решение, поскольку специализированные стационары имели только города Москва и Санкт-Петербург, где ВИЧ-инфекция уже начала регистрироваться.

С 1995 г. до своей смерти в 2011 г. руководил Центром **Евгений Григорьевич Кузьмин** – человек неординарных организаторских способностей, который, собственно, создал Центр в его сегодняшнем виде и внес значительный вклад в становление и совершенствование службы борьбы со СПИДом в Удмуртской Республике. Так, по его инициативе и при непосредственном участии было завершено строительство и оснащение оборудованием нового корпуса консультативной поликлиники, открыты Увинский и Игринский зональные центры СПИД, Республиканский центр иммунопрофлактики. Им была разработана основная нормативная база по вопросам профилактики ВИЧ, неоднократно проводились конференции общероссийского и республиканского уровня, были переоснащены современным лабораторным оборудованием диагностические лаборатории СПИД. Е.Г. Кузьмин создал оптимальную организационно-штатную структуру территориального центра СПИД, что позволило обеспечить координацию усилий по вопросам эпидемиологического надзора, профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также максимально приблизить специализированную медицинскую помощь на места – в города и районы республики. По этой теме в 2007 г. Евгений Григорьевич защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение».

С момента основания Центра в его структуре функционирует **ОТДЕЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ** (в то время оно носило название «Отдел эпиднадзора»), первым руководителем которого была **Галина Александровна Волчкова,** в дальнейшем долгое время работавшая в санитарной службе. С 1991 по 1995 г. заведовал отделом врач-эпидемиолог **Раиф Ясовиевич Садыков** – «ходячая энциклопедия» Центра, специалист, с удовольствием передававший свой богатый опыт молодым сотрудникам.

В 1996 г. отдел был переименован в отделение эпидемиологии и его возглавил **Леонид Герасимович Кузелин**. Благодаря его опыту Центр с честью выдержал первый натиск эпидемии ВИЧ, который пришелся на 1999-2002 гг.

В то непростое время коллектив отделения состоял из опытных, квалифицированных врачей: **Валерия Павловича Кузнецова, Василия Ивановича Баранова, Зои Васильевны Камалетдиновой, Надежды Федоровны Холстовой, Валентины Афанасьевны Рузаевой.** Неоценимую помощь врачам оказывали высококвалифицированные помощники: **Любовь Ивановна Гончарова, Валентина Григорьевна Кизнерцева, Виталий Андреевич Григорьев, а Татьяна Алексеевна Кузнецова и Светлана Михайловна Балакин**а работают в отделении и в настоящее время.

Впоследствии работой отделения руководили: **Елена Витальевна Сычева** (2003-2006 гг.), в настоящее время она и еще один врач-эпидемиолог, **Ирина Михайловна Никулина**, трудятся на руководящих должностях в Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики, **Елена Анатольевна Григорьева** (2006-2010 гг.). В настоящее время отделение возглавляет **Наталья Викторовна Осколкова.**

Благодаря активному участию специалистов отделения эпидемиологии в разработке методических документов, обучению медицинского персонала ЛПУ, регулярному контролю за выполнением санитарно-противоэпидемического режима в учреждениях здравоохранения, удалось избежать внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией, добиться своевременного эпидемиологического расследования более чем в 90% случаев (по РФ этот показатель равен 40-60%).

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-инфекции в Удмуртской Республике начала проводиться с 1988 г. в иммунологической лаборатории Первой республиканской клинической больницы. В 1989 г. лаборатория вошла в состав открывшегося Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. За все 20 лет лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции в республике не останавливалась ни разу.

С самого основания Центра иммунологическую лабораторию, впоследствии переименованную в лабораторно-диагностическое отделение, возглавляет **Наталья Викторовна Миронова**. Ее энергия, высочайшая квалификация и бесценный опыт позволили организовать в Удмуртской Республике одну из лучших в России централизованную систему диагностики ВИЧ, которая представлена 6 диагностическими лабораториями, обеспечивает весь скрининг населения и включает в себя централизованное приобретение тест-систем и расходных материалов, их транспортировку в условиях «холодовой цепи», вследствие чего значительно снижается себестоимость исследования, поддерживается высокий уровень качества и практически исключена возможность неверной постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

Большой вклад в разное время в развитие отделения внесли врачи: **Наталья Васильевна Горлова**, внедрившая в работу диагностику вирусного гепатита С, СПИД-ассоциированных инфекций, реакцию иммуноблота, **Нина Петровна Сухоцкая, Лилия Анваровна Лихачева**; лаборанты: **Оксана Васильевна Горбунова, Наталья Викторовна Ложкина, Татьяна Васильевна Терехова, Раиса Владимировна Тотоева, Елена Витальевна Анисимова.** До настоящего времени трудятся в отделении его первый клинический лаборант **Лилия Евгеньевна Кузьмина** и санитарка **Ольга Алексеевна Бочкарева.**

В 2001 и 2005 гг. соответственно в Центре были созданы **лаборатория ПЦР-диагностики** и **клинико-иммунологическая лаборатория.** Большой вклад в организацию и развитие этих лабораторий внесли их бессменные заведующие – **Марина Аркадьевна Шувалова** и **Александр Яковлевич Снигирев**. В лаборатории ПЦР-диагностики в настоящее время успешно трудятся врачи: **Галина Геннадьевна Захарова**, **Лариса Валентиновна Шадрина** и лаборант **Наталья Порфирьевна Колосова**. В освоении исследований иммунного статуса на проточном цитометре в клинико-иммунологической лаборатории большую роль сыграла **Мария Вячеславовна Мерзлякова**.

В свое время выделение в отдельные структурные подразделения высокотехнологичных методов лабораторной диагностики ПЦР и проточной цитометрии было сделано сознательно, так как это дало мощный импульс в их развитии и совершенствовании профессиональных знаний персонала этих лабораторий. Высокая исполнительская дисциплина, ответственность и добросовестность сотрудников этих лабораторий позволили успешно справиться с задачами, поставленными приоритетным национальным проектом «Здоровье», когда количество исследований вирусной нагрузки и иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных пациентов возросло в разы.

Неоценимый вклад в организацию и оснащение **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ** внесла в свое время главный врач Республиканской клинической инфекционной больницы **Лия Ивановна Шабунова**, человек высоких душевных качеств, увлеченная своей работой, проявлявшая чуткость и заботу не только к пациентам, но и к коллегам, снискавшая любовь и уважение всех, кто с ней когда-либо работал. Она же была и первой заведующей отделения. В то время на работу в отделение пришли врачи: **Людмила Геннадьевна Красноперова (Воробьева)** и **Эмилия Семеновна Бабкина**, и несколько позднее – **Светлана Васильевна Санникова** и **Галина Геннадьевна Лещева**. Неоценимую помощь врачам в их трудной повседневной работе оказывали их незаменимые помощники – старшая медсестра **Лидия Николаевна Иванова**, медицинские сестры: **Александра Валентиновна Пыхтеева, Антонина Дмитриевна Амелина, Анна Степановна Юртикова, Лидия Васильевна Очагова, Галина Ивановна Хализова, Аниса Шакуровна Мукимова.**

С 1998 г. и по настоящее время отделение возглавляет **Елена Романовна Корнеева**, чьи глубокие профессиональные знания, преданность выбранной профессии и высокие нравственные качества заслуженно снискали авторитет коллектива отделения и послужили залогом дальнейшего совершенствования лечебной работы.

Весомый вклад в развитие отделения внесли работающие и по сей день медицинские сестры: **Надежда Васильевна Агафонова, Надежда Афанасьевна Семашкова, Елена Николаевна Вяльмискина, Светлана Витальевна Мерзлякова, Марина Георгиевна Котегова,** для которых основная благодарность – улыбки выздоравливающих больных. Старшей медицинской сестрой в настоящее время работает **Марина Владимировна Морозова**.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ в Центре с самого его основания уделялось особое внимание. В то время этот раздел работы входил в компетенцию организационно-методического отдела.

В 1996 г. **отделение профилактики** было выделено в отдельную структуру и его возглавила **Глафира Дмитриевна Воронина**, заслуженный врач Удмуртской АССР, отличник здравоохранения Российской Федерации. Ей, несомненно, принадлежит главная заслуга в становлении отделения. Ее талант организатора, целеустремленность, богатейший опыт работы и высокий авторитет среди медицинских работников республики – все это во многом способствовало тому, что Центр стал тем узнаваемым учреждением, каким сейчас является.

В разное время весомый вклад в совершенствование профилактической работы в республике внесли сотрудники отделения профилактики: врачи **Валерий Михайлович Бабушкин, Татьяна Владимировна Перевозчикова, Любовь Григорьевна Абрамова, Людмила Александровна Кривоногова, Валентина Владимировна Ведерникова,** долгое время возглавлявшая отделение, а также работающая и по сей день психолог **Нина Михайловна Семакина.**

За время функционирования отделения при непосредственном участии его сотрудников была внедрена система 18-часовой подготовки медицинских кадров по ВИЧ-инфекции, разработаны и внедрены концепции социальной рекламы, организована работа врачебно-выездной бригады по добровольному обследованию населения на ВИЧ и многое другое.

В настоящее время отделение возглавляет **Олег Николаевич Шейкин**, специалист с огромным багажом знаний и опытом работы, долгое время работавший врачом-психотерапевтом сначала с непростым контингентом пенитенциарной системы, а последние годы и с инфицированными ВИЧ.

До 2001 г. **КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОЛИКЛИНИКА** представляла собой кабинет анонимного обследования на ВИЧ. Первыми сотрудниками кабинета были врачи: **Надежда Васильевна Курина, Нурия Ахтямовна Касаткина, Марина Ильинична Смакулова, Галина Геннадьевна Лещева**; медицинские сестры: **Надежда Афанасьевна Семашкова и Лилиана Николаевна Брысина**.

На сегодняшний день консультативная поликлиника, рассчитанная на 50 посещений в смену, – динамично развивающееся структурное подразделение Центра. Амбулаторный прием ведется по 12 специальностям, что во многом обеспечивает оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи нашему контингенту больных.

С 2001 по 2009 г. консультативную поликлинику возглавляла **Людмила Геннадьевна Красноперова (Воробьева)**, чье профессиональное мастерство, знания и опыт способствовали профессиональному росту и качественной работе всего коллектива.

Укомплектованность поликлиники квалифицированными кадрами, умелая организация их работы и возможность проведения высокотехнологичных лабораторных исследований вирусной нагрузки и иммунного статуса – все это позволило постоянно поддерживать в республике требуемый уровень охвата ВИЧ-инфицированных диспансерным наблюдением и антиретровирусной терапией – главными показателями реализации сначала приоритетного национального проекта «Здоровье», а в настоящее время – Государственной программы «Развитие здравоохранения».

В разное время существенный вклад в становление поликлиники внесли врачи: **Татьяна Владимировна Перевозчикова, Светлана Федоровна Ефимова, Ирина Вячеславовна Изотова, Елена Евгеньевна Малахова, Лариса Валерьевна Рублева,** возглавляющая поликлинику в настоящее время **Наталья Сергеевна Рябцева;** социальный работник **Марина Анатольевна Родимова;** медицинские сестры: **Ольга Александровна Мохова, Серафима Петровна Кондратьева, Валентина Ивановна Кирпикова, Раиса Николаевна Перфилова, Вера Прохоровна Кафтанникова, Татьяна Геннадьевна Иванова, Татьяна Ивановна Ислентьева**; медицинские регистраторы: **Ольга Прокопьевна Борисова** и **Людмила Ивановна Веретенникова.**

Предшественником **ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОТДЕЛА** является отдел АСУ, который был открыт в 1996 г. С этого времени был взят курс на глобальную «компьютеризацию» Центра. Организатором и первым заведующим этой службой был **Владимир Анатольевич Цепелев**. Первое оснащение служб Центра компьютерами и оргтехникой, а также обучение персонала работе на ПК было организовано именно под его руководством.

Особая роль в становлении отдела принадлежит **Владимиру Александровичу Костромину**, вложившему много сил в обучение специалистов Центра компьютерной грамотности.

В 2002 г. в связи с увеличением объема работы и расширением функций отдела он был переименован сначала в отделение медицинской статистики и вычислительной техники, с 2006 г. – в информационно-аналитический отдел, а с 2012 г. получил свое сегодняшнее наименование.

С 2003 г. и по настоящее время отделом руководит **Надежда Михайловна Петрова**. На протяжении многих лет невозможно было представить отдел без фельдшера **Екатерины Константиновны Курылевой** – человека, прекрасно знающего предмет своей работы, отзывчивого и всегда готового прийти на помощь, а также техника-оператора **Светланы Николаевны Фаткуллиной**.

Отличительной особенностью нашего Центра является наличие филиалов на территории республики, с 1996 г. они именуются **ЗОНАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ**. Создание филиалов именно в таком виде – как структурного подразделения Республиканского центра – на протяжении всех лет обеспечивает:

- своевременность и соблюдение единых стандартов в проведении эпидемиологических расследований случаев ВИЧ;
- возможность проведения целенаправленной профилактической работы под единым руководством;
- оперативность в получении статистических данных по ВИЧ по каждой из территорий республики, а также их достоверность.

Первым из зональных центров в 1990 г. был образован Глазовский. Со дня своего основания до 2012 г., то есть более 20 лет, его возглавляла **Людмила Семеновна Мухина**. Ее неуемная энергия, богатейший организаторский опыт, талант взаимодействия со всеми заинтересованными структурами – все это послужило залогом развития материально-технической базы и хороших показателей работы. В 2000 г. в г. Глазове врачебно-выездной бригадой удалось выявить первую крупную в республике групповую вспышку ВИЧ-инфекции среди молодых инъекционных наркопотребителей. В период пика эпидемии ВИЧ большую роль в противодействии ей внесла заслуженный врач Российской Федерации **Галина Васильевна Зотова** и помощник врача-эпидемиолога **Татьяна Владимировна Грачева**. У истоков лабораторной диагностики ВИЧ в г. Глазове стоял опытный врач-иммунолог, кандидат медицинских наук **Константин Владимирович Шмагель.** Под его руководством в 1989 г. на базе иммунологической лаборатории Глазовской городской больницы была развернута лаборатория диагностики СПИД. В настоящее время диагностическая лаборатория Глазовского зонального центра является одной из лучших, выполняет кроме ИФА-исследований еще и исследование иммунного статуса ВИЧ-инфицированных на проточном цитометре, в чем несомненная заслуга врача клинической лабораторной диагностики **Светланы Анатольевны Подзусовой** и фельдшеров-лаборантов **Ольги Аркадьевны Шапошниковой** и **Ольги Серафимовны Вершининой**. Более 10 лет трудится в зональном центре помощник врача-эпидемиолога **Марина Александровна Добронравова**. В настоящее время возглавляет Глазовский зональный центр **Алексей Евгеньевич Караваев**, до этого долгое время работавший в Ярской центральной районной больнице.

В том же 1990 г. были открыты Воткинский и Можгинский зональные центры.

Первым руководителем зонального центра в г. Воткинске была **Людмила Павловна Адаховская**, человек в высшей степени ответственный, порядочный и отзывчивый, с глубочайшими познаниями в эпидемиологии. Большой вклад в становление Воткинского зонального центра внес **Владимир Николаевич Мосолов**, на период руководства которого пришелся пик развития эпидемии ВИЧ-инфекции. С 1991 г. и по сей день работает в зональном центре один из самых незаменимых его сотрудников – помощник врача-эпидемиолога **Людмила Леонидовна Шестакова**. Более 10 лет трудится в зональном центре медицинская сестра **Марина Борисовна Недосвитная**. В настоящее время руководит зональным центром **Светлана Николаевна Барсикян**.

Первой заведующей Можгинским зональным центром была врач-лаборант **Гульфия Шамидовна Бухарова**. Говоря об истории Можгинского зонального центра, хотелось бы отметить **Загита Загитовича Булатова**, за время руководства которого Можгинский зональный центр первым из зональных центров освоил проведение исследований на СПИД-ассоциированные инфекции. Большой вклад в организацию и развитие диагностической лаборатории зонального центра внесли фельдшеры-лаборанты **Раиля Минихаметовна Асадуллина** и **Нурзида Шарифзяновна Раянова**. Более 15 лет проработала в зональном центре на разных должностях, в том числе и на должности заведующей, **Ольга Михайловна Хорошилова**, грамотный специалист, а в жизни – веселый и отзывчивый человек. Сегодня руководит работой Можгинского зонального центра **Роберт Хакимуллович Авхадиев**.

Сарапульский зональный центр был организован в 1991 г. на основе вошедшей в его состав диагностической лаборатории СПИД Городского кожно-венерологического диспансера. Возглавляла ее **Файма Губайдулловна Бахтигареева**. С самого основания и более 20 лет проработали в зональном центре помощник врача-эпидемиолога **Елизавета Викторовна Нурахметова** и врач-эпидемиолог **Борис Николаевич Останин**. С 1997 по 2012 г. руководила работой зонального центра **Наталья Николаевна Оганян**. Большой вклад в становление и развитие диагностической лаборатории зонального центра внесли врач-лаборант **Елена Борисовна Муравьева** и фельдшер-лаборант **Елена Васильевна Зырянова**. В настоящее время Сарапульский зональный центр под руководством **Елены Геннадьевны Ожгихиной** переезжает в новые помещения.

Окончательно структура зональных центров сформировалась в 1996 г., когда были организованы Игринский и Увинский зональные центры.

С 1996 по 2001 г. возглавляла работу Игринского зонального центра **Валентина Максимовна Черняева**, под руководством которой был сформирован основной кадровый состав зонального центра: проработавшие более 10 лет сотрудники лаборатории врач **Маиса Аркадьевна Никитина**, лаборанты **Екатерина Федоровна Владыкина** и **Серафима Петровна Андреева**, а также помощник врача-эпидемиолога **Ирина Васильевна Лекомцева**, работающая и в настоящее время. С 2001 по 2006 г. руководил Игринским зональным центром **Валерий Петрович Широбоков**, в прошлом военный врач, чье умение решать различные задачи в кратчайшие сроки, коммуникабельность и добросовестность заслуженно снискали уважение коллег. С 2006 г. возглавляет зональный центр врач-эпидемиолог **Сергей Николаевич Лекомцев**.

Большая заслуга в открытии и становлении Увинского зонального центра принадлежит его первой заведующей **Светлане Ивановне Дубовцевой**. Долгое время в зональном центре работала помощник врача-эпидемиолога **Алевтина Семеновна Соколова**, добросовестный и грамотный работник, которой зачастую приходилось выполнять функции врача. С 2003 г. возглавляет зональный центр врач-лаборант **Надежда Владимировна Терешина**, при которой зональный центр переехал в новые отремонтированные помещения.

В завершении раздела о медицинских кадрах нашего Центра отдельных слов благодарности заслуживают:

- заместитель главного врача по медицинской части **Надежда Васильевна Курина**, работающая в должности начмеда уже более 15 лет, она отвечает за оказание специализированной медицинской помощи нашему контингенту больных и курирует работу всех лабораторий, лечебно-диагностического отделения, консультативной поликлиники и аптеки. Высокие результаты работы по всем этим направлениям, в свете резко возросших с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» требований в части диспансеризации ВИЧ-инфицированных, их охвата антиретровирусной терапией и ее мониторинга, были бы невозможны без квалифицированного руководства этим направлением Надежды Васильевны;

- заместитель главного врача по организационно-методической работе **Галина Геннадьевна Лещева**, которая пришла на работу в Центр сразу же после окончания интернатуры, работала на разных должностях в стационаре и поликлинике, а в настоящее время успешно отвечает за всю организационно-методическую работу в Центре и курирует работу отделений эпидемиологии и профилактики, организационно-методического отдела и зональных центров;

- главные медицинские сестры Центра в разное время: **Ольга Валерьевна Боталова, Наталья Валерьевна Володина** и **Яна Илдусовна Чиркова,** работающая в настоящее время, в чьем ведении находятся вопросы организации труда медицинского персонала со средним образованием, а также соблюдение санитарно-эпидемического режима.

Трудно переоценить вклад в самые различные аспекты деятельности Центра **Татьяны Васильевны Ромадановой,** которая долгое время проработала в должности заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики, а с 2009 по 2013 г. трудилась в нашем Центре в должности заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе. Татьяна Васильевна душой прониклась проблемами ВИЧ-инфекции, а ее организаторский талант, вдумчивый подход к решению каждого конкретного вопроса, готовность всегда пойти навстречу – все это значительно облегчало нашу работу.

Каждое лечебно-профилактическое учреждение не может обойтись без служб, которые обеспечивают его нормальное функционирование. Первым заместителем главного врача по экономическим вопросам была **Нина Николаевна Оленева.** В дальнейшем в разные годы на это должности трудились: **Татьяна Владимировна Шутова, Галина Анатольевна Масленникова.** С 2000 г. руководит экономической службой Центра **Надежда Константиновна Кузьмина (Бабайлова).** Период ее работы совпал с резким сокращением бюджетного финансирования отрасли. Тем не менее ее гибкий подход к вопросам распределения бюджетных ассигнований позволил нашему Центру двигаться вперед, совершенствовать материально-техническую базу и поддерживать работу всех структурных подразделений. Расширение фронта работы по экономическим вопросам потребовало внесения изменений в структуру Центра: с 2002 г. экономический отдел выделен в отдельное подразделение.

Первым специалистом по кадрам в Центре была **Татьяна Александровна Безносова.** В дальнейшем особый вклад в становление кадровой работы в Центре внесли **Нина Николаевна Нелюбина** и **Тамара Федоровна Шишкина.**

Юридические тонкости в оформлении нормативных документов, договоров, проведении конкурсов и аукционов в разное время помогали решать юрисконсульты: **Валерий Юрьевич Новичков, Светлана Юрьевна Биглер, Елена Львовна Комисарова, Любовь Петровна Перевощикова.**

Расположение структурных подразделений Центра на различных площадках накладывало особую ответственность на хозяйственную и техническую службы. Большой вклад в дело поддержания Центра в рабочем состоянии в разное время внесли **Ирина Николаевна Дерюшева** и **Нина Васильевна Мелешина**, которая возглавляла хозотдел во время введения в эксплуатацию нового корпуса Центра. Долгое время за организацию, нормальное функционирование и обслуживание автомобильного парка Центра отвечал старший механик **Владимир Борисович Ломаев**.

Начало реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье», ужесточение требований законодательства в отношении оборота медикаментов, а также существенно возросшие объемы экономической деятельности Центра привели нас к необходимости создания в течение 2006-2007 гг. еще трех структурных подразделений:

- Республиканского консультативного центра иммунопрофилактики;
- двух аптек;
- своей бухгалтерии.

Основной вклад в становление и развитие **РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ** внесла возглавлявшая его с 2007 по 2011 г. **Надежда Геннадьевна Гузнищева**. С 2011 г. центром руководит **Елена Александровна Данилова**, которая одновременно является главным внештатным специалистом Минздрава Удмуртии по иммунопрофилактике. Благодаря ее настойчивости в решении многих вопросов, Центр иммунопрофилактики постепенно завоевывает все больший авторитет среди лечебно-профилактических учреждений и населения Удмуртской Республики.

У истоков организации **АПТЕКИ** Центра и ее лицензирования стояла провизор **Ирина Ивановна Гоголева**. В последние 5 лет объем работы в аптеке Центра существенно увеличился: помимо значительного увеличения числа поступающих антиретровирусных препаратов, на аптеку также были возложены функции по приему, хранению и выдаче тест-систем и расходных материалов. В том, что аптека с честью справляется со всеми поставленными задачами, заслуга заведующей **Ирины Владимировны Юхниной** и провизора **Елены Игоревны Тимофеевой**.

Большую подготовительную работу по организации **БУХГАЛТЕРИИ** Центра, которая начала работать с 2008 г., провела главный бухгалтер **Валентина Владимировна Трефилова**. С 2010 г. бухгалтерию возглавляет **Лариса Ивановна Григорьева (Завгородняя)**, чей трудовой стаж в Центре на разных должностях уже превышает 15 лет. С самого основания бухгалтерии трудятся перешедшие из централизованной бухгалтерии Минздрава Удмуртии **Роза Флюровна Багаутдинова** и **Наталья Григорьевна Данилова**, а также ведущая учет сложного раздела медицинских иммунобиологических препаратов **Светлана Васильевна Шутова**.

В заключение, подводя итоги 25-летней работы, можно с уверенностью сказать, что высокая квалификация, самоотверженность и творческий подход к делу нескольких поколений работников Центра позволяли на протяжении всех этих лет:

- удерживать относительно стабильную эпидемическую ситуацию в Удмуртской Республике;
- исключить внутрибольничное инфицирование ВИЧ и профессиональное заражение медицинских работников;
- обеспечить 100% безопасность донорской крови в республике;
- создать и поддерживать оптимальную и эффективную систему эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции;
- достигнуть 85% охвата полноценным диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных и 100% охвата химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин;
- создать и постоянно совершенствовать разнонаправленную систему мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

По прошествии 25 лет с уверенностью можно сказать, что служба СПИД в Удмуртской Республике состоялась, динамично развивается и имеет перспективы в будущем.

Пользуясь случаем, выражаю всем ветеранам и сотрудникам Центра глубокую признательность, от всей души желаю крепкого здоровья и успехов во всех начинаниях.

О.Б. Горбунов, главный врач

ИСТОРИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Первый случай ВИЧ-инфекции на территории Удмуртской Республики был выявлен в 1993 г. у мужчины, прибывшего в г. Глазов к родителям из Санкт-Петербурга, где он имел гетеросексуальные половые связи с ВИЧ-инфицированными лицами.

Следующий ВИЧ-инфицированный был выявлен в г. Сарапуле в 1997 г. Он обследовался анонимно, за результатом обследования не явился, найти его не удалось.

В 1998 г. зарегистрировано еще 4 случая ВИЧ-инфекции среди гомосексуалистов, в том числе 3 – в г. Воткинске и 1 – в Увинском районе (молодой человек инфицировался в г. Москве).

Таким образом, дебют ВИЧ-инфекции в Удмуртии, хоть и получился несколько отсроченным по времени по сравнению с общероссийским, по своим особенностям был схож с началом эпидемии в целом в России: спорадические, не связанные друг с другом случаи инфицирования гомосексуальным или гетеросексуальным путем, реже – случаи вспышек в относительно малых по численности группах риска.

Также, несколько позже, чем в большинстве регионов России, в нашей республике произошло объединение эпидемических процессов наркомании и ВИЧ-инфекции. Так, если в целом по Российской Федерации уже в 1996 г. более 80 % выявленных ВИЧ-инфицированных заразились посредством парентерального употребления наркотиков, то в Удмуртской Республике подобное соотношение начало проявляться только со второй половины 1999 г.

Сдвиг по времени дебюта эпидемии ВИЧ и начало ее активного распространения в среде наркопотребителей, по-видимому, связаны с существовавшей длительное время относительной «закрытостью» Удмуртии, что повлекло за собой низкую интенсивность трафика населения в республику и из нее.

Вместе с тем, если до 2000 г. было выявлено 16 случаев ВИЧ-инфекции, то в 2000 г. – уже 350 случаев. Примечательной особенностью 2000 г., как первого года бурного развития эпидемии, является распространение ВИЧ-инфекции в северных районах республики (Ярский и Балезинский, г. Глазов), на которые пришлось более 78 % всех новых случаев. Почти все вновь выявленные были инфицированы посредством внутривенного употребления наркотиков.

Такое положение дел было связано, во-первых, с организацией и быстрой интенсификацией наркотраффика афганского героина из республик Средней Азии через приграничные области по северной железнодорожной ветке, проходящей как раз через г. Глазов и п. Балезино, и, во-вторых, с продажей героина в жидком виде. Была широко распространена практика покупки разведенного героина из общего в свой шприц, при этом переливание требуемой дозы сопровождалось отсасыванием содержимого из шприца покупателя обратно в общий шприц, тем самым приводя к контаминированию раствора героина ВИЧ, а также вирусами гепатитов В и С.

В городах Ижевске, Воткинске и Сарапуле, в отличие от северных районов, до середины 2001 г. наркотики распространялись в основном в виде порошка, что несколько отсрочило вступление этих городов в активный эпидемический процесс.

На 2001 г. в Удмуртии, как и в России, пришелся пик эпидемии – было выявлено 853 случая ВИЧ-инфекции. Помимо г. Глазова, Балезинского и Ярского районов, активно вовлекаются в эпидемический процесс города Ижевск, Сарапул и Воткинск, Камбарский район. Так, если в 2000 г. на вышеперечисленные административные территории приходилось 20 % вновь выявленных случаев, то в 2001 г. – уже 72 %. В 2002 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией по сравнению с 2001 г. несколько снизилась – было вновь выявлено 502 новых случая, но тем не менее она оставалась на довольно высоком уровне.

Период 2000–2002 гг., когда было зарегистрировано более четверти от всех случаев ВИЧ-инфекции за все годы, является первым пиком концентрированной стадии эпидемии в Удмуртской Республике, который был напрямую связан с резкой активизацией эпидемии наркомании и характеризовался следующими особенностями:

– подавляющим преобладанием наркотического пути передачи (87,7 %);

– превалированием лиц мужского пола в гендерной структуре заразившихся (78,3 %);

– вспышечным характером заболеваемости (практически в одно время инфицировались целые группы наркопотребителей, либо проживающих в одном доме, либо в одной семье, либо обучающихся в одном классе).

Период 2003–2006 гг. характеризовался относительно низкой заболеваемостью – ежегодно выявлялось от 233 до 316 новых случаев ВИЧ. Это, по-видимому, было связано с перекрытием силовыми структурами большинства каналов наркотраффика в республику, ростом настороженности среди групп высокого риска заражения вследствие интенсивной профилактической работы и «шока» от высоких показателей заразившихся в предыдущие годы, а также в целом снижением числа необследованных потребителей наркотиков, большинство из которых было обследовано в 2000–2002 гг.

Этот период, помимо низкой заболеваемости, характеризуется постепенным снижением доли наркотического пути передачи (с 66,2 % в 2003 г. до 55,7 % в 2006 г.), доли мужчин (с 66,2 % в 2003 г. до 57,3 % в 2006 г.), а также «старением» ВИЧ-инфекции – доля инфицировавшихся в возрасте до 25 лет снизилась с 65,8 % в 2003 г. до 40,5 % в 2006 г. Вспышечная заболеваемость практически не регистрировалась.

В течение 2007–2013 гг. в эпидемическом процессе ВИЧ-инфекции наблюдается период «плато», когда заболеваемость по сравнению с периодом 2003–2006 гг. несколько выросла и долгое время оставалась на примерно одном уровне – ежегодно выявлялось от 431 до 530 новых случаев. Основной движущей силой эпидемии в этот период по-прежнему оставались потребители инъекционных наркотиков, которые влияли на эпидемический процесс как прямо (инфицировались сами), так и косвенно (инфицировали половым путем своих партнеров). При этом в примерно равной пропорции выявлялись «старые» наркопотребители (их инфицирование произошло несколько лет назад в период пика эпидемии, и они попали в поле зрение медицинских работников в связи с началом клинических проявлений ВИЧ-инфекции) и «свежие» (стаж употребления наркотиков – не более 3 лет).

В структуре потребляемых наркотиков в это время первое место занимал героин (90 %), первитин («винт») составлял 10 %. Среди наркопотребителей практика использования общих игл и шприцев наблюдалась редко, вместе с тем по-прежнему практиковалось использование общей емкости для забора индивидуальной дозы наркотика и повторное использование шприцев и игл, что оставалось фактором, способствующим заражению всего круга контактных лиц.

Кроме того, в эти годы все сильнее прослеживалось влияние на эпидемический процесс полового пути передачи, доля которого возросла с 40,0 % в 2007 г. до 59,5 % в 2013 г. При этом, если до 2010 г. источником инфекции для подавляющего большинства заразившихся половым путем были потребители наркотиков, то, начиная с 2010–2011 гг., все чаще встречались случаи «полового пути в чистом виде», когда лица заражались половым путем от лиц, также заразившихся половым путем.

Важным моментом, несколько приостановившим дальнейшее развитие эпидемии и условно стабилизировавшим эпидемическую ситуацию, безусловно, является начало с 2006 г. широкомасштабного применения высокоактивной антиретровирусной терапии (АРВТ), которая рассматривается как элемент профилактики распространения ВИЧ, так как больной, принимающий АРВТ, практически не заразен при половом контакте. Так, если в 2005 г. в Удмуртской Республике на АРВТ находилось 18 пациентов, то в 2006 г. – 65, в 2007 г. – 215, в 2008 г. – 330, в 2009 г. – 416, в 2010 г. – 556, в 2011 г. – 724, в 2012 г. – 930, в 2013 г. – 1211, а в течение 2014 г. – 1410 ВИЧ-инфицированных.

В 2014 г. отмечается резкий рост числа вновь выявленных случаев ВИЧ по сравнению с 2013 г. Так, за 9 месяцев зарегистрировано 533 новых случая ВИЧ-инфекции, что на 33,6 % больше, чем за аналогичный период предыдущего года (399), показатель заболеваемости составил 35,1 на 100 тыс. населения (9 месяцев 2013 г. – 26,3).

Кумулятивно на 01.10.2014 г. зарегистрировано 6669 случаев ВИЧ-инфекции среди жителей Удмуртской Республики, из них умерло от разных причин 1241 человек.

Предварительный анализ эпидемической ситуации показал, что основными причинами роста числа новых случаев ВИЧ в 2014 г. являются:

1. Увеличение на 6,2 % числа лиц, протестированных на ВИЧ, сопряженное с ростом выявляемости (с 0,3 до 0,4) и связанное с ростом настороженности медработников лечебно-профилактических учреждений республики по поводу ВИЧ, в результате чего обследование пациентов на ВИЧ увеличилось и стало целенаправленнее, а также с введением новых стандартов оказания медицинской помощи по отдельным нозологиям, в которых есть рекомендации по обследованию на ВИЧ.

2. Рост числа инфицированных наркотическим путем (с 120 до 189), связанное с активным вовлечением в эпидемический процесс новых потребителей наркотиков (у 26,2 % вновь выявленных ВИЧ-инфицированных стаж потребления – менее года) за счет появления разнообразных синтетических наркотиков («солей»), их относительной дешевизны и диверсификацией путей распространения (Интернет, социальные сети, «наглядная реклама» на столбах, подъездах домов и т. п.), а также переходом большой части внутривенных наркопотребителей на синтетические наркотики («соли»), что, в свою очередь, привело к резкому росту факторов риска заражения (частота инъекций – до 20 раз в сутки, частота незащищенных половых контактов).

3. Рост числа инфицированных гетеросексуальным путем (с 246 до 291):

– более 1/3 инфицированных половым путем заразились от внутривенных наркопотребителей;

– активное вовлечение в эпидемический процесс коммерческих секс-работниц (в г. Ижевске из 162 выявленных инфицированных мужчин 83 (51,2 %) имели связь с коммерческими секс-работницами);

– особенность течения эпидемии ВИЧ на современном этапе (накопление за годы развития эпидемии большого числа живых носителей ВИЧ, которые с разной степенью интенсивности ведут половую жизнь и инфицируют социально-адаптированное население, подверженное рискованному поведению);

– рискованное поведение населения, которое, в свою очередь, провоцируется СМИ (телевидение, Интернет и т. д.), в которых наблюдается эффект «затертости» темы ВИЧ-инфекции (снижение интереса к публикации профилактических материалов).

Вместе с тем показатели по Удмуртии, несмотря на рост в 2014 г. по сравнению с 2013 г., значительно ниже аналогичных по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации (табл. 1, 2).

Таблица 1. Ежегодная заболеваемость на 100 тыс. населения

Регион	2011	2012	2013	6 мес. 2014
УР	33,6	34,9	34,1	21,9
ПФО	48,7	53,5	56,2	31,4
РФ	47,1	48,8	54,3	27,7

Таблица 2. Пораженность на 100 тыс. населения

Регион	2011	2012	2013	6 мес. 2014
УР	256,6	270,3	300,7	312,2
ПФО	370,9	407,2	441,7	476,8
РФ	401,2	433,8	479,0	490,6

Говоря о существенном (+33,6 %) приросте числа новых случаев ВИЧ в Удмуртии за 9 месяцев 2014 г., следует отметить, что на протяжении 3 лет до этого Удмуртия показывала показатели прироста в целом ниже, чем по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации, а в 2013 г. – даже отрицательный прирост (табл. 3).

Таблица 3. Прирост числа новых случаев ВИЧ

Регион	2010–2011	2011–2012	2012–2013	6 мес. 2013 – 6 мес. 2014
УР	+ 12,5%	+ 3,3%	-2,2%	+ 27,7%
ПФО	+ 13,5%	+ 10%	+ 4,5%	+ 12,1%
РФ	+ 5,0%	+ 12,0%	+ 10,1%	+ 9,6%

Это свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ в Удмуртской Республике развивается не изолированно от других субъектов Российской Федерации и тенденции к ежегодному росту числа вновь выявленных случаев, характерные как для Приволжского федерального округа, так и для Российской Федерации в целом, проецируются на Удмуртию.

Кроме того, согласно данным Федерального научно-методического центра СПИД, по показателю пораженности УР занимает 35-е рейтинговое место в РФ, а по показателю заболеваемости – 31-е рейтинговое место. Эти данные коррелируют с 32-м местом, которое Удмуртия занимает по численности населения.

По определению ВОЗ/ЮНЭЙДС, стадия эпидемии ВИЧ-инфекции на любой территории определяется (годовые показатели) по 4 критериям, и в зависимости от этих критериев стадия эпидемии может определяться как начальная, концентрированная и генерализованная:

1-й критерий – группы риска: потребители психоактивных веществ (ППАВ) и больные инфекциями, передающимися половым путем. Если в этих группах риска показатель выявляемости ежегодно не превышает 5 % уровень, то стадия эпидемии расце-

нивается как начальная, если превышает – концентрированная. Показатели в Удмуртской Республике за последние 5 лет:

– группа риска наркоманы: 4,0–7,5 (стадия концентрированная);

– группа риска больные ИППП: 0,2–0,5 % (стадия начальная).

2-й критерий – группа риска: беременные. Если в этой группе риска показатель выявляемости ежегодно не превышает 1 % уровень, то стадия эпидемии расценивается как начальная, если превышает – концентрированная. В Удмуртской Республике за последние 5 лет: 0,07–0,15 % (стадия концентрированная).

3-й критерий – пораженность ВИЧ-инфекцией всего населения. Если более 1,0 % населения – генерализованная стадия, если менее – концентрированная. В Удмуртской Республике: 0,44 % (стадия концентрированная).

Таким образом, в настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции в Удмуртской Республике – концентрированная, эпидемическая ситуация, в части темпов распространения и характерологических особенностей, является отображением общероссийской. Вместе с тем уровни ежегодной заболеваемости и, соответственно, пораженности населения существенно (на 40–50 %) ниже средних как по Приволжскому федеральному округу, так и по Российской Федерации в целом.

Н.М. Петрова, заведующая организационно-методическим отделом
Г.Г. Лещева, заместитель главного врача по ОМР
Н.В. Осколкова, заведующая отделением эпидемиологии

ЭПИДЕМИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Более 20 лет назад в мире началась эпидемия самого страшного и непонятного вирусного заболевания современности – ВИЧ-инфекции. Его заразность, стремительное распространение и неизлечимость снискали заболеванию славу «чумы XX века». Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ВИЧ/СПИДом в Удмуртской Республике отражает общую ситуацию в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе: она «прогрессивно ухудшается».

Об эпидемии ВИЧ в Удмуртской Республике начали говорить с 2000 г., когда впервые за год было зафиксировано 350 новых случаев. С того времени ежегодно продолжается регистрация от 400 до 500 новых инфицированных ВИЧ: так, за 6 месяцев 2014 г. было зарегистрировано 332 новых случая ВИЧ-инфекции среди жителей УР (в том числе среди детей – 5 случаев), что на 28,2 % больше, чем за аналогичный период предыдущего года (259). Отмечается тенденция к росту числа новых случаев в г. Ижевске, в Завьяловском и Якшур-Бодьинском районах.

На 01.07.2014 г. в республике зарегистрировано 6977 ВИЧ-инфицированных, в том числе 60 детей в возрасте до 15 лет.

Необходимо отметить, что эпидемия ВИЧ в Удмуртской Республике, как и в целом по стране, характеризуется некоторыми особенностями, чем кардинально отличается от ее характеристики в мире.

Во-первых, основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией за все годы наблюдения ВИЧ продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием – 59,5 % от всех зарегистрированных, гетеросексуальные контакты послужили причиной заражения у 37,3 %.

Сохранение роста числа инфицированных ВИЧ наркотическим путем наиболее вероятно связано с переходом от употребления героина на синтетические наркотики (из числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных, заразившихся наркотическим путем, 39,5 % употребляли «соли» (из них 8 человек с 2013 г. стали употреблять только «соли», остальные ранее употребляли героин или другие ПАВ), 49,5 % – амфетамин, героин, опиаты, первитин, 11,8 % – только героин). Увеличение наркотического пути инфицирования происходит преимущественно за счет «старых» наркопотребителей возрастной группы 26–47 лет (79,8 %) со стажем приема ПАВ 6–20 лет (58,0 % от общего числа вновь выявленных наркопотребителей данного возраста за 2014 г). Из вновь выявленных ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 18–25 лет (18,5 %) стаж приема ПАВ 2–10 лет составляет 72,7 %. У 36,1 % вновь выявленных ВИЧ-инфицированных отмечается употребление внутривенных синтетических ПАВ менее года.

Вторая важная особенность эпидемии ВИЧ на современном этапе – рост полового пути заражения среди вновь выявленных. Наиболее вероятно это связано с сохранением рискованного поведения социально-адаптированного населения, практикующего незащищенные половые контакты: так, число ВИЧ-инфицированных, указывавших на незащищенные половые контакты с коммерческими секс-работницами, увеличилось с 38 человек в 2013 г. до 52 в 2014 г. Количество ВИЧ-инфицированных, имевших в анамнезе 1 полового партнера, за последний год составляет 42,8 %, а 2 и более половых партнеров – 40,4 %.

Третья немаловажная особенность – ускорение темпов феминизации ВИЧ. Так, если в начале эпидемии соотношение выявленных женщин и мужчин характеризовалось как 1:5, то в 2013 г. – 1:1,23. Результат этого процесса – рост числа инфицированных ВИЧ беременных женщин и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. В 2013 г. распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в Удмуртской Республике составляла 0,6 %. С увеличением числа ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста в Удмуртской Республике возросло количество детей, рожденных от серопозитивных матерей. Так, по состоянию на 01.09.14 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1128 детей, из них за 2014 г. – 112.

В-четвертых, число смертей среди инфицированных ВИЧ продолжает расти, и не только вследствие ВИЧ: так, если в 2002 г. было зарегистрировано всего 25 летальных исходов, и ни одного от ВИЧ-инфекции, а в 2009 г. – 96 (23 – от ВИЧ), то в 2012 г. эта цифра составила 149 (в том числе от ВИЧ – 57 (38,2 %) от умерших), а в 2013 г. – 161 (30,0 % – от ВИЧ-инфекции). Основными причинами летальных исходов остается туберкулез на фоне ВИЧ: в 2010 г. от туберкулеза как клинического проявления ВИЧ умерло 35 человек (77,8 % от всех умерших от ВИЧ-инфекции), в 2011 г. – 30 (80,0 % от всех умерших от ВИЧ), в 2012 г. – 47 (82,5 % от всех умерших от ВИЧ), в 2013 г. – 34 (69,3 % от всех умерших от ВИЧ). Основной причиной летальных исходов, не связанной с ВИЧ-инфекцией, в течение последних 3 лет остаются заболевания органов пищеварения – в частности, хронические гепатиты и циррозы печени: в 2011 г. было зарегистрировано 28 летальных исходов, связанных с данной патологией (26,7 % от зарегистрированных смертей, не связанных с ВИЧ), в 2012 г. – 26 (28,26 % от зарегистрированных смертей, не связанных с ВИЧ), а в 2013 г. – 36 % (32,15 % от всех зарегистрированных смертей, не связанных с ВИЧ в отчетном году).

Пятая особенность эпидемии – преобладание туберкулеза (легких и внелегочного) как основного клинического проявления ВИЧ на продвинутых стадиях: в 2011 г. было 367 за-

регистрированных оппортунистических заболеваний, в том числе туберкулез – 294 (80,11 %), в 2012 г. – 395, в том числе туберкулез – 319 (80,76 %), в 2013 г. – 460, в том числе туберкулез – 387 (84,13 %).

Таким образом, несмотря на то, что на сегодня эпидемия ВИЧ-инфекции в Удмуртской Республике находится в концентрированной стадии, темпы ее распространения нарастают, и только совместные усилия медработников, в том числе специалистов БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», сотрудников неправительственных организаций, средств массовой информации, волонтеров, каждого гражданина – только работа одновременно во всех направлениях позволит остановить регистрацию новых случаев ВИЧ.

Н.Ю. Килина, врач-эпидемиолог отделения эпидемиологии
Р.Г. Вагизова, врач-эпидемиолог отделения эпидемиологии
Н.В. Осколкова, заведующая отделением эпидемиологии

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

В настоящее время мир переживает пандемию ВИЧ-инфекции, которая вследствие длительного течения заболевания и неизбежного смертельного исхода без лечения наносит человечеству серьезный ущерб. По данным ЮНЭЙДС, общее количество людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), достигло на планете 75 млн. человек, от СПИДа умерли более 36 млн. человек. Ежедневно 6300 человек заражаются ВИЧ, 95 % из них – из стран с малым или среднем уровнем дохода. Среди ВИЧ-инфицированных более 2,7 млн. детей до 15 лет и 25,9 млн. женщин. Проблемой, порожденной эпидемией ВИЧ-инфекции, является передача инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания, устройство отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в дома ребенка, оказание им медико-социальной помощи, их воспитание и образование.

Основной задачей лечебно-профилактической работы является достижение рождения неинфицированного ребенка от ВИЧ-позитивной матери.

В Удмуртской Республике, как и во всем остальном мире, количество ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста с каждым годом становится все больше, и на 01.09.2014 г. их численность составила 2292 человек – это 96,1 % от общего количества всех зарегистрированных женщин с ВИЧ-инфекцией (2386).

С увеличением числа ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста в Удмуртской Республике возросло количество детей, рожденных от серопозитивных матерей. Так, по состоянию на 01.09.14 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1128 детей, из них за 2014 г. – 112 детей. Наибольшее число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, зарегистрировано в городах: Ижевске – 545 детей, Глазове – 174 ребенка, Воткинске – 97 детей; и районах республики: Завьяловском – 38 детей и Балезинском – 31 ребенок.

Хочется отметить, что за последние 5 лет наблюдается рост рождаемости детей от серопозитивных матерей (2008 г. – 69, 2009 г. – 90; 2010 г. – 99; 2011 г. – 107; 2012 г. – 136; 2013 г. – 165).

В 2014 г. из 1128 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей:

– 280 находятся на диспансерном учете в консультативной поликлинике БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» с диагнозом перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции;

– в 45 случаях детям установлен диагноз ВИЧ-инфекция;

– 762 ребенка здоровы и сняты с учета по окончании диспансерного наблюдения.

Наряду с детьми, наблюдающимися в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» по перинатальному контакту, зарегистрированы и поставлены на учет дети с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция. На 01.09.2014 г. по Удмуртской Республике зарегистрировано 60 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 14 лет.

Основным путем инфицирования среди детей с диагнозом ВИЧ-инфекция является заражение во время беременности и родов (перинатальный контакт), который составляет 58,3 % (35 человек). Заражение во время внутривенного введения наркотических веществ нестерильным инструментарием было зарегистрировано в 21,7 % (13 детей), во время грудного вскармливания – 16,7 % (10 детей), не удалось достоверно установить путь заражения у 2 детей (3,3 %). Первый ВИЧ-инфицированный ребенок в возрасте 14 лет был выявлен в январе 2001 г. в г. Глазове. Его заражение ВИЧ произошло в результате внутривенного употребления наркотических препаратов.

Среди детей, зараженных во время беременности и родов, 11 детей родилось от серонегативных мам, что составляет 31,4 % (4 ребенка в г. Ижевске, 3 – в г. Глазове, 1 – в г. Воткинске, 1 – в г. Сарапуле, а также в Воткинском и Завьяловском районах). Диагноз ВИЧ-инфекция выставлен детям в возрасте: до 1 года – 3 ребенка, до 2 лет – 5 детей, с 2 до 3 лет – 2 детей, в возрасте 7 лет – 1 ребенок. По годам выявления детей с ВИЧ-инфекцией, рожденных от матерей, находящихся в «серонегативном окне»: 2002 г. – 2, 2004 г. – 1, 2007 г. – 2, 2009 г. – 2, 2011 г. – 2, 2012 г. – 1, 2014 г. – 1.

Из 9 беременных женщин, родивших детей в «серонегативном по ВИЧ-инфекции окне», 7 были обследованы дважды во время беременности, 2 – обследованы однократно в третьем триместре беременности по причине поздней явки в женскую консультацию. По причине отрицательных результатов обследования на ВИЧ-инфекцию у женщин во время беременности полноценная 3-этапная химиопрофилактика заражения ВИЧ-инфекцией не проводилась.

Из 11 ВИЧ-инфицированных детей, рожденных серонегативными матерями, 10 были обследованы в ходе проведения эпидемиологического расследования по коду 120 – перинатальный контакт с ВИЧ-инфицированной матерью, 1 ребенок обследован по коду 113 – клинические показания. Среди 10 серонегативных мам 5 являлись активными инъекционными потребителями ПАВ до наступления беременности, 4 являлись половыми партнерами мужчин, принимавших инъекционные ПАВ, ВИЧ-статус которых был неизвестен, 2 женщины находились в половом контакте с мужчинами, не обследованными на ВИЧ-инфекцию.

Таким образом, для исключения возникновения ВИЧ-инфекции у детей, рожденных женщинами, находящимися во время беременности в периоде «серонегативного окна», и проведения мероприятий по предотвращения вертикальной передачи ВИЧ (включая назначение АРВТ) в соответствии с СП 3.1.5.2826–10 от 11.01.2011 г. «Профилактика ВИЧ-инфекции» рекомендуется:

1) при обследовании на ВИЧ-инфекцию женщин по коду 109 проводить обязательное до- и послетестовое консультирование с целью выявления возможного риска заражения ВИЧ-инфекцией, выявление рискованного поведения у женщины и ее полового партнера;

2) рекомендовать проводить обследование на ВИЧ-инфекцию половых партнеров женщин при постановке на учет в женскую консультацию дважды, с проведением до- и послетестового консультирования с целью выявления возможного риска заражения ВИЧ-инфекцией;

3) обследовать беременных, имеющих ВИЧ-инфицированных партнеров, а также беременных, употребляющих психоактивные вещества, при постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также при поступлении на роды, независимо от количества исследований во время беременности.

С.Н. Барсикян, заведующая Воткинским зональным центром

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ, ЗАКРЕПЛЕННОЙ ЗА ВОТКИНСКИМ ЗОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СПИД

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Воткинск

В 1990 г. в г. Воткинске открылось межрайонное отделение Республиканского центра по борьбе со СПИДом, заведующей до 1996 г являлась Л.П. Адаховская, которая осуществляла организационные и профилактические мероприятия по ВИЧ-инфекции и парентеральным вирусным гепатитам.

В 1996 г. в связи с расширением функций территориальных центров СПИД в соответствии с приказом МЗ РФ от 18.04.95 № 100 отделение было переименовано в Воткинский зональный центр по борьбе со СПИДом (ВЗЦ СПИД). Сменялись заведующие, менялись состав и количество работников центра. Но всегда приоритетным направлением в работе центра являлось предупреждение дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Вопросы состояния пораженности ВИЧ-инфекцией и предложения по активизации мероприятий по предупреждению дальнейшего ее распространения выносятся при разработке целевых программ анти-ВИЧ/СПИД, а также для обсуждения на заседания межведомственных комиссии по противодействию злоупотребления наркотическими средствами, их незаконному обороту и предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и на заседания руководителей ЛПУ.

Ежегодно ВЗЦ СПИД проводит большую организационно-методическую и санитарно-просветительную работу по профилактике ВИЧ-инфекции и внутрибольничных инфекций. Налажены прочные связи с представителями администраций территориальных образований, курирующими социальные вопросы (отделы здравоохранения, молодежи, семьи), специалистами ФГУЗ УР «ЦГиЭ в г. Воткинске», УВД, наркологической, дерматовенерологической, акушерско-гинекологической службы, педагогами и воспитателями школ, ПТУ, техникумами, средствами массовой информации. Регулярно проводятся массовые мероприятия – молодежные акции, круглые столы, выступления специалистов по радио, на телевидении, публикуются статьи в газетах по профилактике ВИЧ/СПИДа, проводятся лекции и беседы для населения.

Первый ВИЧ-инфицированный появился на закрепленной территории в г. Воткинске в конце 1998 г., инфицирован он был при гомосексуальных контактах. В 2001 г. вирус попал в среду наркоманов, и только за один год было выявлено 122 новых случая заражения ВИЧ. В Шарканском районе первая ВИЧ-инфицированная зарегистрирована в 2000 г., инфицировалась при гетеросексуальных контактах. В Воткинском районе печальный список окрыли жители п. Новый в 2001 г. – сразу четверо, и все инфицировались при внутривенном употреблении наркотиков. Первый ВИЧ-инфицированный, заразившийся половым путем, в Воткинском районе появился в 2004 г., и с тех пор два эти основных пути инфицирования лидируют с переменным успехом до сего дня на всей прикрепленной территории.

На 01.07.2014 г. кумулятивное количество ВИЧ-инфицированных составило: в г. Воткинске – 613 человек, в Воткинском районе – 97, в Шарканском – 25. Половой состав ВИЧ-инфицированных за все годы наблюдения был следующий: в Воткинске соотношение мужчин и женщин составило 2:1, в Воткинском районе – 1,4:1, в Шарканском – 0,6:1 (по УР – 1,8:1). В возрастном диапазоне превалирует в Воткинске возраст 25 лет и более в 62,4 %, в Воткинском районе – в 63 %, в Шарканском – 56 %. Основные пути инфицирования распределились следующим образом: в г. Воткинске наркотический путь – 62 %, половой – 36 %; в Воткинском районе – 53 % и 46 % соответственно; в Шарканском – 16 % и 80 % соответственно. Неработающие лица среди ВИЧ-инфицированных составляют от 52 % в Шарканском районе до 66 % в Воткинском.

За прошедшие годы меняется эпидемиологическая ситуация на прикрепленной территории, так же как и в целом по стране. В частности, увеличивается доля женщин среди вновь выявляемых случаев: в Воткинске соотношение мужчин и женщин стало в 2014 г. 1,5:1, в Воткинском районе – 0,5:1, в Шарканском – 1:1. Увеличивается возраст ВИЧ-инфицированных, доля людей в возрасте 25 лет и более в последние годы возросла в Воткинске до 93 % (в 2013 г. – 80 %), и средний возраст составил в 2014 г. 35 лет; в Воткинском районе – 75 % (67 % в 2013 г.), средний возраст – 38 лет; в Шарканском районе – 100 % (0 % в 2013 г.), средний возраст – 31 год. Следующая особенность эпидемиологической ситуации в том, что на лидирующее место среди путей инфицирования вырвался гетеросексуальный путь, в Воткинске он лидирует, начиная с 2012 г. В Воткинском районе все годы лидировал тот или другой путь инфицирования с переменным успехом. В Шарканском районе все годы кроме 2010 г. на первом месте был половой путь инфицирования.

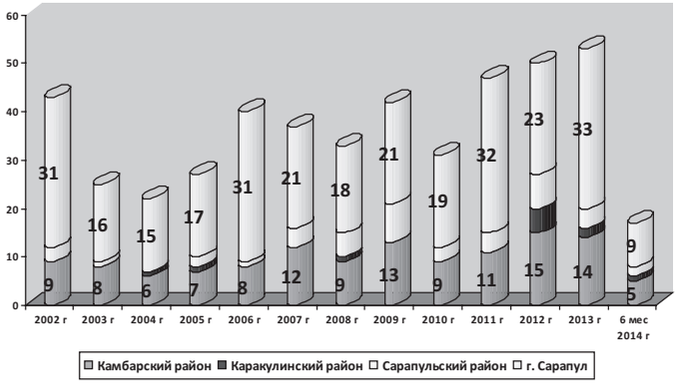
Таким образом, ситуация на прикрепленной территории продолжает оставаться неблагополучной. По показателям заболеваемости имеется некоторое снижение показателей по сравнению с Удмуртской Республикой, но в своей динамике имеется снижение заболеваемости только в г. Воткинске.

Е.Г. Ожгихина,
заведующая Сарапульским зональным центром

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ, КУРИРУЕМОЙ САРАПУЛЬСКИМ ЗОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СПИД

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Сарапул

На территории, курируемой Сарапульским зональным центром (г. Сарапул, Сарапульский, Камбарский и Каракулинский районы), первые случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы в 2000 г. в Камбарском районе. Наибольшее количество выявлено в 2001 г. – в г. Сарапуле 93 случая и в Камбарском районе – 35 случаев, причем преобладал наркотический путь передачи – 94 %. Доля мужчин среди выявленных инфицированных ВИЧ составляла в 2001 г. 89 %. С того времени и по настоящий момент ежегодно на территории, курируемой Сарапульским зональным центром, регистрируется от 16 до 33 новых случаев ВИЧ (рис.).



Динамика роста числа ВИЧ-инфицированных на территории, курируемой Сарапульским зональным центром СПИД, в период 2002–2013 гг.

На 1.07.2014 г. показатель распространенности ВИЧ-инфекции в г. Сарапуле составил 404,5 (среднереспубликанский показатель 426,4). Камбарский район по показателю распространенности в течение всего наблюдения занимает одну из лидирующих позиций – 941,3.

В течение последних 3 лет на курируемых территориях заметно изменился характер эпидемического процесса: если по путям передачи с момента регистрации первых случаев ВИЧ-инфекции преобладал наркотический путь, то в 2012 г. отмечен рост полового пути передачи в г. Сарапуле до 63 %, в 2013 г. половой путь заражения зафиксирован у 76 % выявленных инфицированных. В Камбарском районе до 2013 г. преобладал наркотический путь передачи, в 2013 г. половой путь передачи составил 50 %.

В начале эпидемии ВИЧ (2001–2002 гг.) на курируемых территориях средний возраст инфицированных ВИЧ составлял 18–20 лет. С 2011 г. наблюдается рост числа инфицированных в более старших возрастных группах: так, в 2012 г. – в возрасте 25–30 лет зарегистрировано 46 % из впервые выявленных инфицированных ВИЧ, в возрасте 31–40 лет – 50 %; в 2013 г. в возрасте 31–40 лет – 33 %, старше 40 лет – 28 %. С 2012 г. меняется соотношение доли мужчин и женщин: если в предыдущие годы количество мужчин преобладало в среднем 8:1, то с 2012 г. это соотношение в среднем составляет 1:1.

Всего на курируемой территории за весь период наблюдения родился 91 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей, из них 70 здоровы и сняты с учета.

Таким образом, сценарий развития эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции в г. Сарапуле, Сарапульском, Камбарском и Каракулинском районах в последние годы полностью повторяет среднереспубликанский.

С.Н. Лекомцев,
заведующий Игринским зональным центром

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ИГРИНСКОМ РАЙОНЕ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», п. Игра

ВИЧ-инфекция впервые была зарегистрирована в Игринском районе в 2001 г. Общее количество ВИЧ-инфицированных, выявленных по состоянию на 31.12.2013 г., составляет 55 человек. Показатель распространенности на 100 тыс. населения 150,7, что почти в 2,7 раза меньше, чем показатель распространенности по УР (404,2), в 3,7 раза меньше, чем по ПФО, и в 3,3 раза меньше, чем в среднем по РФ.

Первые единичные случаи ВИЧ-инфекции были связаны с наркотическим путем передачи данного заболевания в группе риска – потребители инъекционных наркотиков (ПИН). Однако уже в 2004 г. появился первый случай заражения ВИЧ половым путем. Более того, в течение 2005–2006 гг. регистрировались случаи заражения исключительно половым путем.

С 2007 г. и по настоящее время в развитии эпидемии принимают участие оба пути передачи, с преобладанием того или иного в разные годы. Наркотический путь передачи в среднем составляет за период 2007–2013 гг. 44,3 % (с колебаниями от 20 % в 2011 г. до 66,7 % в 2010 г.), половой – (60 + 50 + 37,5 + 33,3 + 80 + 57 + 57,1/7) = 53,6 % (с колебаниями от 33,3 % в 2010 г. до 80 % в 2011 г.). Таким образом, на протяжении последних 7 лет имеет место преобладание в тенденции развития эпидемии полового пути передачи, что сказалось и на статистике в целом: в общей структуре путей передачи за все годы регистрации доля полового пути составляет 54,5 %, наркотического – 43,6 %. Основным путем передачи среди мужчин является наркотический – 22 случая, или 68,7 % от всех случаев заражения. Основным путем передачи среди женщин является половой – 22 случая, или почти 96 % от всех случаев заражения.

Средний возраст ВИЧ-инфицированных составляет 26,9 года, причем возраст, в котором была выявлена ВИЧ-инфекция, варьирует от 19 до 50 лет. Если сравнить средний возраст ВИЧ-инфицированных (лет) в Игринском районе по годам выявления, то какой-либо тенденции не прослеживается: наблюдаются волнообразные колебания возраста выявления ВИЧ инфекции в пределах 27±3–4 года.

По половому признаку количество мужчин (32 человека, или 58,2 %) преобладает над количеством женщин (23 человека, или 41,8 %). Кроме того, прослеживается тенденция к увеличению числа вновь выявленных мужчин с ВИЧ-инфекцией с дальнейшим развитием эпидемии ВИЧ по годам.

По социальному статусу в общей структуре выявленных ВИЧ-инфицированных наблюдается тенденция к выравниванию лиц, не имеющих работы, и занятых.

Наибольшая выявляемость по кодам приходится на коды 112 (заключенные), 109 (беременные) и 120 (контактные). В общей структуре на эти три кода приходится 43 случая из 55, или 78,2 % (табл.).

Население Игринского района составляет 37723 человека, из них наркоманов 754, или 2 % от общего числа проживающих. Количество ВИЧ-инфицированных – 55 человек (или 0,14 %), из них наркотическим путем передачи – 24. Распространенность ВИЧ среди ПИН составляет 3,18 %. Стадия ВИЧ в районе концентрированная (менее 5 % среди ПИН, менее 1 % от численности населения).

Учитывая сложившуюся эпидемическую обстановку, прогноз дальнейшего развития эпидемии остается неблагополучным. ВИЧ-инфекция в Игринском районе находится в концентрированной стадии. В развитии эпидемии принимают участие как половой, так и наркотический путь передачи заболевания, с преобладанием в последние годы полового пути. Однако среди мужской части населения подавляющий путь передачи – наркотический, а среди женской части – половой. ВИЧ-инфекция по-прежнему, как и в начале развития эпидемии, поражает в основном молодое население в возрасте до 30,0 лет (средний возраст 26,9 года). По половому признаку среди вновь выявленных преобладают мужчины. В общей структуре выявленных ВИЧ-инфицированных прослеживается тенденция к выравниванию лиц, не имеющих работы, и занятых. Самая высокая заболеваемость наблюдается в группах населения, так или иначе подлежащих обследованию на ВИЧ: заключенные, беременные, контактные.

Распространенность ВИЧ среди населения Игринского района, 2001-2013 гг.

Год	Игринский район (выявлено всего)	Наркотический путь заражения	Половой путь заражения	Пол		Возраст, лет	Социальный статус			студенты	Коды выявления, чел.
				муж.	жен.		не раб.	занятые			
								служ.	раб.		
2001 г.	1	1	0	1		30,0	1				112
2002 г.	1	1	0	1		21,0	1				112
2003 г.	1	1	0	1		26,0	1				113
2004 г.	Всего 2	1 50,0 %	1 50,0 %	1	1	20,0 и 38,0 Средний - 29,0	2				112; 109
2005 г.	Всего 1	0	1 100,0 %	0	1	28,0		1			104
2006 г.	Всего 5	0	5 100%	1	4	19,0; 26,0; 28,0; 30,0; 36,0 Средний – 27,8	1	4			109 – 4; 120
2007 г.	Всего 5	2 40,0 %	3 60,0 %	2	3	20,0; 20,0; 21,0; 22,0; 27,0 Средний – 22,0	3	1		1	104; 109; 112; 113; 120
2008 г.	Всего 6	3 50,0 %	3 50,0 %	4	2	22,0; 26,0; 27,0; 28,0; 30,0; 32,0 Средний – 27,5	5	1			102; 109; 112 – 2; 120 – 2
2009 г.	Всего 8	5 62,5%	3 37,5%	5	3	22, 23, 24, 26, 30, 32, 33, 47 Средний – 29,6	8				102; 112 - 5; 113; 118
2010 г.	Всего 6	4 66,7%	2 33,3%	5	1	23,0; 34,0; 35,0; 36,0; 36,0; 37,0 Средний – 33,5	4		2		102; 109; 112 -2; 113; 120
2011 г.	Всего 5	1 20,0 %	4 80,0 %	3	2	20,0; 20,0; 28,0; 33,0; 50,0 Средний – 30,2	4		1		109; 112 - 2; 113; 120
2012 г.	Всего 7	3 43,0 %	4 57,0 %	4	3	23,0; 26,0; 27,0; 28,0; 28,0; 29,0; 30,0 Средний – 27,3	6		1		102; 109 - 2; 112; 120 – 3
2013 г.	Всего 7	2 28,5%	4 57,1%	4	3	20,0; 25,0; 29,0; 30,0; 36,0; 26,0; новорожденный	3	4			109 - 3; 112 - 2; 120 - 2
Всего	55	24 43,6%	30 54,5%	32	23	26,9	39	15		1	112 - 18; 109 - 14; 120 - 11;113 - 5; 102 - 4; 104 - 2; 118 - 1

А.Е. Караваев, заведующий Глазовским зональным центром
М.А. Добронравова, помощник врача-эпидемиолога Глазовского зонального центра

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГЛАЗОВЕ, ГЛАЗОВСКОМ, ЯРСКОМ И ЮКАМЕНСКОМ РАЙОНАХ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Глазов

На 01.07.2014 г. **в г. Глазове** зарегистрировано 897 ВИЧ-инфицированных. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составил 940,9 (по УР – 423,5). За 1-е полугодие 2014 г. вновь выявлено 26 ВИЧ-инфицированных. Заболеваемость составила 25,3 на 100 тыс. населения.

По путям передачи среди всех ВИЧ-инфицированных, выявленных за все годы регистрации в г. Глазове, преобладающим остается наркотический, который составляет 68 %, но стоит отметить, что идет снижение наркотического пути передачи и, наоборот, происходит повышение гетеросексуального пути передачи, на долю которого приходится 29 %. Вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции составляет 0,6 %, в 2,1 % случаях путь не установлен, в 0,3 % случаях наблюдался путь передачи при гомосексуальных контактах.

По половому и возрастному составу среди всех лиц, зарегистрированных с диагнозом ВИЧ-инфекция в г. Глазове за все годы регистрации, доля ВИЧ-инфицированных мужчин составляет 62 %, женщин – 38 %. Соотношение мужского и женского пола 1,6:1. Можно сказать, что идет увеличение доли инфицирования женского населения. Основная масса ВИЧ-инфицированных выявлена в возрастной группе от 18 до 30 лет, которая составляет 75 %. В 2014 г. доля лиц мужского пола составила 58 % (15 человек), доля женского – 42 % (11 человек). Соотношение мужчин и женщин 1,3:1.

Социальный статус всех ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы регистрации в г. Глазове, выглядит следующим образом: наиболее пораженный контингент – неработающие – 60,9 %, рабочие составляют 27,9 %, учащиеся школ и ПТУ – 7,5 %, студенты – 2,5 %, прочие – 1,2 %.

За все годы регистрации в г. Глазове от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 169 детей, 129 из них здоровы и сняты с диспансерного учета. За 1-е полугодие 2014 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 13 детей. На 01.07.2014 г. по поводу беремен-

ности состоит на диспансерном учете 5 ВИЧ-инфицированных женщин.

На 01.07.2014 г. **в Глазовском районе** зарегистрировано 102 ВИЧ-инфицированных. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составил 562,4 (по УР – 423,5).

По путям передачи среди всех ВИЧ-инфицированных, выявленных за все годы регистрации в Глазовском районе, преобладающим остается половой, который составляет 59,5 %, на долю наркотического пути передачи ВИЧ-инфекции приходится 34,8, вертикальный и грудной пути передачи занимают по 1,1 %, в 3,5 % случаях путь передачи не установлен.

По половому и возрастному составу среди всех лиц, зарегистрированных с диагнозом ВИЧ-инфекция в Глазовском районе, за все годы регистрации доля ВИЧ-инфицированных мужчин составляет 59,5 %, женщин – 40,5 %. Большинство ВИЧ-инфицированных выявлено в возрастной группе от 18 до 30 лет, которая составляет 59,5 %. Заболеваемость лиц возрасте от 31 до 40 лет составила 21 %, в возрасте от 41 до 50 лет – 8 %, от 51 до 60 лет – 2,2 %, от 15 до 17 лет – 6 %, от 0 до 14 лет – 3,3 %.

Социальный статус всех ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы регистрации в Глазовском районе, выглядит следующим образом: наиболее пораженный контингент неработающие – 65,3 %, рабочие составляют 25 %, учащиеся школ и ПТУ – 4,1 %, студенты 2,8 %, прочие – 2,8 %.

На 01.07.2014 г. сохраняет беременность 1 ВИЧ-инфицированная женщина.

На 01.07.2014 г. **в Ярском районе** зарегистрировано 102 случая ВИЧ-инфекции. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составил 710,2 (по УР – 423,5).

По путям передачи среди всех ВИЧ-инфицированных, выявленных за все годы регистрации в Ярском районе, преобладающим остается наркотический, который составляет 62,4 %, на долю гетеросексуального пути передачи приходится 34,4 %, в 3,2 % случаях путь передачи не установлен.

По половому и возрастному составу среди всех лиц, зарегистрированных с диагнозом ВИЧ-инфекция в Ярском районе, за все годы регистрации доля мужчин составляет 64,5 %, женщин – 35,5 %. Соотношение мужского и женского пола 1,8:1. Большинство ВИЧ-инфицированных выявлено в возрастной группе от 18 до 30 лет, которая составляет 64,5 %. Заболеваемость лиц возрасте от 31 до 40 лет составила 25,8 %, в возрасте от 41 до 50 лет – 2,2 %, от 51 до 60 лет – 2,2 %, от 15 до 17 лет – 4,3 %, от 61 и выше 1,0 %.

Социальный статус всех ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы регистрации в Ярском районе, выглядит следующим образом: наиболее пораженный контингент неработающие – 57 %, рабочие составляют 33,3 %, учащиеся школ и ПТУ – 5,3 %, студенты 2,2 %, прочие – 2,2 %.

За все годы регистрации в Ярском районе от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 10 детей, 9 из них здоровы и сняты с диспансерного учета.

На 01.07.2014 г. **в Юкаменском районе** зарегистрировано 24 случая ВИЧ-инфекции. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составил 261,0 (по УР – 423,5).

По путям передачи среди всех ВИЧ-инфицированных, выявленных за все годы регистрации в Юкаменском районе, преобладающим остается половой, который составляет 55 %, на долю наркотического пути передачи приходится 40 %, в 5 % случаях путь передачи не установлен.

По половому и возрастному составу среди всех лиц, зарегистрированных с диагнозом ВИЧ-инфекция в Юкаменском районе, за все годы регистрации доля ВИЧ-инфицированных мужчин составляет 71,5 %, женщин – 28,5 %. Соотношение мужского и женского пола 1,7:1. Большинство ВИЧ-инфицированных выявлено в возрастной группе от 18 до 30 лет. Заболеваемость лиц в возрасте от 31 до 40 лет составила 12,6 %, в возрасте от 41 до 50 лет – 2,1 %, от 51 до 60 лет – 0,6 %, от 15 до 17 лет – 7,1 %, от 0 до 14 лет – 1,1 %.

Социальный статус всех ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы регистрации в г. Глазове, выглядит следующим образом: наиболее пораженный контингент неработающие – 61,8 %, рабочие составляют 26,8 %, учащиеся школ и ПТУ – 7,9 %, студенты 2,5 %, прочие – 1 %.

За все годы регистрации в Юкаменском районе от ВИЧ-инфицированных матерей не родилось ни одного ребенка.

Н.В. Терешина,
заведующая Увинским зональным центром

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УВИНСКОМ РАЙОНЕ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», п. Ува

По числу ВИЧ-инфицированных на 1 августа 2014 г. Увинский район находится на 7-м месте среди 25 районов Удмуртской Республики. Особенностью эпидемического процесса в районе на современном этапе, как, впрочем, и в целом по Удмуртской Республике, является неуклонный рост полового, гетеросексуального, пути передачи ВИЧ-инфекции как среди мужского, так и среди женского населения.

ВИЧ-инфекция регистрируется в 11 населенных пунктах Увинского района (п. Ува. с. Нылга, д. Ольховка, с. Ува – Тукля, Каркалай, Подмой, с. Рябово, Узей-Тукля, с. Красное, д. Кочур, с. Булай).

На 1 августа 2014 г. в Увинском районе всего зарегистрировано 92 ВИЧ-инфицированных человека. Показатель распространенности на 100 тыс. населения составляет 238,9 (УР – 426,4). В первом полугодии 2014 г. вновь выявлено 3 человека (мужчины), что на 1 случай меньше, чем за аналогичный период 2013 г. Соотношение мужчин и женщин в Увинском районе составляет 2,4:1 (среднереспубликанский показатель – 1,7:1). Мужчин – 65 человек, женщин – 27. Необходимо отметить, что 77,7 % женщин, выявленных в районе с диагнозом ВИЧ-инфекция, были инфицированы половым путем; 1/3 ВИЧ-инфицированных женщин, зарегистрированных в районе, диагноз был установлен при обследовании в женских консультациях по поводу беременности.

За все годы регистрации преобладающим путем передачи ВИЧ-инфекции в районе остается наркотический путь инфицирования – 57 человек (62 %). На половой путь передачи приходится 33 человека (35,8 %), неизвестный путь заражения – 2 человека (2,2 %). Наиболее пораженный контингент по району за все годы регистрации – неработающее население – 57 человек (62 %), работающие – 32 человека (34,8 %), 2 учащихся.

За все существование эпидемии в Увинском районе не выявлено ни одного случая ВИЧ-инфекции среди детей и подростков. На момент установления диагноза лица, зараженные ВИЧ-инфекцией, находились в возрастном диапазоне 18–24 года – 29 человек (31,5 %), 25–30 лет – 31 человек, (33,7 %), 31–40 лет – 25 (27,2 %) человек, 41–50 лет – 7 человек (7,6 %). Самый старший возраст на момент выявления – 49 лет, самый младший – 18 лет.

В районе на сегодняшний день зарегистрировано 7 случаев рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Трое детей здоровы и уже сняты с учета.

Наибольший удельный вес среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц в Увинском районе занимают контактные лица, выявленные в процессе эпидемиологического расследования (50 %). С каждым годом число женщин, инфицированных ВИЧ, растет вследствие заражения половым путем.

На диспансерном учете на 01.08.2014 г. состоит 44 ВИЧ-инфицированных, из них 8 человек получают специальную высокоактивную антиретровирусную терапию.

Исходя из эпидемиологической ситуации по Увинскому району, можно сказать, что в районе идет рост удельного веса полового пути передачи, эпидемиологическая ситуация – стабильно ухудшающаяся, наблюдается феминизация эпидемии и смещение заражения ВИЧ-инфекцией в более старшую возрастную группу.

Н.С. Рябцева[1], заведующая консультативной поликлиникой, врач-инфекционист
О.Я. Морозова[2], врач-инфекционист МБУЗ «Балезинская ЦРБ»
В.Д. Ромашов[2], главный врач МБУЗ «Балезинская ЦРБ»

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В БАЛЕЗИНСКОМ РАЙОНЕ

[1]БУЗ УР « УРЦ СПИД и ИЗ» г. Ижевск;
[2]МБУЗ УР «Балезинская РБ МЗ УР», п. Балезино

Балезинский район одним из первых в УР вступил в эпидемию ВИЧ в апреле в 2000 г. Уровень пораженности населения ВИЧ значительно превосходил среднереспубликанские и общероссийские показатели. Высокие показатели явились следствием распространения вируса среди потребителей инъекционных наркотиков, преобладали лица молодого возраста 18–30 лет с низким профессиональным и образовательным уровнем (безработные – более 63 %).

С локализацией очага в последующие годы регистрация ВИЧ была на уровне 2–5 человек ежегодно. С 2006 г. наметилось увеличение темпов роста новых случаев, при этом в эпидемический процесс вовлекается все большее число женщин, заразившихся половым путем.

Динамика роста числа инфицированных ВИЧ в Балезинском районе в период с 2006 по 2013 г. (мужчин и женщин сответственно): 2006 г. – 4 и 6; 2007 г. – 4 и 6; 2008 г. – 7 и 7; 2009 г. – 3 и 5; 2010 г. – 8 и 7; 2011 г. – 3 и 9; 2012 г. – 11 и 7; 2013 г. – 8 и 6.

На сегодняшний день Балезинский район остается одним из неблагополучных по уровню пораженности – 302,1 на 100 тыс. населения (5 место среди территорий Удмуртской Республики.)

За 13 лет наблюдения от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 26 детей, из них 3 детям был выставлен диагноз ВИЧ-инфекция. Показатель перинатальной ВИЧ-трансмиссии за все годы составил 11,5 %, по Удмуртской Республике – 4,6 %.

Особенностью эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе в Балезинском районе является переход эпидемии в старшие возрастные группы, о чем свидетельствуют цифры распределения по возрастам ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете у инфекциониста на 01.10.2014 г.: 0-10 лет – 3 человека; 18-25 лет – 9; 26-30 лет – 15; 30-45 лет – 62; старше 45 лет – 19.

57 пациентов (52,7 %), состоящих на диспансерном учете, имеют стаж инфицирования более 7–9 лет – это создает предпосылки для перехода в ближайшие 2–3 года значительного числа больных в более продвинутые стадии ВИЧ (4а, 4б, 4в).

Распределение по стадиям ВИЧ-инфекции пациентов с ВИЧ в Балезинском районе, состоящих на диспансерном учете у инфекциониста на 01.10.2014 г.: 2Б – 3 человека; 3 – 30; 4А – 53; 4Б – 18; 4В – 4.

Следует дополнительно отметить, что пациенты с третьей, бессимптомной стадией ВИЧ, имеют стаж инфицирования 3 и более лет, что говорит о скорой необходимости начала пожизненной антиретровирусной терапии у данной категории больны.

Стаж инфицирования ВИЧ у пациентов в Балезинском районе в третьей, бессимптомной стадии ВИЧ по состоянию на 01.10.2014 г.: 1-2 года – 17 человек; 3-5 лет – 10; 6-7 лет –3.

Результаты диспансеризации, проведенной в текущем году, показали наличие тенденции к прогрессированию иммунодефицита, присоединению бактериальных, вирусных, грибковых инфекций, ВИЧ-деменции и проявлению оппортунистических заболеваний. Всего зарегистрировано 23 вторичных заболевания у 23 больных (21,2 % от состоящих на диспансерном учете).

Зарегистрированные вторичные заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией в Балезинском районе, состоящих на диспансерном учете у инфекциониста на 01.10.2014 г.: туберкулез различной локализации – 13, криптоспоридиоз – 2, опоясывающий герпес рецидивирующий – 1, рецидивирующие пневмонии – 1, ВИЧ-ассоциированные злокачественные образования – 2, микозы – 2, саркома Капоши – 1.

Учитывая наличие основных факторов, а именно снижение иммунного статуса, увеличение вирусной нагрузки ВИЧ и возникновение оппортунистических заболеваний, 30 пациентам назначена пожизненная антиретровирусная терапия, позволяющая существенно увеличить продолжительность и качество жизни пациентам с ВИЧ-инфекцией. При наличии достаточного количества лекарственных средств, поступающих в рамках Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013–2020 гг., требует решения проблема с формированием приверженности к АРВТ. Частые перерывы и нерегулярный прием препаратов наблюдаются у 11 человек (36,6 % от принимающих терапию). В то же время у лиц с высокой приверженностью к лечению отмечается стабилизация процесса с уменьшением показателей вирусной нагрузки ВИЧ и ростом CD4 клеток в 63,4 % (у 19 человек).

Результаты анализа клинико-эпидемиологической ситуации требуют сделать акценты на проводимую профилактическую работу с прикрепленным населением и совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ. На сегодняшний день актуально расширение профилактической работы среди подростков и женщин детородного возраста, начиная со школы, женской консультации и кабинетов планирования семьи. Важно повысить безопасность женщин в дискордантных парах, снизить риск заражения половых партнеров наркопотребителей, зачастую не осведомленных об их ВИЧ-статусе. Снижение процента перинатальной трансмиссии – результат консолидации усилий врачей инфекциониста, акушера-гинеколога, участкового терапевта по своевременному проведению ВИЧ-позитивным беременным химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. Еще одно важное направление работы – это организация паллиативной помощи ЛЖВС (лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом) с привлечением специалистов различного профиля, социальной службы, общественных организаций, духовенства, реабилитационных центров.

М.В. Мерзлякова, врач клинической лабораторной диагностики клинико-иммунологической лаборатории
А.Я. Снигирев, заведующий клинико-иммунологической лабораторией

ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Бурное развитие иммунологии позволило по-новому оценить многие механизмы защитных реакций организма, причины иммунодефицитных состояний и разработать способы коррекции нарушений, лежащих в основе иммунодефицитов как у взрослых, так и у детей.

В настоящее время на первом месте среди причин вторичных иммунодефицитов у детей стоят герпетические инфекции (ГИ): цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), вирус Эбштейн – Барра (ВЭБ), вирус герпеса 6-го типа (ВГ 6-го типа). Исследование иммунного статуса важно для проведения грамотной этиопатогенетической терапии иммунодефицитных заболеваний. Золотым стандартом оценки иммунного статуса признан метод проточной цитофлюорометрии (ПЦ).

В основе его лежит проведение фотометрических и флуоресцентных измерений популяций иммунокомпетентных клеток путем иммунофенотипирования их CD-маркеров.

В данном исследовании на базе клинико-иммунологической лаборатории БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» было проведено изучение клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с герпетическими инфекциями методом ПЦ с использованием расширенной панели CD-маркеров. Анализ проводили на аппарате EPICS XL 4 MCL (Beckman Coulter, США). Оценивали следующую панель моноклональных антител: CD3, CD4, CD8, CD16, CD19. Иммуноглобулины (Ig) Ig A, Ig M, Ig G оценивали турбодиметрическим методом.

Было обследовано 43 ребенка с ГИ в возрасте от 1 до 14 лет. Они переносили инфекционный мононуклеоз в разных клинических стадиях заболевания: острая форма, реактивация (обострение) инфекции, персистирующее течение (ремиссия) инфекции.

Первую группу (15 %) составляли пациенты с острой формой инфекционного мононуклеоза, подтвержденного методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментным анализом (ИФА): ПЦР-виремия, ИФА – Ig M «+», Ig G «-». В иммунном статусе этих пациентов были выявлены признаки активности Т-клеточного звена: повышение количества Т-лимфоцитов (CD3), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8); В-клеточного звена: повышение количества В-лимфоцитов (CD19), иммуноглобулинов Ig A, Ig M, Ig G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Обнаружены признаки угнетения иммунной системы: нормальное содержание Т-хелперов (CD4), снижение иммунорегуляторного индекса (CD4 / CD8), снижение натуральных киллеров NK (CD 16).

Вторую группу (64 %) составляли пациенты с реактивацией ГИ: ПЦР-виремия, ИФА – Ig M «+/-», Ig G «+». В иммунном статусе этой группы пациентов отмечалось уменьшение общего пула Т-лимфоцитов (CD3), NK-клеток (CD 16); увеличение числа цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8), иммуноглобулинов (Ig) Ig A, Ig M, Ig G, ЦИК.

Третью группу (21 %) составляли пациенты с персистирующим течением инфекции (стадия ремиссии): ПЦР «-», ИФА – Ig M «-», Ig G «+». В их иммунограмме показатели клеточного звена иммунитета соответствовали возрастной норме; иммуноглобулины A, M, G были снижены.

Таким образом, на основании данных иммунограмм при ГИ нами была составлена прогностическая таблица, включающая наиболее значимые показатели фенотипа лимфоцитов крови, которые коррелируют с переходом острой стадии или реактивации герпетической инфекции в персистенцию. Для этого было проведено не менее 2 иммунологических исследований.

Динамика иммунологических показателей при благополучном течении герпесвирусной инфекции:

Лимфоциты: нормализация повышенного или пониженного абсолютного количества лимфоцитов.

Т-лимфоциты (CD3): снижение до нормы исходно повышенного относительного количества Т-лимфоцитов.

В-лимфоциты (CD 19): снижение до нормы исходно повышенного абсолютного количества В-лимфоцитов.

Т-хелперы (CD4): повышение до нормы исходно сниженного абсолютного количества CD4, при этом относительное их содержание может сохраняться низким или снизиться.

Т-цитотоксические (CD8): снижение до нормы исходно повышенного относительного количества (CD8).

Таким образом, определение в динамике прогностически значимых показателей является важным при оценке эффективности терапии и прогнозирования реактивации инфекции. Повторное иммунологическое исследование рекомендуется проводить 1 раз в 6 месяцев. При появлении отрицательной динамики прогностически значимых показателей рекомендуется проведение курса иммунотерапии, которую следует назначать с учетом нарушенного звена иммунитета.

Н.В. Миронова, заведующая лабораторно-диагностического отделения, врач клинической лабораторной диагностики, заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики
А.Н. Миронова, врач клинической лабораторной диагностики лабораторно-диагностического отделения
Н.В. Горлова, врач клинической лабораторной диагностики лабораторно-диагностического отделения

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГЕНА Р24 В ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Антитела к вирусу появляются в сыворотке большинства ВИЧ-инфицированных через 4–8 недель после заражения, у 5–9 % – через 6 месяцев от момента заражения и у 0,5–1,0 % – в более поздние сроки. В терминальной фазе СПИД количество антител может значительно снижаться, вплоть до полного их исчезновения.

Проблема постановки диагноза ВИЧ-инфекции методом ИФА в более ранние сроки (до 2–4 недель после заражения) решена внедрением в практику лабораторий тест-систем для выявления антигена ВИЧ р24. Белок р24 входит в состав ядра ВИЧ. Твердофазный ИФА на присутствие антигена р24 оказывается ценным в период, когда вирус уже попал в организм, а гуморальный ответ организма еще не развился. В течение этих 4–8 недель концентрация антигена р24 в крови растет, а с появлением в сыворотке антител к белку р24 резко падает. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции, сопровождающихся выраженной виремией, концентрация белка р24 снова резко возрастает. Положительный результат ловушечного ИФА на антиген р24 свидетельствует об активной репликации вируса.

Для выяснения диагностической значимости теста на антиген р24 в нашей лаборатории исследовались сыворотки пациентов, положительных на первом этапе диагностики – этапе скрининга. Сыворотки анализировались с использованием тест-систем фирм «БИОРАД-САНОФИ», ЗАО «ЭКОлаб», ООО «НПО «Диагностические системы». Чувствительность данных тест-систем составляет 0,5–5,0 пг/мл. Исследования сывороток на антиген р24 в нашей лаборатории проводятся с 2006 г. За этот период было исследовано 3950 сывороток. Из них положительный результат дали 277 сывороток, что составляет 7 %. Эти же сыворотки были исследованы в иммуноблоте. Результаты представлены в таблице и на рис. 1, 2.

Результаты исследования сывороток на антиген р24

Контингент	Лица с положительным результатом	% от всех выявленных положительных результатов	Лица с положительным результатом иммуноблота при повторном исследовании	% подтверждения диагноза у лиц с положительным результатом
Лица с отрицательным результатом 1-го иммуноблота	117	42,4	76	65
Лица с сомнительным результатом 1-го иммуноблота	142	51,5	113	79,6
Лица с положительным результатом 1-го иммуноблота	16	5,7	-	-
Лица с отрицательным результатом ИФА	1	0,4	1	-
Итого	276	100	189	-

Рисунок 1 – Анализ выявления ВИЧ-инфицированных после положительного результата на антиген р24

Рисунок 2 – Структура положительных результатов на антиген р24 за 2006–2013 гг.

Данные таблицы и рисунков показывают, что при динамическом наблюдении за пациентами с позитивными результатами в исследовании на антиген р24 через некоторое время мы наблюдали развертывание полного спектра белков в иммуноблоте: за период 2006–2008 гг. – у 63 человек (что составило 80 %), в 2009 г. – у 30 человек (73 %), в 2010 г. – у 38 человек (84,5 %), в 2011 г. – 2 человека (50 %), в 2012 г. – у 28 человек (72 %), в 2013 г. – у 45 человек (65,2 %). В 2011 г. количество исследований было резко сокращено из-за недостаточного финансирования, вследствие чего было выявлено всего 4 позитивных результата, из которых 2 подтвердились в иммуноблоте, 1 человек далее не обследовался (25 %), а 1 – донор тканей (25 %). В 2013 г. выявлено 10 человек (14,5 %) с положительным результатом р24 при отрицательном и сомнительных блотах среди доноров крови, органов и тканей, однако постановка окончательного диагноза у доноров органов и тканей по объективным причинам не представляется возможной.

Сроки от выявления положительного анализа на антиген р24 до позитивного результата иммуноблота составили от 2 недель до 1 года и более, что связано в большей степени с явкой ВИЧ-инфицированных на повторные осмотры, а не с истинным процессом нарастания антител, поэтому в 2013 г. процент подтверждения ВИЧ-инфекции ниже, чем в предыдущие годы.

При исследовании сывороток новорожденных детей от ВИЧ-инфицированных матерей отмечались чаще всего отрицательные результаты на антиген р24 при полном развернутом спектре белков в иммуноблоте, что говорит о циркуляции в крови ребенка материнских антител к ВИЧ. Лишь у одного ребенка при рождении был выявлен резко положительный результат р24 и только 2 белка (р24 и р55) в иммуноблоте, что свидетельствует об инфицировании беременной и плода незадолго до родов. У данного ребенка положительный результат анализа на антиген р24 сохранялся в течение 2 месяцев, и через 8 недель развернулся полный спектр белков в иммуноблоте. С 2009 г. обследование новорожденных детей в иммуноблоте и в ИФА на антиген р24 не проводилось в связи с введением новых СанПИНов, поэтому данная статистика не отслеживалась.

Среди положительных сывороток на антиген р24 была выявлена 21 сыворотка доноров крови и тканей, 34 сыворотки лиц, контактных с ВИЧ-инфицированными, 91 сыворотока пациентов с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, 32 сыворотки лиц из пенитенциарных учреждений, 27 сывороток лиц, употребляющих внутривенно наркотические вещества.

Выводы: 1. На основании полученных результатов можно предположить, что определение антигена р24 имеет наибольшую диагностическую важность для сокращения сроков установки диагноза ВИЧ-инфекции минимум на 2 недели.

2. Раннее выявление инфекции крайне важно для службы переливания крови и трансплантологии с целью предотвращения переливания инфицированной крови и пересадки тканей от ВИЧ-инфицированных.

3. Таким образом, представляется целесообразным использование антигенных тестов при скриннинговых обследованиях следующих групп пациентов:

– лица, контактные с ВИЧ-инфицированными;
– пациенты с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции;
– доноры крови и тканей;
– новорожденные от ВИЧ-инфицированных матерей;
– пациенты, сыворотки которых в ИФА положительные, а в иммуноблоте – сомнительные или отрицательные.

Следовательно, необходимо многоступенчатое всестороннее исследование каждой выявленной позитивной сыворотки.

Е.В. Перминова, врач клинической лабораторной диагностики лабораторно-диагностического отделения
А.Н. Миронова, врач клинической лабораторной диагностики лабораторно-диагностического отделения
Н.В. Горлова, врач клинической лабораторной диагностики лабораторно-диагностического отделения

ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ»

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на санитарно-эпидемиологических правилах СП 3.1.5.2826–10. Стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит определение антител/антигенов к ВИЧ с помощью ИФА.

Для подтверждения результатов в отношении ВИЧ применяются подтверждающие тесты (иммунный блот).

Диагностический алгоритм тестирования на наличие антител к ВИЧ:

1. Первый этап (скрининг). Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции может осуществляться только при использовании сертифицированных стандартизованных диагностических тест-систем (наборов), разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке. В нашей лаборатории используются тест-системы разных производителей с чувствительностью 5–10 пг/мл. При поступлении на каждую серию тест-систем проводится входной контроль качества с использованием панелей стандартных сывороток и определяется соответствие чувствительности и специфичности паспортным данным.

Если получен положительный результат в ИФА, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе, вторая сыворотка запрашивается только в случае невозможности направления для дальнейшего исследования первой сыворотки). Если получены два положительных результата из трех постановок в ИФА, сыворотка считается первично-положительной, выдается результат: «ИФА на ВИЧ первично-положительный, сыворотка оставлена в арбитражные исследования». В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования, указывается наименование тест-системы, ее срок годности и серия.

2. Второй этап (референс). Первично положительная сыворотка повторно исследуется в ИФА во второй тест-системе другого производителя, отличающейся от первой по составу антигенов, антител или формату тестов, выбранной для подтверждения. При получении отрицательного результата сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе другого производителя, отличающейся от первой и второй по составу антигенов, антител или формату тестов. В случае получения отрицательного результата (во второй и третьей тест-системах) выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ. При получении положительного результата (во второй и/или третьей тест-системе) сыворотка исследуется в иммунном блоте.

В нашей лаборатории в последнее время используется тест-система «ИФА Лайн-Блот ВИЧ-1,2» производства ЗАО «ЭКОлаб» для «ручной» постановки.

Результаты, полученные в иммунном блоте, интерпретируются как положительные, неопределенные и отрицательные.

Положительными (позитивными) считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела к 2 из 3 гликопротеинов ВИЧ (env160, env41).

Отрицательными (негативными) считаются сыворотки, в которых не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ.

Неопределенными (сомнительными) считаются сыворотки, в которых обнаруживаются антитела к одному гликопротеину ВИЧ и/или каким-либо протеинам ВИЧ (gag, pol).

При получении отрицательного и сомнительного результата в иммунном блоте сыворотка исследуется в тест-системе для определения антигена p24. Если был выявлен антиген p24, то повторное обследование в иммунном блоте рекомендуется проводить через 2, 4, 6 недель после получения первого неопределенного результата.

При получении неопределенного результата иммунного блота и отрицательного p24 рекомендуется проводить повторные исследования на антитела к ВИЧ иммунном блоте через 2 недели, 3 и 6 месяцев. Если получены отрицательные результаты в ИФА, то дальнейшее исследование не проводится. Если через 6 месяцев после первого обследования вновь будут получены неопределенные результаты, а у пациента не будут выявлены факторы риска заражения и клинические симптомы ВИЧ-инфекции, результат расценивается как ложноположительный. (При наличии эпидемиологических и клинических показаний серологические исследования проводятся повторно по назначению лечащего врача или эпидемиолога.)

При исследовании сыворотки детей до 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, при наличии позитивного результата ИФА референс не проводится, выдается результат: «ИФА на ВИЧ положительный».

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и достигших возраста 18 месяцев, осуществляется так же, как у взрослых.

За 2013 г. в нашей лаборатории было выявлено на первом этапе (скрининг) 1026 ИФА положительных сывороток, которые далее были исследованы на втором этапе (референс). Из них во второй и третьей тест-системе отрицательный результат дали 336 сывороток, что составляет 33 % от ИФА (+) в скрининге. Остальные 690 сывороток были исследованы в реакции иммуноблота. Положительный результат был выявлен у 442 человек (43 %), отрицательный – у 175 человек (17 %), сомнительный – у 73 человек (7 %). Сыворотки с отрицательным и сомнительным иммуноблотом были исследованы на наличие антигена p24.

Таким образом, поэтапная система тестирования сывороток позволяет исключить из дальнейшего исследования ложноположительные сыворотки, полученные при исследовании в скрининге. Это позволяет сократить количество исследований в иммуноблоте.

М.А. Шувалова, заведующая отделением ПЦР-диагностики, врач клинической лабораторной диагностики, заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ НАБОРА РЕАГЕНТОВ «АМПЛИСЕНС ГЕНОСКРИН HLA-B*5701-FL» В ЛАБОРАТОРИИ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ»

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

В связи с широким распространением и повышением эффективности антиретровирусной терапии остро встает вопрос об оценке риска развития осложнений, вызванных приемом некоторых препаратов. При комбинированной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов часто назначают противовирусный препарат абакавир. Он входит в состав таких лекарственных средств, как, например, зиаген, тризивир, кивекса.

Несмотря на то, что абакавир хорошо переносится большинством людей, у некоторых пациентов развивается реакция гиперчувствительности с такими симптомами, как лихорадка, кожная сыпь, утомляемость, желудочно-кишечные расстройства и респираторные нарушения. По данным клинических исследований, такая тяжелая реакция гиперчувствительности развивается примерно у 5–8 % пациентов, принимавших этот препарат. В редких случаях она может привести даже к смертельному исходу. Симптомы гиперчувствительности могут появиться в любое время после начала лечения абакавиром. Однако чаще всего они возникают в течение первых 6 недель.

В 2008 г. международная группа ученых в 265 центрах 19 стран мира провела исследование PREDICT (Prospective Randomized Evaluation of DNA Screening in a Clinical Trial) с целью определить

диагностическую ценность так называемого фармакогенетического тестирования больных на предрасположенность к реакции гиперчувствительности к абакавиру.

Результаты исследования показали, что отсутствие у пациента аллели HLA-B*5701, расположенной в главном комплексе гистосовместимости I класса, полностью исключает возможность аллергической реакции на препарат, а при его наличии вероятность реакции составляет 47,9 %. Таким образом, была доказана ассоциация развития реакции гиперчувствительности с носительством аллели HLA-B*5701.

По результатам этих исследований Управление по контролю над качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США распорядилось, чтобы упаковка абакавира обязательно содержала рекомендацию о проведении генетического скрининга на наличие аллели HLA-B*5701 до начала лечения.

Аналогичная практика широко внедряется и в нашей стране. Чтобы избежать нежелательных клинических последствий и побочных реакций приема препарата, врачам не рекомендуется назначать дальнейший прием абакавира пациентам – носителям аллели HLA-B*5701, а ВИЧ-инфицированным пациентам, которым ранее не назначалась терапия абакавир-содержащими препаратами, перед курсом лечения рекомендуется проводить скрининг на носительство аллели HLA-B*5701.

В лаборатории ПЦР-диагностики БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» выявление чувствительности к абакавиру проводится, начиная с 2010 г. При этом используются тест-системы «АмплиСенс Геноскрин HLA-B*5701-FL» производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора для лабораторного определения аллели HLA-B*5701.

В данной статье на основе обработки результатов исследований, полученных за прошедший период, проводится анализ распространенности аллели HLA-B*5701 среди ВИЧ-инфицированных пациентов Удмуртской Республики.

Материалом для исследования являлась цельная кровь, полученная от ВИЧ-инфицированных лиц. Выделение ДНК из крови проводилось с помощью набора реагентов для выделения РНК/ДНК из клинического материала «РИБО-преп». Методом ПЦР с флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени» при помощи наборов «АмплиСенс Геноскрин HLA-B*5701-FL» определялась аллель 5701 локуса B главного комплекса гистосовместимости I класса. Учет результатов проводился на амплификаторах «iQ5» и «RotorGene Q 5plex».

Принцип тестирования основан на выделении тотальной ДНК человека, проведении амплификации участка локуса B главного комплекса гистосовместимости и участка гена β-глобина методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени». Амплификация участка гена β-глобина используется в качестве эндогенного контроля, отражающего качество взятия, транспортировки, хранения и обработки клинического материала. Положительный результат тестирования получается в случае наличия аллели HLA-B*5701 как в гомо-, так и в гетерозиготном состоянии. Аналитическая чувствительность набора реагентов составляет 103 клеток/мл.

Специалистами лаборатории проводилось обследование крови ВИЧ-инфицированных больных: как уже принимающих терапию абакавиром, так и тех, кому только еще назначили препарат, так называемых «нативных пациентов». Была протестирована кровь у 141 ВИЧ-инфицированного пациента, среди них 61 мужчина и 80 женщин. В результате у 128 пациентов ДНК аллели HLA-B*5701 не обнаружена, а у 13 пациентов тест на ДНК аллели HLA-B*5701 оказался положительным. Таким образом, распространенность этой аллели (процент выявляемости) по УРЦ СПИД и ИЗ составила 9,2 %. Распределение по полу среди положительных пациентов: мужчин – 5, женщин – 8.

В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения процент носительства аллели HLA-B*5701 среди ВИЧ-инфицированных пациентов составляет в среднем 5,0 %, в частности на территории США – 5–8 %, Западной Европы – 5–7 %, Великобритании – 8 %, Индии – 5–20 %, Австралии – 8 %, Российской Федерации – 3–5 %.

Следовательно, частота встречаемости аллели HLA-B*5701 в своем геноме у ВИЧ-инфицированных пациентов на территории нашей республики (9,2 %) несколько выше, чем по России, но ближе к показателям по США и Европе.

Частота встречаемости носительства больными ВИЧ-инфекцией в своем геноме аллели HLA-B*5701, полученная нами в результате работы с набором реагентов «АмплиСенс Геноскрин HLA-B*5701-FL», свидетельствует о настоятельной необходимости проводить обследование пациентов на наличие аллели HLA-B*5701 перед назначением терапии абакавиром с целью полного исключения нежелательных клинических последствий реакции гиперчувствительности, возникающей при приеме данного препарата.

Кроме того, сравнение затрат на ПЦР-диагностику носительства аллели HLA-B*5701 и неэффективную терапию абакавир-содержащими препаратами указывает на высокий экономический эффект от повсеместного внедрения обязательного генетического скрининга на наличие аллели HLA-B*5701 до начала лечения ВИЧ-инфицированных пациентов.

С.Г. Марданлы, А.С. Авдонина

РАЗРАБОТКА НАБОРА РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ КЛАССА G К ОТДЕЛЬНЫМ АНТИГЕНАМ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА МЕТОДОМ ИММУННОГО БЛОТТИНГА В ФОРМАТЕ WESTERN-BLOT

ЗАО «ЭКОлаб», г. Электрогорск

Для современного здравоохранения цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) становится все более актуальной. В развитых странах к 50 годам 50–80 % населения являются серопозитивными по ЦМВ.

Особенностью цитомегаловируса является то, что в результате перенесенной острой инфекции он не элиминируется, а переходит в латентное состояние, в котором удерживается сформированным иммунитетом. Именно поэтому, по мнению В.И. Шахгильдян и соавт., при лабораторной диагностике цитомегаловирусной инфекции крайне важно определить не только наличие вируса в организме, но и установить стадию заболевания.

Одним из наиболее эффективных инструментов диагностики служит определение класса и динамики видоспецифических антител в крови, поскольку наличие иммуноглобулинов класса M и/или нарастание титра иммуноглобулинов класса G является свидетельством активного течения первичной инфекции, или реинфекции, или обострения хронического процесса (Цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика, 2001). Как правило, серологических маркеров ЦМВИ достаточно для ее диагностики, тем более что их определение наиболее доступно для большинства лабораторий (Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А., 2005).

Алгоритм серологического исследования предусматривает выявление антител к ЦМВ, определение их класса, определение авидности и титра IgG-антител и, при необходимости, проведение иммунного блоттинга (ИБ), т. е. выявление специфических антител классов M и G к отдельным антигенам ЦМВ, позволяющее отслеживать динамику смены белков в ходе инфекционного процесса, что имеет большое диагностическое и прогностическое значение.

ИБ – это, по сути, один из вариантов твердофазного иммуноферментного анализа, при котором антитела, присутствующие в исследуемом образце, взаимодействуют с отдельными антигенами возбудителя, нанесенными на полоски нитроцеллюлозной мембраны (стрипы). Образующиеся при этом комплексы «антиген-антитело» связываются затем с конъюгатом – видоспецифическими антителами к иммуноглобулинам человека, мечеными ферментом, и выявляются по цветной реакции с субстратом этого фермента в присутствии соответствующего индикатора; интенсивность реакции определяется содержанием в образце соответствующих антител.

Антигены ЦМВ подразделяют на три категории:

1) перекрестно-реагирующий антиген с молекулярной массой 65 кДа и неопределенные антигены;

2) низкоспецифичные антигены с молекулярными массами 75 кДа, 55 кДа, 52 кДа и 38 кДа;

3) высокоспецифичные антигены с молекулярными массами 150 кДа, 130 кДа и 28 кДа.

Как считают М.В. Маркина, В. В. Романов, наличие антител хотя бы к одному из высокоспецифичных антигенов свидетельствует о формировании иммунного ответа к ЦМВ, т. е. о том, что у пациента идет активный инфекционный процесс.

До сегодняшнего дня для подтверждающих исследований на ЦМВИ могли быть использованы только тест-системы зарубежных производителей, высокая стоимость которых существенно ограничивает возможности их широкого использования в практике отечественного здравоохранения. Поэтому разработка соответствующего отечественного продукта, не уступающего по диагностической эффективности своему зарубежному аналогу, но значительно более дешевому, достаточно актуальна.

При разработке новой тест-системы использовали электрофорез в полиакриламидном геле в присутствии додецилсульфата натрия (денатурирующие условия по Laemmli), электроперенос разделенных белков из геля на твердую подложку (нитроцеллюлозную мембрану) – блоттинг, выявление перенесенных на мембрану белков с помощью иммуноферментного анализа с последующей визуальной оценкой результатов исследования.

Итогом разработки явилась тест-система «ИФА-Блот-ЦМВ-IgG» следующего состава:

Иммуносорбент – полоски (стрипы) из нитроцеллюлозной мембраны с сорбированными на них методом электропереноса индивидуальными белками (антигенами) ЦМВ: pp 150, pp 130, gp 75, pp 65, gp 55, pp52, p 38, pp 28; в виде контрольной линии нанесены антитела против IgG человека – для контроля правильности проведения реакции.

Конъюгат – козьи антитела против иммуноглобулинов G человека, конъюгированные со щелочной фосфатазой.

Окрашивающий раствор – 5-бром-4-хлор-3-индолилфосфат и нитроголубой тетразолий.

5-кратный концентрат промывочного раствора [ПР (x5)].

Раствор для разведения сывороток (РРС).

Референс-стрип (или его фотография) – стрип с проявленным белковым профилем антигена ЦМВ.

Диагностическая эффективность новой тест-системы была оценена вначале на сыворотках панели «Стандарт AT-G (+/-) ЦМВ» ЗАО «Медико-биологический союз» (г. Новосибирск). Полученные результаты показывают полное совпадение оценок сывороток панели, полученных в исследовании, с их паспортными характеристиками.

Далее для оценки диагностической эффективности новой тест-системы исследовали 30 сывороток, полученных из коммерческой лаборатории «ИНВИТРО» (г. Москва), предварительно оцененных в ИФА с помощью ИФТС «ИФА-ЦМВ-IgG» производства ЗАО «ЭКОлаб» и в РИФ с помощью набора «Цитомегаловирус-IgG-РИФ» фирмы «ViroImmun» (Германия). Результаты ИБ полностью подтвердили оценки исследованных образцов, полученные в ИФА и РИФ.

Для сравнения диагностической эффективности новой тест-системы с аналогичным импортным набором 15 образцов были исследованы в ней и в тест-системе «Anti-CMV (IgG) WESTERBLOT» фирмы «Euroimmun AG» (Германия). В проведенных испытаниях было получено полное совпадение итоговых оценок исследованных образцов.

Полученные результаты позволяют сделать заключение о том, что новая тест-система для проведения подтверждающих исследований на ЦМВИ методом ИБ имеет высокую диагностическую эффективность, не уступающую использованному импортному аналогу.

В.В. Колотвин

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ В, С И ВИЧ В ДОНОРСКОЙ КРОВИ МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (ПЦР)

ООО «ИнтерЛабСервис», г. Москва

По данным Минздрава, в РФ за 2010–2012 гг. регистрируется от 2,2 до 1,4 на 100 тыс. населения случаев заболевания вирусным гепатитом В, 2,1–1,5 на 100 тыс. населения случаев заболевания острым вирусным гепатитом С, больных с диагнозом ВИЧ-инфекция от 261 до 306 случаев заболевания на 100 тыс. населения. При этом количество зарегистрированных больных с диагнозом ВИЧ-инфекция, установленным впервые, от 40,1 до 41, 7 на 100 тыс. населения за тот же период [официальные данные Федеральной службы гос. статистики].

В связи с такой эпидемической ситуацией, сложившейся в отношении вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, проблема безопасности препаратов донорской крови также имеет особую актуальность в России.

Использование серологических тестов для скринингового исследования крови и ее препаратов позволило существенно снизить риск передачи вирусных инфекций при трансфузиях. Однако от момента инфицирования до появления антител к вирусу может проходить значительный период, известный как «серологическое окно». В период «серонегативного окна», когда обычные серологические методы не работают, содержание вирусов гепатитов В, С или ВИЧ в крови может быть весьма велико как раз из-за отсутствия иммунного ответа. С другой стороны, информация об отсутствии инфекционных агентов в крови или ее компонентах может оказаться решающей при неопределенных результатах обычных иммуноферментных

анализов, а также для выявления истинных вирусоносителей среди серопозитивных лиц.

В данной ситуации большую помощь могут оказать тесты, позволяющие выявлять сам вирус или его компоненты. Появление молекулярно-генетических методов диагностики, в частности метода полимеразной цепной реакции (ПЦР), определяющих нуклеиновые кислоты вирусов с высокой чувствительностью и специфичностью, позволили выявлять инфицированных лиц, у которых еще не произошла сероконверсия или антитела не обнаруживаются с помощью имеющихся ИФА тест-систем.

Современные ПЦР тест-системы позволяют выявлять концентрацию нуклеиновых кислот гемотрансмиссивных вирусных агентов (вирус гепатита В, С, ВИЧ) вплоть до 5 МЕ/мл.

На отечественном рынке представлен ряд тест-систем для выявления и количественного определения нуклеиновых кислот вирусов гепатита В, С, ВИЧ. Лидером по производству отечественных тест-систем является центральный научный институт эпидемиологии Роспотребнадзора (ЦНИИЭ), выпускающий диагностические тест-системы под торговой маркой АмплиСенс. Результаты сравнения аналитических характеристик тест-систем отечественного («АмплиСенс ВИЧ Монитор-FRT», «АмплиСенс ВИЧ Монитор») с зарубежными аналогами показывают хорошую корреляцию результатов вирусной нагрузки [Богословская Е.В., соавт.]. В подавляющем большинстве случаев отличия между результатами не превышали 0,5 lg. Проведенное исследование позволило провести оптимизацию отечественных тестов, в результате которой повысилась эффективность выявления наиболее распространенных субтипов ВИЧ-1 в России.

Важно подчеркнуть, что ПЦР-тестирование – не только точный метод оценки эпидемиологического состояния больших контингентов людей посредством выявления истинных вирусоносителей, являющихся основными распространителями инфекций, но и более высокий уровень вирусной безопасности донорской крови и возможность выявления вируссодержащих доноров крови.

М.С. Хасаншина, врач-инфекционист консультативной поликлиники
Е.А. Тюлькина, и. о. главного врача БУЗ «РКТБ МЗ УР»
Е.Р. Корнеева, заведующая лечебно-диагностическим отделением

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Воспалительный синдром восстановления иммунитета представляет собой частое осложнение ВИЧ-инфекции, развившейся после начала антиретровирусной терапии (АРВТ). Это синдром, в основе которого лежит восстановление активного иммунного ответа на существовавшую до начала АРВТ латентную инфекцию. Синдром восстановления иммунитета (СВИ) проявляется не только развитием инфекционных заболеваний, но и онкологических и других заболеваний.

Диагностические критерии СВИ:

1. Вирусологический ответ на АРВТ (снижение вирусной нагрузки не менее чем на 1 lg копий/мл).

2. Клиническое ухудшение состояния, связанное с инфекционным или воспалительным заболеванием, по времени совпадающее с началом АРВТ.

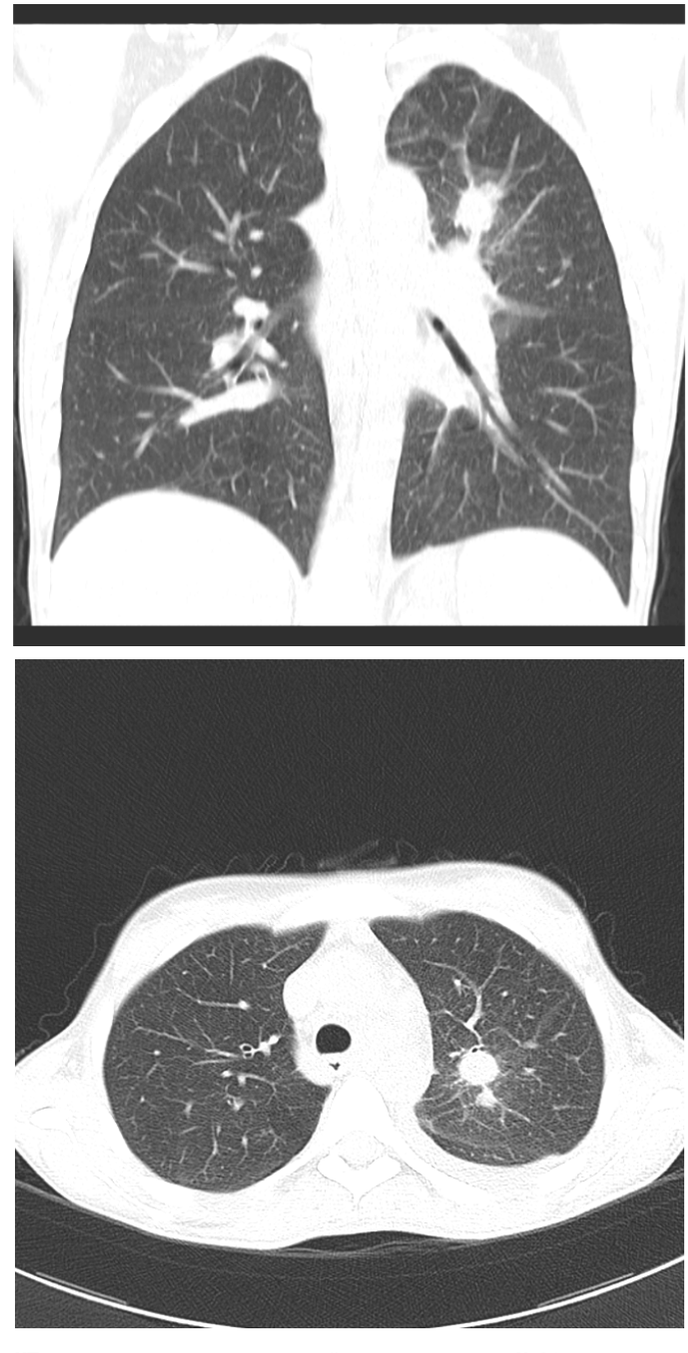
3. Симптомы не соответствуют ожидаемому клиническому течению ранее диагностированной инфекции, по поводу которой пациент получает адекватное эффективное лечение, их также не удается объяснить побочными эффектами или токсичностью препаратов, неудачей проводимой терапии или несоблюдением режима лечения.

Наиболее часто ВСВИС проявляется возникновением или обострением туберкулеза, диссеминированной МАК-инфекции или криптококкового менингита.

Есть два «сценария» развития ВСВИС: 1) ВААРВТ начинают на фоне лечения оппортунистической инфекции (ОИ), после чего наблюдается парадоксальное ухудшение течения ОИ несмотря на проводимое лечение, и 2) ВААРВТ начинают кл нически стабильному пациенту, после чего у него наблюдает обострение либо ранее диагностированного латентного забол вания, либо заболевания, которое ранее не было диагностиров но, или «снятие маски».

Пример. У женщины N, 31 год, выявлена ВИЧ-инфекц во время обследования и лечения в КВД по поводу рецид вирующего генитального герпеса. Из анамнеза установл но, что год назад лечилась в пульмонологическом отделен с диагнозом идиопатический фиброзирующий альвеол на ВИЧ-инфекцию не обследована. Прошла полный объ клинико-лабораторных обследований, в том числе R-грам органов грудной полости, консультацию фтизиатра. П первичном обследовании число CD4 составило 24 к мкл (7%), вирусная нагрузка (ВН) - 1 771 291 РНК коп/м С профилактической целью начат прием изониазида 0,3 г/с бисептола 480 мг/сут, а через 2 недели АРВТ (комбивир + кал тра). На **10-й день АРВТ** у женщины внезапно поднялась темп ратура тела до 38,8 °С, на следующий день до 39,5 °С, появила пятнисто-папулезная сыпь на туловище и конечностях, жидк стул до 5 раз в сутки. Проба Манту дала отрицательный резул тат. На R-грамме органов грудной полости в 2 проекциях **(13-й день АРВТ)** выявлено: диффузное усиление легочного рисунка, его обогащение, интерстициальный компонент в виде ячеистости, легочные поля прозрачные. Заключение: данные соответствуют интерстициальной пневмонии.

При КТ-исследовании органов грудной клетки **(20-й день АРВТ)** в верхней доле левого легкого обнаружено овальной формы образование с нечеткими контурами, размером 30х17 мм, негомогенной структуры, компремирующее субсегментарные бронхи сегмента SI+II, корни легких полицикличны за счет множественных лимфоузлов, средостение расширено за счет лимфоузлов. Лимфатические узлы: парааортальные, паратрахеальные, бифуркационные, перибронхиальные, бронхопульмональные – множественные, диаметром до 30 мм (рис.). Заключение: ВИЧ-ассоциированная неходжкинская лимфома.



КТ-исследование органов грудной клетки пациентки N, 31 год (20-й день АРВТ)

Госпитализирована в Республиканский клинический онкологический диспансер **(47-й день АРВТ)**.

На фоне продолжающей АРВТ (зидовудин был заменен на ставудин в связи с развившейся анемией), приема противотуберкулезных препаратов (изониазид + пиразинамид – добавлен фтизиатром) женщина прооперирована в торакоабдоминальном хирургическом отделении Республиканского клинического онкологического диспансера **(58-й день АРВТ)**. Выполнена операция: торакотомия слева, биопсия лимфоузлов средостения, атипичная резекция верхней доли левого легкого. При патогистологическом исследовании в лимфоузле и ткани легкого выявлена гистокартина гранулематозного воспаления с очагами коагуляционного некроза, гигантскими клетками типа Пирогова – Лангханса, что соответствует туберкулезному поражению. Женщина была госпитализирована в туберкулезный диспансер с диагнозом туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, туморозная форма. Туберкулез S1+2 левого легкого **(77-й день АРВТ)**. В АРВТ вновь была внесено изменение с целью снижения токсичности (замена ставудина с ламивудином на ралтегравир), которую женщина и продолжает получать до сих пор (калетра + ралтегравир).

Сегодняшний день – это 8-й месяц лечения. Состояние женщины расценивается как удовлетворительное. Лечение переносит без осложнений, ВН ВИЧ ниже порога определения, число CD4 составляет 230 кл/мкм (16%).

Результаты лабораторных исследований представлены в табл. 1-5.

Таблица 1. Полный анализ крови

Дата	Эритр., $*10^{12}$/л	Hb, г/л	Тромб., $*10^{9}$/л	Лейк., $*10^{9}$/л	СОЭ, мм/час	Гранул., %	Лимф., %	Мон., %	Ретик., ‰
15.05.13	3,69	97	208	2,6	55	Э-4,п-2,с-58	28	8	-
28.05.13	3,66	96	145	2,9	53	65,4	29,2	5,4	-
11.06.13	3,86	83	267	8,8	72	90,0	6,6	3,4	-
05.07.13	3,86	86	434	7,1	76	56,3	37,3	6,4	-
15.07.13	3,33	95	381	5,1	72	Э-2,п-4.с-42	46	6	-
13.08.13	3,28	102	570	5,5	70	64,0	30,0	5,1	-
26.12.13	4.23	117	-	8,0	12	Э-0,п-0,с-56	31	5	-

Таблица 2. Показатели иммунограммы

Дата	Т-хелперы CD4 (%/абс)	Т-цитотоксические CD8 (%/абс)	CD4/CD8
22.04.13	7 / 24	42 / 133	0,2
13.08.13	14 / 281	58 / 1180	0,2
15.12.13	17 / 250	47 / 682	0,4
10.04.14	16 / 230	-	-

Таблица 3. Биохимические показатели

Дата	Билирубин, мкм/л	АСТ, МЕ/л	АЛТ, МЕ/л	ЩФ, МЕ/л	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Глюкоза, ммоль/л	ПТИ, (сек)	ГГТ, МЕ/л
14.05.13	9,7	-	44	253	5,3	70	3,7	15	44
11.06.13	8,8	-	2,8	214	3,8	69	-	15,8	-
05.07.13	-	-	18	189	1,9	74	-	-	33
13.08.13	-	20	15	-	2,8	72	-	-	-
26.12.13	5,13	35,3	27,4	-	-	-	-	-	-
14.05.13	4,5	85,00	43,42	3,24	8.49	13,15	3,70	-	-
11.06.13	-	67,00	-	-	-	-	-	5,0	5,8

Таблица 4. Серологические исследования

Дата	Исследование	Результат
22.04.2013	Гепатит В	Отриц.
	Гепатит С	Отриц.
22.04.2013	Сифилис ИФА	-

Таблица 5. ПЦР

Дата	Исследование	Результат
22.04.13	РНК ВИЧ	1 771 291 коп/мл
04.12.13	РНК ВИЧ	Менее 250 коп/мл

Описанный клинический случай подчеркивает, что необходимо всегда помнить о риске СВИ у пациентов с тяжелым иммунодефицитом в первые недели противотуберкулезной терапии и АРВТ. При возможности рекомендуется как можно раньше использовать высокоинформативные методы диагностики: КТ, биопсию.

И.Т. Нургалеева, врач-инфекционист консультативной поликлиники
Н.С. Рябцева, заведующая консультативной поликлиникой, врач-инфекционист

МНОГОЛИКИЙ ПОРТРЕТ ТОКСОПЛАЗМОЗА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Спектр оппортунистических поражений у больных ВИЧ-инфекцией широк и затруднителен для клинической и лабораторной диагностики, так как на фоне выраженной иммуносупрессии они протекают атипично, теряя черты, присущие им у больных без снижения параметров иммунитета. Большинству из оппортунистических заболеваний свойственно длительное начало с нарастанием клинической симптоматики к разгару болезни, который нередко протекает в виде генерализованного процесса с поражением различных органов, что требует дифференциальной диагностики со многими поражениями.

Токсоплазмоз также не несет никаких патогномоничных черт, но имеет множество различных клинических вариантов, основным из которых является поражение головного мозга.

Самые частые клинические варианты токсоплазмоза у больных с глубоким иммунодефицитом – поражение головного мозга, глаз, легких. Реже, преимущественно на аутопсии, выявляют поражение миокарда, лимфатических узлов, костного мозга, селезенки и пр. Они крайне редко протекают изолированно (чаще всего сочетаются с поражением мозга) и почти всегда сопровождаются симптоматикой генерализованного процесса: преобладают высокая температура, признаки сепсиса и даже септического шока с ДВС-синдромом.

Больных обычно госпитализируют в различные стационары с подозрением на сепсис, пневмонию, нарушение мозгового кровообращения, опухоль мозга и даже шизофрению. Токсоплазмоз яв-

ляется наиболее распространенной причиной очаговых поражений мозга у больных ВИЧ-инфекцией. Церебральный токсоплазмоз (ЦТ) трудно поддается лечению из-за тяжелого состояния пациентов, обусловленного поздней диагностикой и наличием глубокого поражения иммунитета (СД4 ниже 100 клеток в мл).

У выживших больных могут сохраняться стойкие неврологические нарушения с тяжелой инвалидизацией. Рецидивы заболевания возможны даже через несколько лет.

Постепенное начало болезни характеризуется преимущественно длительным продромальным периодом – от 1 недели до 6 месяцев, в течение которого у большинства больных нарастают симптомы интоксикации, очаговые симптомы, тонико-клонические судороги, психические расстройства, сонливость и пр. В этом периоде многие больные уже в первые 2–3 недели отмечают небольшую слабость и легкое онемение в руке или ноге, периодические головокружения и умеренную головную боль. Эти симптомы чаще не влияют на качество жизни пациента и не служат поводом обращения за медицинской помощью. В дальнейшем интенсивность неврологической симптоматики постепенно нарастает – присоединяется выраженная слабость в конечностях, часто развивается гемипарез, появляются дизартрия или афазия. 9,2 % больных, которым в Удмуртской Республике был выставлен диагноз токсоплазмоз, были госпитализированы в связи с симптомами интоксикации, а неврологическая симптоматика развивалась уже во время пребывания в стационаре (в течение 1–4 недель). Часто эти больные поступали в больницу с диагнозом длительная лихорадка неясной этиологии, при этом они болели уже больше 1,5 месяцев. Неврологический статус в разгаре болезни был представлен гемипарезами с противоположной стороны от зоны поражения головного мозга.

Острое начало токсоплазмоза характеризовалось возникновением тонико-клонических судорог при отсутствии других очаговых неврологических симптомов. Температура тела повышалась только у половины больных. Таких больных после обнаружения очаговых образований при проведении МТР головного мозга часто госпитализируют в отделение нейрохирургии, где проводится дифференциальный диагноз с опухолевым поражением головного мозга или даже производится оперативное вмешательство. На контрольных МРТ выявляются множественные кольцевидные очаги в веществе больших полушарий, стволе мозга и мозжечке.

Рассмотрим **клинический случай**: больной В., 1979 г.р., на Д учете по поводу ВИЧ-инфекции с 2002 г. Путь инфицирования: парентеральный, наркотический, последний эпизод приема наркотиков парентерально, со слов, в апреле 2010 г. В 2005 г. на фоне СД4 800 кл/мл диагностирован лабораторно кандидоз полости рта и грибковый эзофагит. На фоне противогрибковой терапии наблюдалась стойкая ремиссия. В 2010 г. на фоне СД4 444 кл/мл перенес опоясывающий лишай. Далее, с декабря 2010 г. по октябрь 2012 г., пациент в РЦ СПИД не являлся, так как проживал в г. Екатеринбурге (реабилитационный центр), где встал на Д учет. В октябре 2012 г. осмотрен инфекционистом РЦ СПИД г. Ижевска, но по результатам лабораторного мониторинга не подошел, хотя нуждался в АРВТ, учитывая СД4 200 кл/мл. Таким образом, у пациента приверженность к диспансеризации невысокая. В РЦ СПИД г. Екатеринбурга обращался так же нерегулярно, сдавал анализы, но по результатам не подходил.

01.04.2013 г. по выписке из стационара г. Екатеринбурга выставлен диагноз менингоэнцефалит на фоне ВИЧ-инфекции со статокоординаторными нарушениями, центральным тетрапарезом, выраженным справа, межъядерной офтальмоплегией.

Из анамнеза: со слов пациента, 04.03.2013 г. в плановом порядке госпитализирован в ЛОР-отделение с хроническим гайморитом. Ухудшение состояния с 11.03.2013 г.: появились умеренные головные боли, усиливающиеся при движении глазными яблоками. Переведен в неврологическое отделение, для исключения менингита проведена люмбальная пункция – по результатам признаки серозного менингита. 11.03.13 г. проведено МРТ-исследование головного мозга: фокальные изменения в верхних отделах червя и гемисфер мозжечка, мосту, ножках мозга (больше слева), мозжечковых ножках слева, с формированием мелких фокусов в левой ножке мозга, среднем мозге слева неуточненного генеза (воспалительные изменения? туберкуломы? tumor?). Центральная церебральная атрофия 1-й степени. Резкое ухудшение состояния с 14.03.2013 г.: потерял сознание, когда очнулся, «правая сторона не слушалась», речь стала невнятной. Далее переведен в лечебно-диагностическое отделение РЦ СПИД г. Ижевска, при госпитализации предъявлял жалобы на нарушение походки, умеренную шаткость при ходьбе, отсутствие чувствительности и онемение в правой половине тела, снижение силы в правой руке и ноге, нарушение речи, периодические головные боли без четкой локализации, периодический подъем температуры до 38 °С, поперхивание при приеме жидкой пищи, двоение в глазах.

Неврологический статус: менингиальные симтомы (-). Зрачки S=D, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, не конвергирует OD. Мягче правая носогубная складка. Язык чуть отклонен вправо. Сухожильные рефлексы D>S, правосторонний гемипарез. Правосторонняя гемиатаксия. Брюшные рефлексы abs справа. Дизартрия, дисфагия. За время пребывания на фоне этиотропной терапии токсоплазмоза (бисептол в лечебных дозах терапии токсоплазмоза) наблюдалась положительная динамика как лабораторно, так и клинически. Уровень СД4 возрос с 68 до 141.

Динамика МРТ головного мозга через месяц лечения: данных за объемный процесс и очаговую патологию головного мозга не выявлено. Сужение дистальных отделов обеих позвоночных артерий.

Таким образом, следует отметить, что клиническая картина церебрального токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией многолика и протекает в самых разных сочетаниях с другими вторичными поражениями, соответственно, вызывая затруднения в постановке клинического диагноза этого поражения, а также существует возможность его развития при достаточно высоких цифрах иммунитета.

Необходимо помнить, что в клиническом течении оппортунистических поражений нет стереотипов, возможны самые разные варианты.

М.В. Ясницкая, врач-инфекционист консультативной поликлиники
Е.Р. Корнеева, заведующая лечебно-диагностическим отделением
М.С. Хасаншина, врач-инфекционист консультативной поликлиники

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТАНДАРТНЫХ СХЕМ АРВТ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ ВИЧ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Лечение пациентов с резистентностью ВИЧ представляет собой сложную задачу, требующую назначения нестандартных схем АРВТ, индивидуального режима наблюдения междисциплинарной командой специалистов, а также более частого клинического и лабораторного мониторинга. Развитие резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам (АРВП) является одной из частых причин неудач терапии ВИЧ-инфицированных больных. Причина развития резистентности, по мнению большинства врачей, связана с недостаточной приверженностью пациента антиретровирусной терапии (АРВТ), что приводит к неполному подавлению репликации вируса и в дальнейшем постепенному появлению устойчивых вариантов ВИЧ. Кроме этого немаловажным моментом является исходно правильный выбор схемы АРВТ, который в течение длительного времени смог бы обеспечивать мощность антиретровирусного эффекта.

В случае развития резистентности необходимо соблюдать основные принципы выбора препаратов для новой схемы АРВТ. Оптимизированный режим должен включать, по крайней мере, два, а лучше три АРВП, принадлежащих к не менее чем двум фармакологическим группам, которые должны быть активны против данной популяции вируса. Немаловажным остаются вопросы оптимизации режима приема терапии с учетом возможных лекарственных взаимодействий, фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, включенных схему АРВТ.

Клинический случай: мужчина А., 37 лет, состоит на диспансерном учете в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» с 2008 г. Путь инфицирования: гетеросексуальный, время - предположительно 2007 г. Впервые иммуносупрессия зафиксирована в октябре 2008 г. (СД4 260 кл/мкл - 22%). В течение 2008 г. наблюдалась тенденция к снижению СД4: апрель 2009 г. - 317/22%, октябрь 2009 г. - 248/22%. Несмотря на невысокую вирусную нагрузку (15000 коп/мл), пациент был готов начать АРВТ. С октября 2009 г. назначена АРВТ в схеме зидовудин /ламивудин/абакавир. Принимал регулярно, до августа 2011 г. вирусная нагрузка была на неопределяемом уровне, наблюдался иммунологический ответ - рост СД4 до 500 кл/мкл. С августа 2011 г. впервые зафиксировано определение вирусной нагрузки (648 коп/мл), в октябре 2011 г. РНК ВИЧ выросла до 3168 коп/мл.

На основании зафиксированной вирусологической неэффективности проведен забор крови для исследования на резистентность, в схему АРВТ добавлен невирапин. На фоне приема невирапина дополнительно к зидовудин/ламивудин/абакавиру через 2 месяца зафиксирована неопределяемая вирусная нагрузка. В марте 2013 г. зафиксирован повторный рост вирусной нагрузки ВИЧ. По результатам теста определена резистентность ко всем препаратам НИОТ-группы. Решено поменять АРВТ-схему согласно наличию чувствительности. Новая схема АРВТ: невирапин/лопинавир/ритонавир. Позднее, в январе 2014 г., в связи с диарейным синдромом лопинавир/ритонавир заменен на дарунавир 0.6 с бустером. На фоне новой схемы наблюдаются стабильно неопределяемая вирусная нагрузка и высокий уровень СД4 (более 350 кл/мкл).

Оптимизированный режим АРВТ, составленный с учетом теста на резистентность ВИЧ к АРВП, продемонстрировал высокую эффективность и безопасность, а также удобство приема у пациента с резистентным штаммом ВИЧ. Эффективность лечения ВИЧ-инфицированных зависит от успешных фармакологических возможностей с применением современных схем АРВТ, включавших препараты с высоким барьером к развитию резистентности ВИЧ, хорошей переносимостью и низкой частотой нежелательных явлений, психотерапевтических усилий с формированием приверженности к лечению.

Е.Е. Малахова, врач-инфекционист консультативной поликлиники
Н.С. Рябцева, заведующая консультативной поликлиникой, врач-инфекционист
И.Т. Нургалеева, врач-инфекционист консультативной поликлиники

ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Сочетание ВИЧ-инфекции с вирусным гепатитом С (ВГС) встречается часто, что объясняется общими путями передачи инфекции. В Удмуртии около 80 % ВИЧ-инфицированных пациентов одновременно инфицированы также ВГС. У всех пациентов с сочетанным инфицированием ВГС/ВИЧ необходимо рассмотреть возможность лечения ВГС-инфекции по двум основным причинам, а именно, у пациентов с ВИЧ заболевание печени прогрессирует до терминальной стадии быстрее и в более раннем возрасте, чем без ВИЧ-инфекции, и у пациентов с сочетанной инфекцией риск гепатотоксического действия антиретровирусной терапией (АРВТ) после начала лечения выше, чем у пациентов с моноинфекцией ВИЧ.

В настоящее время стандартная схема лечения вирусного гепатита С включает пегилированный интерферон и рибавирин 48 недель. Продолжительность курса лечения определяется в зависимости от генотипа вируса и динамики снижения вирусной нагрузки. На фоне проводимого лечения могут развиваться различные нежелательные явления (НЯ), снижающие качество жизни пациентов и приверженность их к лечению, в некоторых случаях тяжелые. В целом около 5 % больных вынуждены отказаться от специфического противовирусного лечения на начальном этапе из-за многочисленных нежелательных явлений, а около 20 % не доводят его до конца. Необходимо пытаться предупредить побочное действие их, вынужденно не снижая дозы препаратов, поскольку эффективность комбинированной противовирусной терапии напрямую зависит от правильно подобранной дозировки лекарственного препарата.

Некоторые НЯ не требуют медикаментозной терапии, так как носят легкий или среднетяжелый характер, другие – тяжелый и угрожающий жизни характер, когда необходима специфическая коррекция. Как правило, большинство НЯ полностью исчезает после окончания курса противовирусного лечения без применения симптоматической терапии.

Профилактика НЯ начинается до начала лечения, она включает в себя тщательный отбор пациентов с учетом возможных противопоказаний, информирования больных о возможных нежелательных явлениях и методах их коррекции, необходимости соблюдения режима труда и отдыха, диеты, четкого режима контрацепции во время и около 6 месяцев после окончания лечения.

Нежелательные явления:

1. Частые. Изменение доз и режима лечения не требуется.
2. Относительно нечастые. Требуют коррекции дозы или отмены терапии.
3. Тяжелые или опасные для жизни. Требуют немедленной отмены.
4. Необратимые.

Нежелательные явления, не требующие изменения доз и режима противовирусной терапии

Гриппоподобный синдром. По нашим наблюдениям, встречается у 98 % всех пациентов БУЗ РЦ СПИД. Характеризуется лихорадкой, ознобом, болями в мышцах и суставах, головной болью. Появляется спустя несколько часов после инъекции пегилированных интерферонов и более выражен в первые 48 часов. У большинства пациентов эти симптомы отмечаются в начале лечения и со временем уменьшаются или исчезают полностью. Около 50 % пациентов уже на 12-й неделе не отмечали подобных проявлений. Для коррекции данного состояния рекомендуется прием нестероидных противовоспалительных препаратов в стандартной дозировке до 3 раз в сутки.

Тошнота, снижение аппетита нередко сопутствуют лечению гепатита С и приводят к большой потере массы тела. Около 70 % пациентов за время лечения похудели на 10 кг, 10 % – до 15 кг, 15 % – на 5–8 кг, вес практически не изменился лишь у 5 % пациентов. После окончания лечения пациенты быстро возвращаются к исходной массе тела. Режим питания и сбалансированная диета, режим гидратации должны соблюдаться пациентами на протяжении всего срока терапии.

Астенический синдром в большей или меньшей степени наблюдается у 100 % пациентов, получающих противовирусное лечение. Это слабость, повышенная утомляемость и снижение работоспособности. Астенический синдром сопровождает пациента на протяжении всего периода лечения, но, как правило, более выражен в первые 12–24 недели.

Поредение, истончение и выпадение волос. Наблюдая пациентов, получающих лечение, мы столкнулись с проблемой истончения и выпадения волос на 12–24-й неделе. Обычно после прекращения ПВТ волосы восстанавливаются в прежнем объеме. Использование лечебных шампуней не дает видимого эффекта на фоне проводимого лечения. Около 60 % пациентов в той или иной степени столкнулись с этой проблемой, 2 % были вынуждены отказаться от лечения примерно на 30–36-й неделе, не справившись с данным косметическим дефектом. У всех пациентов через 24 недели после окончания лечения волосы восстановились.

Депрессия. При наличии указаний на депрессию до лечения показана консультация психиатра. При развитии тяжелых нарушений психики в период ПВТ мониторинг за больными осуществляется лечащим врачом и психиатром с применением антдепрессантов на весь период лечения. В течение последних трех лет наблюдения за пациентами, получающими противовирусную терапию, мы не зафиксировали развитие депрессии, требующей коррекции у психиатра. Подавленное настроение в период лечения в разное время встречается практически у всех пациентов, не требует медикаментозной коррекции.

Кожные проявления (сухость, зуд кожи, гиперпигментации) встречаются более чем у 50 % пациентов в местах инъекций. Смена места введения препарата, применение антигистаминных средств, использование лосьонов и мазей, в том числе содержащих гидрокортизон, уменьшают выраженность кожного синдрома.

Кашель, одышка возможны при лечении рибавирином. Примерно 10 % пациентов могут предъявлять жалобы на протяжении всего периода лечения. Рентгенологический контроль позволяет исключить серьезные нежелательные явления, требующие отмены препарата.

Нежелательные явления, требующие снижения дозы и отмены терапии

Нейтропения. Целесообразно исследование уровня нейтрофилов перед инъекцией пегинтерферонов для получения более достоверного результата с учетом того, что после инъекции нейтрофилы снижаются в первые 24 часа и впоследствии стабилизируются. Риск развития бактериальных инфекций повышается при снижении нейтрофилов менее 500 в мкл. Наиболее принятой тактикой ведения пациентов с нейтропенией при ПВТ является снижение дозы интерферонов в зависимости от количества нейтрофилов. В нашей практике мы прибегали к этому способу у пациентов на 12–16-й неделе лечения в 8 % случаев. Лейкопения встречается у 100 % пациентов. Снижения дозы интерферонов требуют только тяжелые случаи.

Тромбоцитопения. Наблюдается редко, в 3–6 %. Выраженность снижения тромбоцитов можно контролировать изменением дозы пегинтерферонов. В нашей практике лишь одному пациенту пришлось менять схему лечения в связи с выраженной тромбоцитопенией.

Анемия, как правило, гемолитическая, развивается при комбинированной терапии рибавирином. Встречается в легкой степени более чем в 50 % случаев. Среднетяжелая и тяжелая анемия, требующая снижение дозы рибавирина, наблюдалась нами в 20 % случаев. По литературным данным, коррекция анемии эритропоэтином позволила бы продолжать ПВТ без коррекции дозы рибавирина, что привело бы к снижению риска возникновения рецидивов виремии на фоне лечения.

Дисфункция щитовидной железы возможна у 2–10 % пациентов. Проводится коррекция с применением заместительной гормонотерапии в зависимости от диагностированных изменений. Возможно развитие трех вариантов повреждения щитовидной железы: аутоиммунного тиреоидита, деструктивного тиреоидита и диффузного токсического зоба. В нашей практике мы наблюдали два случая сформировавшегося аутоиммунного тиреоидита на фоне ПВТ.

Серьезные нежелательные явления, требующие отмены ПВТ

Серьезные, угрожающие жизни пациентов нежелательные явления развиваются редко при применении стандартных доз препаратов. К ним относятся васкулит, аутоиммунный гепатит, саркоидоз, ретинопатия, нейросенсорная тугоухость. По нашим наблюдениям, с 2008 г. у трех пациентов за время лечения гепатита С зафиксировано развитие туберкулеза легких, у одной пациентки – туберкулез аксилярных лимфоузлов, у одной пациентки – миокардиодистрофия, транзиторная ишемическая атака, у трех – деструктивная пневмония. Все эти нежелательные явления потребовали отмены лечения на разных сроках. В целом это составило около 2 % от общего количества получавших лечение пациентов.

Таким образом, на фоне противовирусного лечения гепатита С возможно возникновение нежелательных явлений, большая часть которых не требует изменения или отмены терапии, но у части пациентов, которым показано снижение дозы препаратов либо их отмена, есть риск снижения эффективности проводимого лечения. Тщательный отбор пациентов для лечения с учетом возможных противопоказаний, а также наблюдение за ними в период лечения, своевременное выявление нежелательных явлений и их коррекция повышают приверженность пациентов к лечению и позволяют добиться устойчивого вирусологического ответа.

О.А. Мохова, главная медсестра

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции по большей части происходит из-за ошибочного мнения людей о том, что болезнь обойдет их стороной. На самом деле ситуация с ВИЧ на сегодняшний день такова, что касается каждого.

Вирус не выбирает людей по социальному положению, образу жизни и привычкам и может попасть в организм любого человека, а статистические данные заболеваемости говорят о высокой степени угрозы пандемии.

В Удмуртской Республике служба профилактики ВИЧ-инфекции начала организовываться с 1988 г., когда при Первой республиканской больнице была создана первая лаборатория для тестирования крови на ВИЧ. Невысокий уровень заразности ВИЧ и многолетнее скрытое течение ВИЧ-инфекции явились основными причинами открытия 11 августа 1989 г. Республиканского центра по борьбе со СПИДом (Центр) и инфекционными заболеваниями, который выполнял функции

организационно-методического центра по организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в республике.

В том же году к Центру присоединили лабораторию диагностики ВИЧ и оснастили лабораторным оборудованием и современной компьютерной техникой, внедрили первую компьютерную программу в лаборатории и отделе профилактики по анализу скрининга населения на ВИЧ.

Учитывая, что до настоящего времени эффективные средства специфического лечения и профилактики ВИЧ-инфекции в мире не созданы, основным средством борьбы с эпидемией у врачей и медицинских сестер Центра остается использование средств неспецифической профилактики, усиление режимных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях Удмуртской Республики, целенаправленная работа с группами высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией, использование средств массовой информации, и в первую очередь телевидения, радио и прессы, для информирования и обучения населения способам и методам предупреждения заражения.

С целью повышения качества медицинского обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией возникла необходимость в разработке и организации системы управления качеством работы медицинских сестер. У каждой медицинской сестры в Центре оформлены информационные рабочие папки по учету их деятельности, где представлены необходимые сведения и требования к технологиям выполнения манипуляций. Также разработаны и применяются алгоритмы действий и стандарты различных манипуляций при неотложных состояниях. Разработаны и определены критерии качества оказания медицинской помощи для медицинских сестер. К ним относятся: строгое соблюдение техники безопасности на рабочем месте, правильность ведения учетно-отчетной документации, своевременное и качественное выполнение врачебных назначений, организация рабочего места в соответствии с требованиями СанПиН, соблюдение санитарно-эпидемиологического и лечебно-охранительного режимов, соблюдение этики и деонтологии, участие в семинарах и конференциях внутри Центра.

С 2010 г. в Центре проведена компьютеризация рабочих мест сестринского персонала, позволяющая повысить качество сестринской помощи. В настоящее время медицинскими сестрами Центра используются следующие программы: контроль статистических показателей, учет получения лекарственных средств. Медицинская сестра по электронным рецептурным бланкам проводит регистрацию их исполнения согласно разработанной программе персонального учета использования медикаментов пациентами Центра. Это в значительной мере экономит рабочее время для введения сестринской документации.

Учитывая повышение роли медицинских сестер в сестринском консультировании и обучении пациентов, созданы сестринские рекомендации для пациентов.

В Центре регулярно проводится оптимизация условий труда медицинских сестер. Мы первые в Удмуртской Республике внедрили в работу вакуумные системы типа Vacutainer для забора венозной крови. Метод взятия проб с помощью закрытой системы Vacutainer имеет ряд преимуществ: в первую очередь уменьшение риска профессионального инфицирования персонала, экономия времени в процессе взятия крови, простота конструкции вакуумных систем и их надежность упрощают и делают безопасным процесс транспортировки проб крови, стандартизация условий взятия крови процесса пробной подготовки, сокращение затрат на приобретение многоразовых пробирок, на дезинфекцию и стерилизацию пробирок.

Медицинские сестры Центра на протяжении многих лет используют одноразовое белье, одноразовые полотенца, дозаторы, современные технологии по гигиенической обработке рук. Работа в таких условиях гарантирует безопасность медицинского персонала при работе с кровью, повышает точность лабораторной диагностики, сокращает затраты на расходные материалы.

Все медицинские сестры регулярно повышают свой профессиональный уровень путем внутреннего обучения. Методы внутреннего обучения медицинских сестер в Центре разнообразны: технические учебы, семинары-презентации, разработка ситуационных задач, проведение исследовательских работ.

С 2009 г. в Центре открыто отделение медико-социальной реабилитации и психологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, где им оказывается паллиативная медицинская помощь. Все медицинские сестры отделения прошли обучение в Москве.

Важнейшими качествами медицинских сестер Центра считаются: уважительное отношение к пациенту, стремление помогать, внимание, терпимость, доброта, вежливость, душевность.

В своей повседневной работе медицинские сестры Центра всегда стараются расположить к себе пациента, и только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, госпитализации, планах на будущее.

Медицинские сестры большую часть своей профессиональной деятельности находятся с пациентом, при этом медсестрам приходится выполнять руководящую, воспитательную и просветительную деятельность.

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинских сестер Центра являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; сохранение здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и профилактика заболеваний.

Под комплексным уходом понимается комплекс медико-социальных вмешательств, проводимых медицинской сестрой в составе мультидисципинарной команды, оказывающей помощь пациенту.

Комплексный уход направлен на достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе наивысшего качества жизни пациента в конкретной ситуации, связанной со здоровьем, и включает в себя: выполнение врачебных назначений; вмешательств, выполняемых медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи; мероприятий, проводимых совместно с другими участниками мультидисциплинарной бригады.

В этой области врачи и медицинские сестры Центра используют междисциплинарный подход к лечению пациентов, опираясь на поддержку социальных работников, психологов в разработке плана лечения для облегчения страданий во всех сферах жизни пациента.

Действия медицинских сестер, выполняемые в рамках деятельности мультидисциплинарной команды, всегда нацелены на достижение наивысшего комплексного результата: на благо пациента во всех аспектах комплексной медицинской помощи, не ограничиваясь сугубо медицинскими аспектами. Данный подход позволяет команде паллиативной помощи решать физические, эмоциональные, духовные и социальные проблемы, которые возникают вместе с болезнями у наших пациентов.

Такая работа дает положительный результат, способствует профессиональному росту медицинских сестер, развитию сестринского дела в Центре и повышению качества медицинской помощи пациентам.

На сегодняшний день медицинская помощь в Центре стала не только эффективной для наших пациентов, но и безопасной для всех, кто в ней участвует.

И.В. Юхнина, заведующая аптекой готовых лекарственных форм
Е.И. Тимофеева, провизор-технолог аптеки готовых лекарственных форм
Т.Г. Корнилова, провизор-технолог аптеки готовых лекарственных форм

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕКИ В БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ»

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», аптека готовых лекарственных форм, г. Ижевск, ул. Труда, 17а

С апреля 2008 г., во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 05.12.2005 г. № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией», для качественного и своевременного обеспечения противовирусными препаратами ВИЧ-инфицированных пациентов и больных СПИДом было организовано структурное подразделение – аптека готовых лекарственных форм. Штат аптеки составляют специалисты с высшим фармацевтическим образованием – заведующий аптекой и два провизора-технолога. Обеспечению лекарственными препаратами подлежат находящиеся под диспансерным наблюдением взрослые и дети, а также граждане, нуждающиеся в проведении профилактического лечения ВИЧ-инфекции.

Отпуск лекарственных препаратов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции осуществляется бесплатно по рецептам, выписанным врачами консультативной поликлиники БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» при установлении диагноза и наличии показаний к проведению терапии противовирусными препаратами.

Рецепт, с которым пациент обращается в аптеку, остается в аптеке. В случае невозможности прибытия пациента для получения лекарственных препаратов допускается их выдача законным представителям по доверенности, оформленной в установленном порядке.

Пациентам, проживающим в городах и районах Удмуртской Республики, отпуск лекарственных препаратов организован через старших медицинских сестер зональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Пациенты передают старшим медицинским сестрам рецепты на лекарственные препараты, выписанные в учреждениях здравоохранения по месту медицинского наблюдения, с доверенностью на получение противовирусных лекарственных препаратов. Старшие медицинские сестры получают лекарственные препараты из аптеки не реже 2 раз в месяц.

Лекарственные препараты, поступающие в аптеку, проходят приемочный контроль по показателям: упаковка, маркировка, описание; проверяется наличие документов качества, соблюдение температурного режима при транспортировке. Предметно-количественный учет противовирусных препаратов осуществляется с помощью программы «Персонифицированный учет медикаментов в лечебно-профилактических учреждениях», приход и расход лекарственных препаратов отражается также в «Журнале учета противовирусных препаратов». Хранение лекарственных препаратов в аптеке осуществляется в соответствии с требованиями нормативной документации. При отпуске лекарственных препаратов провизор консультирует пациентов по условиям хранения, возможных побочных действиях.

Из аптеки в медицинские учреждения республики осуществляется отпуск антиретровирусных препаратов для проведения экстренной химиопрофилактики ВИЧ-инфекции по заявкам-требованиям, согласованным с главным врачом БУЗ УР «УРЦ СПИД ИЗ», а также по разнарядкам, утвержденным Министерством здравоохранения Удмуртской Республики. В родовспомогательные учреждения городов и районов республики отпускаются противовирусные препараты для проведения второго и третьего этапов профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции (от матери к ребенку).

Через аптеку осуществляется закупка лекарственных препаратов для поликлиники и стационара Центра, лекарственные препараты получают старшие медицинские сестры по требованиям-накладным.

С 01.01.2012 г. расширены функции аптеки, добавлен новый раздел работы – прием, хранение и отпуск расходных материалов, диагностических наборов, лабораторной посуды и реактивов в структурные подразделения центра и медицинские учреждения республики.

По итогам отчетного периода в бухгалтерию БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» предоставляются отчеты по движению лекарственных препаратов, расходных материалов и тест-систем. Ежемесячно на сайт Росздравнадзора вводятся сведения по мониторингу цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, а также предоставляется информация о фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных препаратах и незарегистрированных изделиях медицинского назначения согласно письмам Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

С 26.01.2009 г. в структуре БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» создана еще одна аптека готовых лекарственных форм по адресу: ул. Воткинское шоссе, 67/1. Основная задача нового структурного подразделения – прием, хранение и отпуск в медицинские учреждения республики медицинских иммунобиологических препаратов, поступающих в рамках Национального календаря профилактических прививок, Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, республиканских целевых программ: «Вакцинопрофилактика», «Ликвидация бешенства», «Природно-очаговые инфекции», «Демографическое развитие». Прием, хранение и отпуск МИБП осуществляются в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.3.2.1248–03 «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов». В медицинские учреждения МИБП отпускаются согласно заявкам и разнарядкам, утвержденным Министерством здравоохранения Удмуртской Республики. Предметно-количественный учет медицинских иммунобиологических препаратов осуществляется с помощью программы «1С: Бухгалтерия», приход и расход МИБП отражается также в «Журнале учета медицинских иммунобиологических препаратов». По итогам отчетного периода в бухгалтерию БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» предоставляются отчеты по движению МИБП. Ежемесячно в Управление Росздравнадзора по УР и Министерство здравоохранения УР подаются сведения о приходе, расходе и товарном остатке медицинских иммунобиологических препаратов.

Благодаря созданию аптеки готовых лекарственных форм в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» решаются задачи своевременной и квалифицированной фармацевтической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, а также задачи обеспечения медицинских учреждений Удмуртской Республики медицинскими иммунобиологическими препаратами в соответствии с требованиями нормативной документации.

О.Н. Шейкин, заведующий отделением профилактики, врач-методист
А.В. Поприк, медицинский психолог консультативной поликлиники

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛПУ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ТЕМЕ «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ»

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Исследование, в котором приняли участие средние медицинские работники, проводилось в 2013–2014 гг. в следующих ЛПУ Удмуртской Республики: БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» (n=316), БУЗ УР «РКОД МЗ УР» (n=139), БУЗ УР «РКВД МЗ УР» (n=64), БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» (n=25), БУЗ УР «ДГБ № 3 «Нейрон» МЗ УР» (n=34).

Использовались 2 варианта анкет: № 1 – стандартная и № 2 – упрощенная (различия в большей степени в темах «Эпидемиология», «Патогенез», «Клиника, диагностика», в малой степени в темах «Право», «Толерантность»). Анкета № 2 позволяет более качественно оценить информированность. В настоящее время для тестирования медработников мы используем ее как предпочтительную.

Результаты тестирования приводятся в таблице. В связи с различиями анкет по сложности результаты по темам «Право» и «Толерантность» практически полностью сравнимы. По темам «Эпидемиология», «Патогенез», «Клиника, диагностика» сравнение возможно только рамках каждой анкеты.

При анализе изучалась как информированность (оценка верной информации по данному вопросу), так и дезинформированность (наличие неверных представлений по данному вопросу).

Результаты тестирования средних медицинских работников

Тема	Направленность оценки	Анкета № 1, %			Анкета № 2, %	
		РКДЦ	РКОД	РКВД	ГКБ № 7	Нейрон
Эпидемиология	Информированность	91,8	90,1	95,2	68,1	59,2
	Дезинформированность	2,9	3,4	2,3	10,9	13,8
Патогенез	Информированность	-	-	-	58,3	60,3
	Дезинформированность	-	-	-	18,8	20,9
Клиника, диагностика	Информированность	90,2	86,2	94,1	43,3	39,2
	Дезинформированность	5,1	9,1	2,7	13,3	20,6
Право	Информированность	56,4	89,9	97,7	62,2	50,0
	Дезинформированность	18,4	6,9	12,5	12,5	22,4
Толерантность к ВИЧ инфицированным	Информированность	39,8	59,5	53,6	53,3	54,4
	Дезинформированность	16,5	11,5	12,7	14,9	12,5

Данные таблицы говорят о том, что почти по всем показателям наиболее высокие результаты у сотрудников БУЗ УР «РКВД МЗ УР», за исключением темы «Толерантность».

Наиболее низкий результат по теме «Толерантность» отмечен у средних медработников БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», но и результаты всех остальных участников опроса являются откровенно низкими.

Мы оцениваем информированность как низкую по теме «Клиника, диагностика» у сотрудников БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» и БУЗ УР «ДГБ № 3 «Нейрон» МЗ УР». Анкетирование позволяет уточнить желательную направленность занятий по профессиональной подготовке сотрудников приведенных лечебных заведений.

Наибольшие затруднения анкетируемые испытывали при ответах на следующие вопросы (низкая информированность, высокая дезинформированность):

«Обязан ли пациент сообщать врачу о своем ВИЧ-статусе?»;

«Несет ли пациент административную или уголовную ответственность за неинформирование медицинского работника о положительном ВИЧ-статусе?»;

«Действия персонала, если пациент ВИЧ-инфицированный»;

«С какого момента после инфицирования человек может заразить других?»;

«Положительный результат теста ВИЧ означает, что человек болен СПИДом?»;

«Клиническими показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию являются…»;

Наиболее часто затруднения респондентов при выборе вариантов ответов вызывали вопросы, касающиеся:

- возможности заражения через женское молоко, спинномозговую жидкость;
- диагностической ценности ИФА и иммуноблоттинга в диагностике ВИЧ-инфекции;
- различия понятий ВИЧ и СПИД и обоснованности использования каждого из этих терминов в профессиональной лексике;
- действий в аварийной ситуации.

Выводы: 1. Анкетирование медработников позволяет более рационально проводить занятия по профессиональной подготовке, более рационально подбирать тематику занятий.

2. Низкая толерантность медицинских работников к ВИЧ-инфицированным является типичным явлением и является, как правило, следствием недостаточной компетентности в вопросах эпидемиологии и патогенеза ВИЧ-инфекции, формального усвоения информации.

3. Низкая осведомленность в вопросах клиники обусловливает низкую выявляемость ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях Удмуртской Республики, с одной стороны, и неверное использование кодов при обследовании на ВИЧ – с другой.

З.И. Лебедева, врач-методист отделения профилактики
О.Н. Шейкин, заведующий отделением профилактики, врач-методист

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Исследование проводилось в январе-июне 2014 г. В обследовании приняли участие 2723 человека – население, обращавшееся в консультативную поликлинику БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» для тестирования по вопросам ВИЧ-инфекции.

Актуальность исследования обусловлена увеличением удельного веса более старших возрастных групп в структуре заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем. Эта динамика имеет устойчивую тенденцию и наблюдается в течение всего периода наблюдения за распространением ВИЧ-инфекции как в Российской Федерации, так и в Удмуртской Республике.

Цель исследования: выявить возможные причины этого явления для более рационального планирования профилактической работы.

Сравнение полового поведения различных возрастных групп проводилось по следующим критериям:

- количество половых партнеров;
- возраст начала половой жизни;
- допущение половых контактов без презерватива;
- информированность населения о путях инфицирования ВИЧ-инфекцией.

В последнем случае анализировалась только очень высокая и очень низкая информированность по данному вопросу. Результаты исследования приводятся в табл. 1.

Таблица 1. Результаты тестирования населения по вопросам ВИЧ-инфекции, %

Возрастные группы		1932-1949*	1950-1959	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1994	1995-2002
Количество половых партнеров	1	86,7*	94,3	82,0	63,9	38,3	20,0	35,0
	2–4	0,0*	3,8	13,1	22,1	29,9	40,1	39,4
	5–9	13,3*	1,9	1,6	7,4	15,7	26,4	16,7
	>10	0,0	0,0	3,3	6,6	16,1	13,6	8,8
Возраст начала половой жизни	13≤	0,0	0,0	0,0	2,2	0,8	1,3	2,9
	14	0,0	0,0	0,0	6,5	6,5	10,0	7,7
	15	0,0	9,5	1,9	6,5	8,4	10,8	17,9
	16	10,0*	9,5	7,4	18,1	19,7	22,9	36,2
	17	10,0*	14,3	20,4	13,0	19,0	23,2	24,7
	18	30,0*	4,8	16,7	24,6	21,3	20,9	9,6
	>18	50,0*	61,9	53,7	29,0	24,3	10,8	1,0
Допускают половые контакты без презерватива	(-)	45,2	47,7	64,3	68,9	58,4	40,9	26,7
Информированность	Высокая	2,7	10,2	15,4	18,0	15,4	10,1	8,1
	Низкая	50,7	39,8	17,6	11,2	10,8	16,2	18,8

Примечание: * – возрастная группа 1932–1949 гг. самая малочисленная, и так как опрос о половом поведении проводить затруднительно, а также в силу меньшей обращаемости лиц этой возрастной группы в РЦ СПИД, это менее достоверная информация.

Выявляется устойчивая тенденция к уменьшению лиц, имеющих 1 полового партнера, соответственно, происходит увеличение числа лиц, имеющих более 1 партнера. Особенно заметно произошло изменение полового поведения у лиц, родившихся после 1980 г.

Весьма показательна динамика снижения возраста начала половой жизни. Начало половой жизни по достижении совершеннолетия становится исключением (табл. 2).

Таблица 2. Результаты тестирования о возрасте начала половой жизни, %

Возрастные группы	1932-1949*	1950-1959	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1994	1995-2002
Начало половой жизни ≥ 18 лет	80,0*	66,7	70,4	53,6	45,6	31,7	10,6

Примечание: * – возрастная группа 1932–1949 гг. самая малочисленная, и так как опрос о половом поведении проводить затруднительно, а также в силу меньшей обращаемости лиц этой возрастной группы в РЦ СПИД, это менее достоверная информация.

Данные табл. 2 свидетельствуют, что тенденция снижения возраста начала половой жизни более отчетливо проявлялась у родившихся в 1970–1979 гг. и стала преобладающей после 1990 г.

Пренебрежение мерами профилактики и допущение половых контактов без презерватива более свойственно возрастным группам 1960–1979 гг. рождения и менее актуально у лиц младше 1995 г. рождения.

Наименее информированными оказались возрастные группы 1932–1959 гг. рождения. Настораживает низкий процент хорошо информированных и высокий процент низко информированных среди молодых людей младше 1995 г. рождения.

Выводы: 1. Имеет место прогрессирующая динамика роста половой распущенности населения Удмуртской Республики (имеется в виду неразборчивость в выборе половых партнеров, большое количество их, раннее начало половой жизни). Эта тенденция наметилась еще в 70-е гг., а не в 90-е, как часто это отмечают. Резкое увеличение половой распущенности в 90-е гг. – результат воздействия СМИ, изменение приоритетов жизненных ценностей.

2. Пренебрежение мерами защиты родившихся в 60–70-е гг. обу-словлено установкой этой возрастной группы, что ВИЧ/СПИД их не коснется, так как они не относятся к группам риска, поскольку весьма продолжительное время ВИЧ-инфекция ассоциировалась преимущественно с потребителями инъекционных наркотиков.

3. При проведении профилактических мероприятий необходимо расширить возрастной охват населения, а не ограничиваться профилактикой в молодежной среде.

О.Н. Шейкин, заведующий отделением профилактики, врач-методист
А.О. Лаврова

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Тестирование лиц призывного возраста на ВИЧ-инфекцию является наиболее объективным методом изучения населения, так как обследованию подвергается достаточно значительная группа населения одного возраста, за исключением негодных к воинской службе. При этом обследование этой группы всегда проводится с дотестовым консультированием, что позволяет проводить углубленный анализ особенностей поведения тестируемых.

Цель исследования: выявить частоту рискованного поведения и информированность о ВИЧ-инфекции лиц призывного возраста для более рационального планирования профилактической работы.

Мониторинг данной группы проводится с 2002 г. До 2013 г. обследование призывников на ВИЧ-инфекцию проводилось на сборном пункте республиканского военкомата. С 2013 г. обследование призывников проводится по месту жительства, поэтому в консультативной поликлинике БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» проходили обследование только жители г. Ижевска и частично близлежащих районов. За весенний призыв 2014 г. было обследовано 718 призывников г. Ижевска, Завьяловского, частично Якшур-Бодьинского и Малопургинского районов и единично других районов Удмуртской Республики, обращавшихся в консультативную поликлинику БУЗ УР «РЦ СПИД и ИЗ» в связи с призывом в армию.

Сравнение полового поведения проводилось по следующим критериям:

- количество половых партнеров;
- возраст начала половой жизни;
- допущение половых контактов без презерватива.

Из других факторов риска оценивался факт употребления инъекционных наркотиков в анамнезе (ПИН в анамнезе).

Информированность населения о путях инфицирования ВИЧ-инфекцией оценивалась биполярно: только очень высокая и очень низкая.

Возрастные группы, обследованные с анкетированием, представлены в табл. 1.

Таблица 1. Возраст лиц призывного возраста, прошедших обследование на ВИЧ-инфекцию с анкетированием

Возраст	18	19	20	21	22	23	24-26
n (чел.)	146	186	119	34	45	21	34

Колебания количества обследованных обусловлено, по нашему мнению, отсрочками обучающимся в вузах (увеличение 22-летних), ссузах и НПО (увеличение количества 19-20-летних). Косвенно эти группы отражают уровень образования призывников, что подтверждают данные табл. 2.

Таблица 2. Контингенты обследованных лиц призывного возраста

Контингент	СОШ*	Суз	Вуз	Работающие	Неработающие	Всего
Всего обследовано на ВИЧ	30	154	68	171	295	718
Из них с анкетированием	22	129	53	147	234	585

Примечание: * менее достоверные результаты в этой группе из-за ее малочисленности.

Результаты анкетирования призывников по поводу полового поведения, ЗППП, употребления ПАВ, а также информированности о ВИЧ-инфекции представлены в табл. 3. Для сравнения даны результаты 2009 г. (за 2004 г. выявлено: ЗППП - у 1,8% обследованных; лиц, употреблявших ПАВ, - 0,39%).

Полученные результаты демонстрируют, что количество половых партнеров явно больше у неработающих респондентов. В прочих группах выявляется тенденция увеличения количества половых партнеров пропорционально стажу половой жизни, т.е. увеличивается в более старших возрастных группах населения.

Более объективно половое поведение (чем количество партнеров без учета сексуального стажа) отражает начало половой жизни. Следует отметить показатель «0» у школьников старше 18 лет, который обусловлен тем, что они в этом возрасте и даже раньше покидают учебное заведение. Самый низкий процент начала половой жизни по достижении совершеннолетия среди неработающих - всего 14,6%, учащихся ссузов - 27,2%, работающих - 27,9%. Наиболее высок он у студентов вузов - 37,8%. Из рискованных видов сексуального поведения следует отметить допустимость анального секса - от 3 до 6% в различных группах.

Наиболее высокий уровень информированности выявлен у учащихся СОШ и студентов вузов, но у последних больший показатель низкоинформированных. Худшие показатели информированности у неработающих призывников.

Оценивая результаты в динамике с 2004 г., можно отметить снижение количества лиц, употреблявших ПАВ, а в сравнении с 2009 г. -

Таблица 3. Результаты тестирования лиц призывного возраста по поводу полового поведения, ЗППП, употребления ПАВ и информированности о ВИЧ-инфекции

Группы населения		СОШ	СУЗ	ВУЗ	Работающие	Неработающие	Всего	2009 г.
Всего		3,8%	22,1%	9,1%	25,1%	40.0%	100%	
Количество половых партнеров	0	0,0	0,0	1,9%	1,4%	0,9%	0,9%	6,2%
	1	27,3%	28,7%	22,6%	22,4%	18,4%	22,4%	11%
	2-4	50,0%	41,9%	43,4%	40,1%	35,9%	39,5%	24,8%
	5-9	4,5%	17,1%	20,8%	20,4%	29,1%	22,6%	34,3%
	>10	13,6%	11,6%	11,3%	12,9%	15,4%	13,5%	23,5%
Возраст начала половой жизни	13≤	4,5%	1,6%	1,9%	2,0%	1,7%	1,9%	
	14	9,1%	9,3%	1,9%	9,5%	13,7%	10,4%	
	15	9,1%	10,9%	13,2%	16,3%	14,1%	13,7%	
	16	36,4%	24,0%	24,5%	23,1%	33,3%	28,0%	
	17	27,3%	27,1%	18,4%	19,0%	21,8%	22,2%	
	18	18,2%	23,3%	17,0%	18,4%	12,0%	16,8%	
	>18	0,0	3,9%	20,8%	9,5%	2,6%	6,2%	
Секс во время менструаций		4,5%	1,6%	0,0	1,4%	0,9%	1,2%	
Анальный секс		4,5%	3,1%	3,8%	6,1%	3,8%	4,3%	6,7%
Услуги КСР		0,0	0,8%	0,0	0,0	0,0	0,2%	3,1%
Допускают половые контакты без презерватива		31,8%	39,5%	37,7%	36,1%	38,0%	37,6%	36,1%
ЗППП в анамнезе	всего	4,5%	0,8%**	0,0	4,1%	0,9%	1,7%	
	сифилис	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,2	0,1%
	гонорея	0,0	0,8%	0,0	1,4%	0,4%	0,7%	
	прочие ЗППП	4,5%	0,8%	0,0	2,0%	0,4%	1,0%	1,7%
Употребление ПАВ в анамнезе		0,0	0,0	0,0	0,7%	0,0	0,2%	0,1%
Информированность	высокая	9,1%	2,3%	9,4%	8,8%	6,4%	6,5%	
	низкая	9,1%	19,4%	17,0%	18,4%	25,6%	21,0%	

Примечание: * - менее достоверные результаты в этой группе из-за ее малочисленности; ** - у одного человека два заболевания.

уменьшение количества лиц, имевших более 5 половых партнеров, с 57,8% в 2009 г. до 36,1% у призывников 2014 г., а также пользовавшихся услугами КСР - с 3,1% до 0,2%.

Следует отметить пренебрежение мерами профилактики: допускали половые контакты без презерватива от 32 до 39% обследованных, при этом этот показатель отличается стабильностью с 2009 г.

Выводы: 1. Целесообразно активизировать изучение неработающих категорий населения, особенно неработающих продолжительное время (многие призывники прекращают работу перед призывом в армию).

2. Необходимо разъяснять населению опасность рискованных форм сексуального поведения, половой распущенности, большого количества половых партнеров и пренебрежения мерами профилактики.

О.Н. Шейкин, заведующий отделением профилактики, врач-методист
Г.Г. Лещева, заместитель главного врача по ОМР
М.И. Данилов, программист

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ПОСЕТИТЕЛЕЙ ОФИЦИАЛЬНОГО САЙТА БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ»

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

На официальном сайте БУЗ УР «Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» (БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» (www.spid18.ru) на главной странице с февраля 2014 г. размещена анкета, разработанная с целью анализа информированности населения по основным вопросам ВИЧ-инфекции. Анкетирование проводилось в феврале-июне 2014 г. В опросе приняли участие 125 человек (табл. 1).

Таблица 1. Возрастная структура респондентов, участвовавших в опросе

Возраст респондентов	До 15 лет	15-17 лет	18-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	50-60 лет
Процент опрошенных	1,6	6,4	16	26,4	29,6	17,6	2,4	0

Данные табл. 1 говорят о том, что преобладающий возраст принявших участие в анкетировании – 21–30 лет. С одной стороны, мы не увидели ожидаемого преобладания лиц молодого возраста. С другой стороны, поскольку заболеваемость ВИЧ-инфекцией преобладает среди лиц зрелого возраста, обращение к сайту и участие в опросе этой возрастной группы, возможно, не просто любопытство, а актуальная проблема для них.

Практически на все вопросы опросника были даны полные ответы, за исключением вопроса «Ваш пол», на который ответили 96 % респондентов, и вопроса «Вы – житель Удмуртской Республики?», на который ответили всего 49 % респондентов. На все остальные вопросы избегания ответов не отмечено.

Из отвечавших на вопрос «Вы – житель Удмуртской Республики?» ответили утвердительно 93,4 % и отрицательно ответили 6,6 %. По половой принадлежности респонденты распределились следующим образом: 46,7 % – мужчины, 53,3 % – женщины.

На вопрос «Знаете ли вы свой ВИЧ статус?» ответили утвердительно 46,4 %, отрицательно – 53,6 %. Контингенты опрошенных представлены в табл. 2.

Таблица 2. Распределение ответов на вопрос «Ваш род деятельности» по контингентам

Контингент	Учащиеся СОШ	Учащиеся ссузов	Студенты вузов	Работающие	Неработающие
Процент опрошенных	6,4	4,8	12,8	64	9,6

Данные об образовании лиц, принявших участие в анкетировании, представлены в табл. 3.

Таблица 3. Результаты ответов на вопрос «Ваше образование (законченное)»

Образование	Незаконченное среднее	Среднее	Среднее специальное	Высшее
Процент опрошенных	0,8	24,2	26,6	48,4

Таким образом, посетителями сайта являлись в основном работающие и в меньшей степени учащиеся. Преобладающими были респонденты с высшим образованием. Результаты ответов лиц, участвующих в тестировании, на вопросы о половой жизни даны в табл. 4.

Таблица 4. Результаты ответов на вопросы о половой жизни

Вопрос	0	1	2-5	Более 5		
Количество половых партнеров	37,6	52	8,8	1,6		
Вопрос	**0**	**1**	**2-5**	**5-10**	**Более 10**	
Количество половых партнеров за последние 6 месяцев	24	40,8	30,4	4	0,8	
Вопрос	**0**	**1**	**2-5**	**6-10**	**11-20**	**Более 20**
Количество половых партнеров за все время	8,8	16	35,2	17,6	8,8	13,6

Результаты ответов участников анкетирования о возрасте начала половой жизни и об использовании презерватива при половых контактах приведены в табл. 5, 6.

Таблица 5. Результаты ответов на вопрос «Вы начали половую жизнь в возрасте...»

Возрастная группа	до 13 лет	13-14 лет	15-16 лет	17-18 лет	19-21 лет	22-25 лет	Старше 25 лет
Процент опрошенных	0	9,6	25,6	34,4	22,4	5,6	2,4

Таблица 6. Результаты ответов на вопрос «Вы используете презерватив при половых контактах?»

Использование презерватива	Всегда	Никогда с постоянными	Иногда, в зависимости от надежности	Бывает, не использую в состоянии опьянения	Никогда
Процент опрошенных	31,6	24,6	23,7	19,3	10,5

В итоге среднестатистическая характеристика респондентов такова: возраст 21-30 лет, работающие, с высшим образованием, возраст начала половой жизни – 15-21 год, имеют до 5 половых партнеров в течение жизни, половая жизнь без презервативов – с постоянными половыми партнерами.

Как видно, количество половых партнеров за 1 месяц не является реальным отражением половой активности исследуе-

мого контингента (этот показатель целесообразно использовать при обследовании КСР). По нашему мнению, более объективно позволяет оценить рискованное поведение показатель за 6 месяцев (или за 1 год) и показатель количество половых партнеров за весь период половой активности с учетом возраста. Полученные результаты позволяют говорить о высоком уровне рискованного сексуального поведения респондентов, участвовавших в опросе. Только 25% имели не более 1 партнера, а не менее 30% начали половую жизнь до совершеннолетия (не включает 17-летних). Обращает внимание, что только 30% использует презерватив постоянно. Можно предположить недостаточную искренность участников опроса: не имели половых партнеров 8,8%, хотя возраст начала половой жизни указан у всех респондентов.

Знакомство с информацией о путях распространения ВИЧ-инфекции посетителей сайта показывают данные табл. 7.

Таблица 7. Информированность анкетированных лиц о путях распространения ВИЧ-инфекции, %

Путь распространения	Информированность	Дезинформированность
Через незащищенный сексуальный контакт	96,8	-
Воздушно-капельным путем	-	1,6
Укус некоторых насекомых	-	8,8
Укус домашних животных	-	0,8
Рукопожатия	-	0,8
От матери ребенку (в период беременности, родов)	72,8	-
От матери ребенку через молоко	42,4	-
При пользовании общей посудой	-	2,4
При пользовании общими мочалками, расческами, полотенцами, зубной щеткой	-	13,6
При переливании крови	85,6	-
Путь распространения	**Информированность**	**Дезинформированность**
При использовании общих нестерильных шприцев	82,4	-
При пользовании общественным туалетом, баней, бассейном	-	6,4
Повар ВИЧ-инфицированный	-	5,6

Только 24% респондентов продемонстрировали 100% информированность и отсутствие дезинформированности.

Как видно, наиболее низкая информированность продемонстрирована в отношении передачи ВИЧ-инфекции через молоко, а наиболее высокая дезинформированность – в отношении возможности передачи ВИЧ через укусы насекомых, при посещении бассейнов, через пищу. На вопрос: «Какие способы защиты, предотвращения ВИЧ-инфекции вы знаете?» ответы распределились следующим образом:

- половые контакты только с хорошо знакомыми людьми - 33,6%;
- использование презерватива - 93,6%;
- избегание половых контактов – 24,0%;
- иметь единственного партнера - 68,8%;
- использовать химические контрацептивы - 8,8%;
- пролечиться антибиотиками после сомнительного полового партнера - 8,8%.

Данные результаты демонстрируют расхождение между знанием информации и реализацией в жизни имеющихся знаний:

- 93,6% отмечают профилактическую роль презерватива, но только 31,6% всегда реализуют это на практике;
- 68,8 % отмечают желательность единственного полового партнера, но только 25% опрошенных удовлетворяют этому условию.

Можно отметить значительный уровень дезинформированности респондентов (половые контакты только с хорошо знакомыми людьми; использование химических контрацептивов; пролечиться антибиотиками после сомнительного полового партнера).

Выводы: 1. Весьма узкий характер целевой аудитории при использовании интернет-ресурса говорит, с одной стороны, о возможности размещения более сложной информации, с другой - о весьма узкой и избирательной части населения, использующей этот ресурс.

2. Проведенный опрос подтверждает результаты опросов, полученных другими методами, что свидетельствует о целесообразности регулярного использования интернет-опроса для изучения информированности населения о проблеме ВИЧ-инфекции.

О.Н. Шейкин, заведующий отделением профилактики, врач-методист
А.О. Лаврова
Г.Г. Лещева, заместитель главного врача по ОМР

ФАКТОРЫ РИСКА ЛИЦ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЛАТНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

По литературным данным, заболеваемость ВИЧ-инфекцией коммерческих секс-работниц (КСР) из групп риска уступает только заболеваемости у потребителей инъекционных работников, а в некоторых странах превосходит ее. По этой причине изучение особенностей образа жизни этой группы лиц весьма актуально в профилактической работе.

Работа в этом направлении проводилась в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» с перерывами с 2005 г. В 2014 г. работа в этом направлении проводится в форме ежеквартальных акций по тестированию на ВИЧ. За 2014 г. было протестировано 45 КСР. Результаты проведенной работы приводятся в табл. 1-4.

I. Социологические данные коммерческих секс-работниц.

Таблица 1. Возрастная структура обследованных КСР

Возраст	<18	18-19	20	21	22-23	24-25	26-27	28-29	30-32	33-36	>=37
n=45	1	4	7	6	2	6	4	6	4	3	2
%	2,2	8,9	15,6	13,3	4,4	13,3	8,9	13,3	8,9	6,7	4,4

Таблица 2. Род основной деятельности и семейное положение

Контингент	n=45	%	Семейное положение	%
Не работают	41	91,1 %	Не замужем	78,9 %
Работают	1	2,2 %	замужем	13,2 %
Студенты вузов	1	2,2 %	разведены	7,9 %
Учащиеся ссузов	2	4,4 %		

II. Особенности сексуального поведения.

Таблица 3. Возраст начала половой жизни, перенесенные ЗППП, рискованное сексуальное поведение

Возраст начала половой жизни		ЗППП		Рискованное сексуальное поведение	
с 13 лет	5,3 %	Сифилис	13,3 %	допускали секс:	
с 14 лет	21,1 %	Гонорея	11,1 %	без презерватива	20,0 %
с 15 лет	18,4 %	Пр. ЗППП	15,6 %	во время менструаций	28,9 %
с 16 лет	21,1 %	ВГ «С»	6,7 %	анальный	4,4 %
с 17 лет	26,3 %	ВИЧ-инфекция	13,3 %	с потребителями инъекционных наркотиков	8,9 %
с 18 лет	7,9 %				

III. Употребление психоактивных веществ и информированность о ВИЧ-инфекции.

Таблица 4. Данные о приеме ПАВ и информированность

Группы ПАВ	%	Степень информированности	%
Героин	8,9	Низкая	28,9
Амфетамин	4,4	Высокая	8,9
"Соль"	2,2	Не знают вертикальный путь передачи	53,3

Как показывают данные таблиц, преобладающий возраст среди обследованных лиц, оказывающих платные сексуальные услуги, - 20-21 год (29%). По нашему мнению, явное преобладание лиц молодого возраста обусловлено несоответствием их высоких материальных потребностей и запросов, с одной стороны, и реальными возможностями их удовлетворения - с другой. Поскольку деятельность в сфере платных сексуальных услуг позволяет иметь высокий почасовой доход при отсутствии высокой квалификации, она для этой категории предпочтительнее даже более престижной, но низкооплачиваемой деятельности. Для более чем 90% обследованных оказание секс-услуг является основным и единственным источником дохода.

Мотиватором деятельности является материальная заинтересованность. Увлечения у 90% исключительно потребительские, только 1 - студентка вуза и 2 учащиеся ссузов. Обращает на себя внимание сравнительно высокий уровень замужних – 13%.

При оценке сексуального поведения можно отметить, что подавляющее большинство (92%) начали половую жизнь до совершеннолетия, из них до 16 лет - 45%. Следует отметить весьма частую допустимость рискованных вариантов секса. Как следствие, предполагаемая высокая вероятность ЗППП подтверждается реально: 24% указывает на перенесенные в анамнезе заболевания, передающиеся половым путем.

Следует обратить внимание, что вновь выявленный случай ВИЧ-инфекции был только в одном случае, в остальных (5 случаях) было подтверждение диагноза, т.е. КСР заведомо знали о своем ВИЧ-статусе, но, естественно, не сообщали об этом своим клиентам. При этом нет оснований для привлечения их к уголовной ответственности, так как нет заявлений пострадавших.

Обращает внимание сохранение удельного веса потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) среди КСР (в скобках для сравнения представлены данные от 2005 г.): героин - 9% (6%); амфетамин - 4% (17%); «соль» - 2% (этот ПАВ в 2005 г. отсутствовал). Снижение потребления стимуляторов и незначительное повышение употребления опиоидов, а также «солей» свидетельствует об снижении роли ПАВ как мотиваторов для занятий проституцией: так, если в 2005 г. зависимость к ПАВ отмечалась у 23% КСР, то в 2014 г. - только у 15%.

Отмечая информированность КСР о ВИЧ-инфекции, можно оценить как очень низкую у 29%, а высокую - у 9%. Таким образом, можно говорить о неадекватной оценке рисков при оказании секс-услуг. Такую неадекватную оценку можно объяснить беспечностью, инфантильностью, а иногда потребностью в риске и, как следствие, неспособностью осознать риск.

Особенно следует отметить, что потенциальные матери в 53% не информированы о возможности передачи ВИЧ-инфекции вертикальным путем.

Вывод. С целью снижения рисков распространения ВИЧ-инфекции мы предполагаем продолжение работы в следующих направлениях:

- работа с ВИЧ-инфицированными КСР с целью убеждения их в отказе от своей деятельности, их консультирование по вопросу начала пожизненной антиретровирусной терапии ВИЧ как фактора снижения риска заражения полового партнера;
- более широкое информирование населения о высоком риске ВИЧ-инфицирования половым путем при использовании услуг коммерческих секс-работниц.

О.Н. Шейкин, заведующий отделением профилактики, врач-методист
Г.Г. Лещева, заместитель главного врача по ОМР

ФАКТОРЫ РИСКА ЛИЦ, ПОЛУЧАВШИХ ПЛАТНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

По литературным данным, заболеваемость ВИЧ-инфекцией коммерческих секс-работниц (КСР) из групп риска уступает только заболеваемости у потребителей инъекционных работников, а в некоторых странах превосходит ее. По этой причине изучение особенностей образа жизни лиц пользовавшихся в течение жизни услугами КСР, весьма актуально в профилактической работе.

За 2014 г. было обследовано (лабораторно и анкетирование) 47 клиентов КСР.

Результаты проведенной работы приводятся в табл. 1-4.

Таблица 1. Возрастная структура клиентов коммерческих секс-работниц

Возрастная группа	<18	18-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	>60
n=47	2	10	10	14	6	3	2	-
Всего участвовало в опросе	135	1240	285	180	121	98	72	61
Из них обратились спонтанно или для реаб. центра	22	55	35	36	29	24	8	4
% от всех участвовавших в опросе	1,5%	0,8%	3,5%	7,8%	5,0%	3,1%	2,8%	0
% от обратившихся спонтанно	9,1%	18,2%	28,6%	38,9%	20,7%	12,5%	25%	0

Таблица 2. Особенности сексуального поведения клиентов коммерческих секс-работниц

Рискованное сексуальное поведение		Количество половых партнеров	
Допускали секс:		1	24,4%
без презерватива	68,1%	2-4	28,9%
во время менструаций	19,1%	5-9	15,6%
анальный	14,9%	10 и более	31,1%
с потребителями инъекционных наркотиков	17,0%		

Таблица 3. Начало половой жизни и перенесенные ЗППП

Возраст начала половой жизни		Перенесшие ЗППП (все)	53,2%
с 14 лет	17,2%	из них: сифилис	14,9%
с 15 лет	17,2%	гонорея	17,0%
с 16 лет	17,2%	прочие ЗППП	31,9%
с 17 лет	20,7%	ВГ «С»	10,6%
>= 18 лет	27,9%	ВИЧ-инфекция	10,6%

Таблица 4. Употребление психоактивных веществ и информированность о ВИЧ-инфекции

Группы ПАВ	%	Степень информированности	%
Героин	10,6	Низкая	12,8
Амфетамин	4,3	Высокая	8,5
«Соль»	-	Не знают парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции	4,3

Рассматривая возрастную структуру клиентов коммерческих секс-работниц, обращает внимание явное преобладание зрелых возрастных групп (с 26 до 40 лет). Следует отметить, что возрастная группа с 18 до 25 лет является наиболее обследованной, так как соответствует призывному возрасту. Более ярко проявились эти тенденции среди лиц, спонтанно обращавшихся в консультативную поликлинику БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ, а также лиц, направляющихся в реабилитационные центры. Такие лица, как правило, имели мотив для обращения.

Возраст начала половой жизни только у 28% - совершеннолетний. 24% респондентов указали на наличие 1 полового партнера, что может быть обусловлено тем, что мотивом обращения к КСР был приобретение сексуального опыта или это признак проблем во взаимоотношениях с противоположным полом.

46% обследованных клиентов КСР имели 5 и более половых партнеров. Обращает внимание высокая частота рискованных вариантов сексуального поведения: допускали сексуальные контакты без презерватива 68,1%, секс во время менструаций - 19,1%. Высокий показатель половых контактов с потребителями инъекционных наркотиков (17%) свидетельствует, с одной стороны, о неразборчивости при выборе половых партнеров и наличии проблем с наркотизацией - с другой (15% клиентов КСР имели проблемы с наркотиками, 10% указали на перенесенный вирусный гепатит С). Как следствие половой распущенности, более 53% клиентов КСР в анамнезе перенесли ЗППП.

Оценивая информированность о ВИЧ-инфекции в целом, можно говорить о низкой информированности клиентов КСР о данной проблеме.

Выводы: 1. Лица, обращающиеся к услугам КСР, отличаются в мотивационной сфере высокой потребностью риска и склонностью к рискованному поведению в целом (не только сексуального поведения). Поэтому целесообразно этих лиц также относить к ключевым (группам риска, уязвимым группам) группам в отношении риска инфицирования ВИЧ.

2. Результаты подобных тестирований следует шире озвучивать в СМИ с целью формирования у населения всех возрастных групп установки на изменение сексуального поведения, в том числе неприятие услуг КСР.

С. Н. Лекомцев, заведующий Игринским зональным центром

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», п. Игра

Одной из основных задач в работе зонального центра как структурного подразделения БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» является организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, СПИД-ассоциируемых заболеваний и парентеральных вирусных гепатитов. Мероприятия проводятся комплексно по трем основным направлениям, а именно в отношении источников вируса, механизмов, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц из уязвимых групп.

Мероприятия, проводимые в отношении источника ВИЧ-инфекции:

1. Своевременное выявление и установление диагноза ВИЧ-инфекции, обследование на ВИЧ населения районов зоны ответственности. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными. По этому направлению проводится обследование групп риска, в том числе лиц, употребляющих наркотические препараты, на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С. Всего по зоне ответственности зонального центра за 6 месяцев 2014 г. обследовано на ВИЧ-инфекцию – 4511 человек, на вирусный гепатит В – 5236, на вирусный гепатит С – 5277. Проведено 18 эпидемиологических расследований очагов, причем 78 % (14 случаев из 18) в срок до 14 дней с момента выявления и 3 случая (17 %) в срок свыше 15 дней. Охват диспансерным наблюдением в зоне ответственности составляет 83,3 %, что выше среднего показателя по сельским районам УР – 79,4 %.

2. Продолжается проведение специфической антиретровирусной терапии (АРВТ) больным ВИЧ-инфекцией. Получают АРВТ по состоянию на 01.07.14 г. по районам ответственности 58 человек: Балезинский район – 39, Игринский – 11, Кезский – 6, Красногорский – 1, Дебесский – 1. Из получающих терапию – 3 беременных (Красногорский район – 1 человек, Балезинский – 2).

3. Наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП), повышает риск передачи ВИЧ в несколько раз. В связи с этим проводится обследование на группу инфекций, передающихся половым путем, как у ВИЧ-инфицированных и контактных с ними, так и на добровольной основе для всего населения, всего за 6 месяцев прошли обследование на ИППП 14 человек.

4. Проводится направление потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) к врачу-наркологу с целью решения вопроса о лечении наркотической зависимости. Каждому ВИЧ-инфицированному ПИН выдается направление к наркологу при проведении эпидемиологического расследования.

5. По-прежнему действует запрет на въезд иностранных ВИЧ-инфицированных граждан на территорию РФ и депортация по месту постоянного проживания.

Мероприятия в отношении механизмов, путей и факторов передачи:

1. Контроль за безопасностью медицинских манипуляций, обследование доноров, карантинизация препаратов крови.

Ежегодно в зоне ответственности центра проводится проверка районных больниц по вопросам оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, организации мероприятий по профилактике вертикального и профессионального путей заражения ВИЧ и порядка обследования населения на ВИЧ-инфекцию. По результатам проверок вносятся предложения по устранению выявленных недостатков согласно требованиям действующих приказов и инструкций.

2. Одним из важных направлений является проведение эпидемиологического расследования при ВИЧ-инфекции. За 6 месяцев 2014 г. в районах зоны ответственности выявлено 18 ВИЧ-инфицированных (Балезинский район – 9 человек, Игринский – 3, Красногорский – 1, Дебесский – 2, Кезский – 3). Эпидемиологическое расследование проведено в 17 случаях (или в 94,4 %). Общее количество лиц, выявленных с ВИЧ, в зоне ответственности составило 344 человека.

Обучение населения безопасному поведению (в том числе индивидуальным гигиеническим навыкам):

Проводятся следующие мероприятия: 2 раза в год проводятся выступления по радио в районных отделениях ГТРК «Удмуртия», публикуются статьи в районные газеты. По отдельному плану проводятся месячники, посвященные Всемирному дню памяти погибших от СПИДа и Всемирному дню борьбы со СПИДом, с организацией бесплатного и анонимного обследования на ВИЧ. Направляются справки об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции главам администраций районов зоны ответственности зонального центра, доводится информация о состоянии распространения ВИЧ-инфекции в РФ, республике и в районе. Проводятся встречи с учащимися среднеобразовательных школ, профессиональных училищ по профилактике наркоманий, ВИЧ/СПИДа и пропаганде здорового образа жизни. За 6 месяцев 2014 г. обучено различных категорий населения 1272 человека. Среди населения проводится распространение буклетов по профилактике наркомании и ВИЧ: «Две стороны одной беды: наркомания и ВИЧ», «ВИЧ-инфекция: узнайте больше».

3. По направлению «профилактика вертикального пути передачи»: всего в зоне ответственности центра рождено 56 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Из них 36 детей здоровы и сняты с учета. Диагноз ВИЧ-инфекция поставлен 4 новорожденным, из них в Балезинском районе – 3, Игринском – 1.

Группа мероприятий в отношении восприимчивого контингента:

1. Установление контактных лиц и их консультирование. За 6 месяцев этого года выявлено 11 контактных лиц. Проведено обучение безопасному поведению как самих инфицированных, так и контактных лиц для снижения риска заражения при различных видах контактов.

2. Мероприятия по проведению превентивной химиопрофилактики новорожденным, медицинским работникам, контактным обеспечиваются антиретровирусными препаратами в ЛПО и центре СПИД в случае аварийных ситуаций. За 6 месяцев 2014 г. не проводились в связи с отсутствием аварийных ситуаций.

3. Участие в разработке и реализации районных целевых программ «Анти – ВИЧ/СПИД». В зоне ответственности зонального центра в 4 районах из 5 данные программы разработаны и успешно действуют.

Е.А. Данилова, заместитель главного врача по иммунопрофилактике
Н.В. Попова, врач Республиканского консультативного центра иммунопрофилактики
Н.Л. Гусева, врач Республиканского консультативного центра иммунопрофилактики

ИТОГИ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Республиканский консультативный центр иммунопрофилактики БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

В связи с реорганизационными мероприятиями в Управлении Роспотребнадзора по Удмуртской Республике (далее – УР) в 2005 г. и началом реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по дополнительной иммунизации с 2006 г., возникла необходимость в организации подразделения для осуществления организационно-методической, консультативной и экспертной работы по иммунопрофилактике с целью координации деятельности медицинских организации Удмуртской Республики.

Республиканский консультативный центр иммунопрофилактики (далее – РКЦИП) был создан на основании приказа Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (далее – МЗ УР) от 28 июня 2006 г. № 295 «Об организации Республиканского консультативного центра иммунопрофилактики в БУЗ УР «Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» и развернут на базе БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» в качестве специализированного подразделения.

При содействии и конструктивной помощи МЗ УР (заместителя министра Л.А. Гузнищевой), Управления Роспотребнадзора по УР (начальника отдела эпиднадзора В.В. Даниловой) удалось в достаточно короткие сроки решить задачу размещения и функционирования РКЦИП. В 2006 г. РКЦИП располагался в здания БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» по адресу: ул. Труда, 17а. В 2009 г. переехал по адресу: ул. Воткинское шоссе, 67/1.

Для оптимизации деятельности РКЦИП по этому же адресу установлено современное холодильное оборудование объемом 280,13 куб. м. для хранения вакцин, поступающих в Удмуртскую Республику, в 2013 г. аптека готовых лекарственных форм стала одним из структурных подразделении РКЦИП. Таким образом, улучшилось взаимодействие деятельности сотрудников РКЦИП, анализирующих и планирующих иммунизацию населени, с аптекой готовых лекарственных форм, занимающейся приемом, хранением и выдачей вакцин в лечебно-профилактические учреждения Удмуртской Республики.

С первых дней организации РКЦИП возглавлял А.Е. Кузьмин. В настоящее время деятельностью РКЦИП руководит заместитель главного врача по иммунопрофилактике Е.А. Данилова.

За период существования РКЦИП при его непосредственном участии был выполнен обширный комплекс мероприятий в масштабах системы здравоохранения всей республики:

– создана эффективная система учета иммунизации населения Удмуртской Республики в рамках национального календаря профилактических прививок;

– на постоянном контроле находится организация мероприятия в рамках реализации приоритетного национального проек-

та в сфере здравоохранения по дополнительной иммунизации;

– повышается профессиональная квалификация медицинских работников в области специфической профилактики инфекционных заболеваний;

– организуются семинары, конференции для медицинских работников по безопасности иммунизации населения;

– успешно реализуется республиканская целевая программа «Вакцинопрофилактика», которая позволила улучшить материально-техническое оснащение в прививочных кабинетах лечебно-профилактических учреждений, обеспечила высокие показатели охвата прививками подлежащего населения (95 % и выше), повысила информированность населения по вопросам вакцинопрофилактики;

– создана и работает эффективная система хранения медицинских иммунобиологических препаратов, обеспечивающая безопасность иммунизации на высоком уровне.

В целом комплекс мероприятий, выполненных РКЦИП, свидетельствует о том, что БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» успешно справляется с поставленными задачами.

Одним из реальных инструментов, позволяющих снизить младенческую смертность, заболеваемость, предотвратить инвалидизацию детей и подростков от инфекционных заболеваний, является вакцинопрофилактика, осуществляемая в стране в рамках федеральных и региональных программ.

Сегодня в Российской Федерации в рамках национального календаря профилактических прививок проводится вакцинация против 12 инфекций: туберкулеза, гепатита В, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, паротита, краснухи, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и гриппа. Это наиболее опасные для детей заболевания. Они тяжело переносятся, протекают с осложнениями и чреваты летальными исходами. Жизнь доказала, что нет в медицине более эффективных профилактических мер по борьбе с инфекционными заболеваниями, чем вакцинация.

В Удмуртской Республике в рамках национального календаря профилактических прививок иммунизация населения сохраняется на регламентированном уровне. Показателем успешной иммунизации населения является снижение вакциноуправляемой инфекционной заболеваемости. Не регистрируются случаи заболевания столбняком, врожденной краснухой, дифтерией и вакциноассоциированым полиомиелитом.

Для успешной реализации задач по профилактике вакциноуправляемых инфекций в республику ежегодно осуществляется поставка вакцин на сумму более 100,0 млн руб. Софинансирование мероприятий по иммунизации осуществляется ведомственной целевой программой «Вакцинопрофилактика» в части мер, не финансируемых за счет федерального бюджета, а именно: информационно-просветительская работа, приобретение медицинских иммунобиологических препаратов для иммунизации населения республики по эпидемическим показаниям, оборудования для обеспечения безопасности иммунизации (холодильники, термоконтейнеры, холодильное оборудование для хранения вакцин поступающих в республику), одноразовой упаковочной тары для утилизации медицинских отходов, связанных с проведением иммунопрофилактики, а также компьютеров и оргтехники для совершенствования системы эпидемиологического контроля за инфекционными заболеваниями.

Таким образом, деятельность РКЦИП позволит продолжить целенаправленную профилактическую деятельность по инфекционным заболеваниям с обеспечением эпидемиологического благополучия и биологической безопасности на территории Удмуртской Республики.

Е.А. Данилова, заместитель главного врача по иммунопрофилактике
Н.В. Попова, врач Республиканского консультативного центра иммунопрофилактики
Н.Л. Гусева, врач Республиканского консультативного центра иммунопрофилактики

ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Республиканский консультативный центр иммунопрофилактики БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», г. Ижевск

Одним из реальных инструментов, позволяющих снизить младенческую смертность, заболеваемость, предотвратить инвалидизацию детей и подростков от инфекционных заболеваний, является вакцинопрофилактика, осуществляемая в стране в рамках федеральных и региональных программ.

Сегодня в Российской Федерации в рамках национального календаря профилактических прививок проводится вакцинация против 12 инфекций: туберкулеза, гепатита В, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, паротита, краснухи, гемофильной и пневмококковой инфекции и гриппа. Это наиболее опасные для детей заболевания. Они тяжело переносятся, протекают с осложнениями и чреваты летальным исходом. Жизнь доказала, что нет в медицине более эффективных профилактических мер по борьбе с инфекционными заболеваниями, чем вакцинация.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.08.2011 г. № 983 «Об утверждении плана внесения в национальный календарь профилактических прививок изменений, предусматривающих расширение перечня инфекционных заболеваний, в отношении которых может осуществляться вакцинация», с 2015 г. планируется ввести в национальный календарь профилактических прививок вакцинацию против ветряной инфекции.

На территории Удмуртской Республики в рамках реализации ведомственной целевой программы «Вакцинопрофилактика» (далее – Программа) в разное время в зависимости от эпидемиологической ситуации приобретались медицинские иммунобиологические препараты для профилактики бешенства, кори, вирусных гепатитов В и А, гемофильной и менингококковой инфекций и гриппа. При этом перечень приобретаемых препаратов постоянно изменяется. Так, в настоящий момент в перечень препаратов внесены вакцины против пневмококковой и ветряной инфекций, исключены препараты против кори и гепатита В, гемофильная вакцина, и не потому, что в них нет потребности, они в полном объеме поступают за счет средств федерального бюджета, что, в свою очередь, позволяет увеличить количество других более актуальных вакцин.

Актуальность приобретения вакцин для профилактики пневмококковой инфекции обусловлена тем, что ежегодно в нашей стране 1 млн человек становятся инвалидами в результате патологии органов дыхания. Инфекциями дыхательных путей и сложными формами легочных болезней заболевают каждые 90 тысяч из 100 тысяч детей. В Удмуртской Республике в течение многих лет в структуре первичной заболеваемости детей до 14 лет болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции (1551,3 на 1 тыс. детей от 0 до 14 лет в 2010 г.). В структуре младенческой смертности эта патология стоит на третьем месте (11,1 на 1000 родившихся в 2010 г.).

Среди этиологических агентов, вызывающих болезни органов дыхания, лидирующие позиции в мире занимает пневмококк (отиты, синуситы в 28–56 % случаев, тяжелые инвазивные инфекции: менингиты в 24–43 %, сепсис – в 68–83 %, бактериальная пневмония – в 38–75 %). По оценкам специалистов, пневмококковая инфекция ежегодно является причиной около 40 тыс. летальных исходов.

В Удмуртской Республике к группе риска на заболевание пневмококковой инфекцией относится более 10 тыс. детей, к которым относятся дети из контактов с больными туберкулезом, проживающие в очаге туберкулезной инфекции, в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции, с гиперэррргической реакцией на туберкулин, с инфицированием микобактериями туберкулеза в сочетанием с неспецифическими факторами риска (дети, часто болеющие респираторными инфекциями вирусной и бактериальной природы, из асоциальных семей и многодетных семей с низким материальным уровнем), дети с бронхолегочной патологией среднетяжелой и тяжелой степени тяжести, дети с ВИЧ-инфекцией, дети закрытых учреждений, недоношенные дети. Реализация ведомственной программы позволила прививать таких детей за счет средств республики. Также в последние годы все дети, требующие трансплантации органов в обязательном порядке получают прививку против пневмококковой инфекции.

Острая потребность в вакцине для профилактики ветряной оспы обусловлена тем, что ветряная оспа (почти 1 млн живущих в стране детей ежегодно болеют ветряной оспой) является третьим по величине бременем заболеваемости после гриппа и кишечных инфекций в России. На территории Удмуртской Республики заболеваемость ветряной оспой на протяжении многих лет остается на высоком уровне. На ее долю приходится 87,7 % в структуре инфекционной заболеваемости среди воздушно-капельных инфекции. В 2010 г. уровень заболеваемости достиг 668,9 на 100 тыс. населения, в сравнении с РФ показатель выше на 41 % (РФ – 475,5 на 100 тыс. населения) Экономический ущерб от ветряной оспы в Удмуртской Республике составляет более 200 млн. руб. ежегодно. На долю детского населения приходится 97,0 % случаев заболевания ветряной оспой, при этом среди детей в возрасте до 6 лет, посещающих детские дошкольные учреждения, случаи заболевания встречаются в 4–5 раз чаще по сравнению с неорганизованными детьми. За последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости в возрастной группе 7–17 лет и среди взрослого населения. Приобретение вакцин против ветряной оспы также включено в план реализации Программы, но, к сожалению, по настоящий момент вакцина отсутствует в РФ.

За счет средств Программы продолжается приобретение препаратов для специфической профилактики менингококковой инфекции, гепатита А в очаге у детей как наиболее уязвимой группы. За счет республики все пострадавшие от укуса животного получают на бесплатной основе экстренную профилактику бешенства.

Таким образом, приобретение вакцин для профилактики инфекций, управляемых средствами специфической профилактики и актуальных для республики, осуществляется в соответствии с проводимым глубоким анализом потребностей в настоящий момент.

30 МАРТА 1995 ГОДА № 38-ФЗ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)

ПРИНЯТ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМОЙ
24 ФЕВРАЛЯ 1995 ГОДА

(в ред. федеральных законов от 12.08.1996 № 112-ФЗ, от 09.01.1997 № 8-ФЗ, от 07.08.2000 № 122-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие понятия:

ВИЧ-инфекция – заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека;

ВИЧ-инфицированные – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции

1. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

3. Если международными договорами Российской Федерации установлены иные, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, правила, то применяются правила международных договоров.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации, на находящихся на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе постоянно проживающих в Российской Федерации, а также применяется в отношении предприятий, учреждений и организаций, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, независимо от их организационно-правовой формы.

Статья 4. Гарантии государства

1. Государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее – медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ);

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;

обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации (абзац введен Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. ВИЧ-инфицированные – граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации (п. 1 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

1.1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации (п. 1.1 введен Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

ГЛАВА II. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ

Статья 7. Медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных статьей 9 настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

4. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

5. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия, а в случаях, указанных в пункте пятом статьи 7, – по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

4. Правила, в соответствии с которыми осуществляется обязательное медицинское освидетельствование лиц в целях охраны здоровья населения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются им не реже одного раза в пять лет.

5. Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей (в ред. Федерального закона от 12.08.1996 № 112-ФЗ).

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

Положение, содержащееся в пункте 2 статьи 11, не исключает, что правоприменительными органами и судами – исходя из гуманитарных соображений – учитываются семейное положение, состояние здоровья ВИЧ-инфицированного иностранного гражданина или лица без гражданства и иные исключительные,

заслуживающие внимания обстоятельства при решении вопроса о том, является ли необходимой депортация данного лица из Российской Федерации, а также при решении вопроса о его временном проживании на территории Российской Федерации. При этом в любом случае данное лицо не освобождается от обязанности соблюдать предписанные в соответствии с законом профилактические меры относительно недопущения распространения ВИЧ-инфекции (Определение Конституционного Суда РФ от 12.05.2006 № 155-О).

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

Лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органом исполнительной власти.

Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

ГЛАВА III. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию; абзац утратил силу. – Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ;

сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного – несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж; абзац утратил силу. – Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ.

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными – несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками

Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в результате ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь, производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

ГЛАВА IV. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ПРИИСПОЛНЕНИИ СВОИХ СЛУЖЕБНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 21. Утратила силу. – Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ.

Статья 22. Гарантии в области труда (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Постановлением Минтруда РФ от 08.08.1996 № 50 утвержден Порядок предоставления сокращенной продолжительности рабочего времени (36 часов в неделю) и ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 рабочих дней (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за работу в опасных для здоровья условиях труда) работникам организаций здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работникам организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установление размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат:

обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

ГЛАВА V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 23. Государственный контроль

Государственный контроль за деятельностью физических и юридических лиц, направленной на реализацию мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Нарушение настоящего Федерального закона влечет за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Статья 25. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом до 1 июля 1995 года.

Статья 26. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 августа 1995 года.

ПРЕЗИДЕНТ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Б. ЕЛЬЦИН

МОСКВА, КРЕМЛЬ
30 МАРТА 1995 ГОДА
№ 38-ФЗ

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

11.01.2011 МОСКВА №1

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СП 3.1.5.2826–10 «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч.1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч.1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10, № 52 (ч.1) ст. 5498; 2007 № 1 (ч.1) ст. 21; № 1 (ч.1) ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч.1), ст. 3418; № 30 (ч. 2), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969) и постановлением Правительства Российской Федерацииот24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295, 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) п о с т а н о в л я ю:

Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (зарегистрирован в Минюсте России от 25.03.2011 № 20263) (приложение).

Г.Г. ОНИЩЕНКО

Приложение
УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации
от 11.01. 2011 г. № 1

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА

СП 3.1.5. 2826–10

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее санитарные правила) устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения ВИЧ-инфекции.

1.2. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.3. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АРВ-препараты антиретровирусные препараты
АРТ антиретровирусная терапия
АГ антигены
АТантитела
ВААРТ высокоактивная антиретровирусная терапия
ВБИ внутрибольничная инфекция
ВГвирусный гепатит
ВИЧ вирус иммунодефицита человека
ВН вирусная нагрузка
ВОЗ Всемирная организация здравоохранения
ДИ доверительный интервал
ИБ иммунный блотинг
ИП ингибиторы протеазы ВИЧ
ИППП инфекции, передаваемые половым путем
ИФА иммуноферментный анализ
КСР коммерческие секс-работники
ЛИА линейный блотинг
ЛПО лечебно-профилактическая организация
МСМ мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами
НИОТ нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
ННИОТ ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
NAT амплификация нуклеиновых кислот
ОИ оппортунистические инфекции
ПЦР полимеразная цепная реакция
ПИН потребители инъекционных наркотиков
РНК рибонуклеиновая кислота
СПИД синдром приобретенного иммунодефицита
CD4 клетки, несущие на своей поверхности клеточный рецептор СД4

III. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

3.1. ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека – антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований.

3.2. Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

3.3. СПИД – состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся появлением одного или нескольких заболеваний, отнесенных к СПИД-индикаторным. СПИД является эпидемиологическим понятием и используется в целях эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

3.4. Возбудитель ВИЧ-инфекции – вирус иммунодефицита человека – относится к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

3.5.Источником ВИЧ-инфекции являются люди, инфицированные ВИЧ на любой стадии заболевания, в том числе в инкубационном периоде.

3.6. Механизм и факторы передачи.

3.6.1. ВИЧ-инфекция может передаваться при реализации как естественного, так и искусственного механизма передачи.

3.6.2. К естественному механизму передачи ВИЧ относятся:

3.6.2.1. Контактный, который реализуется преимущественно при половых контактах (как при гомо-, так и гетеросексуальных) и при контакте слизистой или раневой поверхности с кровью.

3.6.2.2. Вертикальный (инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время беременности, в родах и при грудном вскармливании.)

3.7.3. К искусственному механизму передачи относятся:

3.7.3.1. Артифициальный при немедицинских инвазивных процедурах, в том числе внутривенном введении наркотиков (использование шприцев, игл, другого инъекционного оборудования и материалов), нанесение татуировок, при проведении косметических, маникюрных и педикюрных процедур нестерильным инструментарием.

3.7.3.2. Артифициальный при инвазивных вмешательствах в ЛПО. Инфицирование ВИЧ может осуществляться при переливании крови, ее компонентов, пересадке органов и тканей, использования донорской спермы, донорского грудного молока от ВИЧ-инфицированного донора, а также через медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, изделия медицинского назначения, контаминированные ВИЧ и не подвергшиеся обработке в соответствии с требованиями нормативных документов.

3.8. Основными факторами передачи возбудителя являются биологические жидкости человека (кровь, компоненты крови,сперма, вагинальное отделяемое, грудное молоко).

3.9. Основными уязвимыми ВИЧ-инфекцией группами населения являются: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческие секс-работники (КСР), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ). Группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют клиенты КСР, половые партнеры ПИН, заключенные, беспризорные дети, лица, имеющие большое число половых партнеров, мигрирующие слои населения, (водители-дальнобойщики, сезонные рабочие, в том числе иностранные граждане, работающие вахтовым методом и другие), люди злоупотребляющие алкоголем и не инъекционными наркотиками, поскольку под воздействием психоактивных веществ они чаще практикуют более опасное сексуальное поведение.

3.10. Клиническое течение ВИЧ-инфекции без применения антиретровирусной терапии.

3.10.1. Инкубационный период

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции – это период от момента заражения до ответа организма на внедрение вируса (появление клинической симптоматики или выработки антител) составляет, как правило, 2–3 недели, но может затягиваться

до 3–8 месяцев, иногда до 12 месяцев. В данном периоде у инфицированного антитела к ВИЧ не обнаруживаются в связи, с чем возрастает риск передачи от него инфекции во внутрибольничных очагах, в том числе при переливании крови и ее компонентов.

3.10.2. Острая ВИЧ-инфекция.

У 30–50 % инфицированных появляются симптомы острой ВИЧ-инфекции, которая сопровождается различными проявлениями: лихорадка, лимфаденопатия, эритематозно-макулопапулезная сыпь на лице, туловище, иногда на конечностях, миалгии или артралгии, диарея, головная боль, тошнота и рвота, увеличение печени и селезенки, неврологические симптомы. Эти симптомы проявляются на фоне высокой вирусной нагрузки в разных сочетаниях и имеют разную степень выраженности. В редких случаях уже на этой стадии могут развиваться тяжелые вторичные заболевания, приводящие к гибели пациентов. В данном периоде возрастает частота обращаемости инфицированных в ЛПО; риск передачи инфекции – высокий, в связи с большим количеством вируса в крови.

3.10.3. Субклиническая стадия.

Продолжительность субклинической стадии в среднем составляет 5–7 лет (от 1 до 8 лет, иногда более), клинические проявления кроме лимфоаденопатии отсутствуют. В этой стадии в отсутствии проявлений инфицированный длительно является источником инфекции. Во время субклинического периода продолжается размножение ВИЧ и снижение количества CD4 лимфоцитов в крови.

3.10.4. Стадия вторичных заболеваний.

На фоне нарастающего иммунодефицита появляются вторичные заболевания (инфекционные и онкологические). Заболевания инфекциями вирусной, бактериальной, грибковой природы сначала протекают довольно благоприятно и купируются обычными терапевтическими средствами. Первоначально это преимущественно поражения кожи и слизистых, затем органные и генерализованные поражения, приводящие к смерти пациента.

3.11. Антиретровирусная терапия (АРТ) является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции. На современном этапе АРТ не позволяет полностью элиминировать ВИЧ из организма больного, но останавливает размножение вируса, что приводит к восстановлению иммунитета, предотвращению развития или регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента и предотвращению его гибели. Эффективная противоретровирусная терапия одновременно является и профилактической мерой, снижающей опасность пациента как источника инфекции.

IV. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

4.1. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ и вирусных антигенов, а также, в особых случаях, выявлении провирусной ДНК ВИЧ и вирусной РНК ВИЧ (у детей первого года жизни).

4.2. Лабораторные исследования по диагностике ВИЧ-инфекции осуществляются в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения на основании санитарно-эпидемиологического заключения и лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4.3. Стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит определение антител/антигенов к ВИЧ с помощью ИФА. Для подтверждения результатов в отношении ВИЧ применяются подтверждающие тесты (иммунный, линейный блот).

4.4. Диагностический алгоритм тестирования на наличие антител к ВИЧ:

4.4.1. На первом этапе (скрининговая лаборатория).

Если получен положительный результат в ИФА, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе, вторая сыворотка запрашивается только в случае невозможности направления для дальнейшего исследования первой сыворотки). Если получены два положительных результата из трех постановок в ИФА сыворотка считается первично-положительной и направляется в референс-лабораторию (Лаборатория диагностики ВИЧ-инфекции центра по профилактике и борьбе со СПИД) для дальнейшего исследования.

4.4.2. На втором этапе (референс-лаборатория).

Первично положительная сыворотка повторно исследуется в ИФА во второй тест-системе другого производителя, отличающейся от первой по составу антигенов, антител или формату тестов, выбранной для подтверждения. При получении отрицательного результата сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе другого производителя, отличающейся от первой и второй по составу антигенов, антител или формату тестов. В случае получения отрицательного результата (во второй и третьей тест-системах) выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ. При получении положительного результата (во второй и/или третьей тест-системе) сыворотку необходимо исследовать в иммунном или линейном блоте. Результаты, полученные в подтверждающем тесте, интерпретируются как положительные, неопределенные и отрицательные.

4.4.2.1. В целях обеспечения контроля и учета исследований референс-диагностика должна осуществляться в том же субъекте Российской Федерации, где проводилось скрининговое обследование в лаборатории уполномоченной специализированной ЛПО, осуществляющей организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям.

Референс-диагностика может проводиться также во ФГУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, и в ФГУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург).

4.4.3. Положительными (позитивными) считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела к 2 из 3 гликопротеинов ВИЧ (env, gag, pol).

4.4.4. Отрицательными (негативными) считаются сыворотки, в которых не обнаруживается антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ или имеется слабое реагирование с белком p 18.

4.4.5. Неопределенными (сомнительными) считаются сыворотки, в которых обнаруживаются антитела к одному гликопротеину ВИЧ и/или каким-либо протеинам ВИЧ. При получении неопределенного результата с белковым профилем включающим, белки сердцевины (gag) p 25, проводится исследование для диагностики ВИЧ-2.

4.4.6. При получении отрицательного и сомнительного результата в иммунном или линейном блоте рекомендуется исследовать сыворотку в тест-системе для определения p24 антигена или ДНК/РНК ВИЧ. Если был выявлен антиген p24 или ДНК/РНК ВИЧ, повторное обследование в иммунном или линейном блоте проводится через 2, 4, 6 недель после получения первого неопределенного результата.

4.4.7. При получении неопределенного результата проводятся повторные исследования на антитела к ВИЧ иммунном или линейном блоте через 2 недели, 3 и 6 месяцев. Если получены отрицательные результаты в ИФА, то дальнейшее исследование не требуется. Если через 6 месяцев после первого обследования вновь будут получены неопределенные результаты, а у пациента не будут выявлены факторы риска заражения и клинические симптомы ВИЧ-инфекции, результат расценивается как ложноположительный. (При наличии эпидемиологических

и клинических показаний серологические исследования проводятся повторно по назначению лечащего врача или эпидемиолога).

4.5. Для диагностики ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в связи с наличием материнских антител применяются иные подходы.

4.5.1. Для диагностики ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 12 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, используют методы, направленные на выявление генетического материала ВИЧ, (ДНК или РНК). Получение положительных результатов обследования на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ в двух отдельно взятых образцах крови у ребенка старше одного месяца является лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции. Получение двух отрицательных результатов обследования на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ в возрасте 1–2 месяцев и 4–6 месяцев (при отсутствии грудного вскармливания) свидетельствует против наличия у ребенка ВИЧ-инфекции, однако снятие ребенка с диспансерного учета по поводу интранатального и перинатального контакта по ВИЧ-инфекции может производится в возрасте старше 1 года.

4.5.2. Снятие с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции в возрасте 18 месяцев проводится приодновременном наличии:

– два и более отрицательных результата исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА;

– отсутствие выраженной гипогаммаглобулинемии на момент исследования крови на антитела к ВИЧ;

– отсутствие клинических проявлений ВИЧ-инфекции;

4.5.3. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и достигших возраста 18 месяцев,осуществляется так же, как у взрослых.

4.6. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции может осуществляться только при использовании сертифицированных стандартизованных диагностических тест-систем (наборов), разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке.

В целях проведения входного контроля качества используемых тест-систем для выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, применяются стандартные панели сывороток (отраслевые стандартные образцы) разрешенные к использованию в установленном порядке.

4.7. В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования, указывается наименование тест-системы, ее срок годности, серия, результат ИФА (положительный, отрицательный), результат иммунного, линейного блота (перечень выявленных белков и заключение: положительный, отрицательный, неопределенный). При конфиденциальном исследовании документ должен содержать паспортные данные: полные Ф.И.О., полную дату рождения, адрес места жительства, код контингента. При анонимном обследовании документ маркируется специально установленным кодом.

4.7.1. При получении сомнительного результата в подтверждающем тесте (иммунный, линейный блот) выдается заключение о неопределенном результате исследования и рекомендуется повторить обследование пациента до определения статуса (через 3, 6, 12 месяцев).

4.8. Простые /быстрые тесты для определения специфических антител к ВИЧ – это тесты, которые можно выполнить без специального оборудования менее, чем за 60 минут. В качестве исследуемого материала может использоваться кровь, сыворотка, плазма крови и слюна (соскоб со слизистой десен).

4.8.1. Области применения простых/быстрых тестов:

трансплантология – перед забором донорского материала;

донорство – обследование крови, в случае экстренного переливания препаратов крови и отсутствия обследованной на антитела к ВИЧ донорской крови;

вертикальная профилактика – тестирование беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в предродовом периоде (для назначения медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции в родах);

постконтактная профилактика ВИЧ – тестирование на ВИЧ в случае аварийной ситуации;

4.8.2. Каждое исследование на ВИЧ с применением простых/быстрых тестов должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами ИФА, ИБ.

4.9. Выдача заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции только по результатам простого/быстрого теста не допускается. Результаты простых/быстрых тестов используются только для своевременного принятия решений в экстренных ситуациях.

V. ПОРЯДОК ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

5.1. Основным методом выявления ВИЧ-инфекции является проведение тестирования на антитела к ВИЧ с обязательным до-и послетестовым консультированием.Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ не всегда означает, что человек не инфицирован, поскольку существует период «серонегативного окна» (время между заражением ВИЧ и появлением антител, который обычно составляет около 3-х месяцев).

5.2. Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, когда такое освидетельствование является обязательным.

Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат:

– Доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов (в т.ч. спермы), а также беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для производства биологических препаратов при каждом взятии донорского материала;

– Обязательному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах подлежат следующие работники:

– Врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно – медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

– Врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

– Научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно – исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

– Медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля при поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год;

– Лица, проходящие военную службу и поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по призыву и кон-

тракту, при призыве на срочную военную службу, при поступлении на службу по контракту, при поступлении в военные ВУЗы министерств и ведомств, устанавливающих ограничения для приема на службу лиц с ВИЧ-инфекцией;

– Иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на гражданство или видом на жительство, или разрешением на работу в Российской Федерации, при въезде на территорию Российской Федерации иностранных граждан на срок более 3-х месяцев.

5.3. По желанию освидетельствуемого лица добровольное тестирование на ВИЧ может быть анонимным.

5.4. Медицинские работники должны рекомендовать лицам, относящимся к контингентам повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией, регулярно проходить освидетельствование на ВИЧ-инфекцию для раннего выявления ВИЧ-инфекции, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного начала лечения в случае заражения.

5.5. Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию (в том числе и анонимное) осуществляется в медицинских учреждениях всех форм собственности с информированного согласия пациентав условиях строгой конфиденциальности, а в случае обследования несовершеннолетних в возрасте до 14 лет – по просьбе или с согласия его законного представителя.

5.6. Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится с обязательным до – и послетестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

5.7. Консультирование должно проводиться обученным специалистом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом или психологом) и включать основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, возможные последствия тестирования, определение наличия или отсутствия индивидуальных факторов риска, оценку информированности освидетельствуемого по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ, видов помощи доступных для инфицированного ВИЧ.

5.8. При проведении дотестового консультирования необходимо заполнить форму информированного согласия на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию в двух экземплярах, одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в ЛПО.

5.9. Направление на исследование в иммуноферментном анализе образца крови на ВИЧ-инфекцию заполняется всеми ЛПО независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

5.9.1. При конфиденциальном тестировании персональные данные на пациента приводятся без сокращений (по паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность обследуемого): полные Ф.И.О., полная дата рождения, гражданство, адрес места жительства, код контингента.

5.9.2. При анонимном тестировании (без паспорта) указывается только цифровой код, включающий порядковый номер освидетельствуемого, год рождения, место жительства (субъект Российской Федерации). Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого не указывается.

5.10. Ответ о результате освидетельствования выдается при завершении алгоритма тестирования. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

5.11. Результаты тестирования на ВИЧ освидетельствуемомусообщает консультант в ходе послетестового консультирования; по возможности один и тот же специалист проводит до и послетестовое консультирование пациента.

5.11.1. Консультирование при любом результате тестирования на ВИЧ должно содержать обсуждение значения полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ для освидетельствуемого;разъяснение путей передачи ВИЧ и способов защиты от заражения ВИЧ для освидетельствуемого; видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ, и рекомендации по дальнейшей тактике тестирования.

5.11.1.1. Консультирование при неопределенном результате тестирования на ВИЧ в дополнение к комплексу стандартной информации должно содержать обсуждение возможности инфицирования ВИЧ, необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, гарантий оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных. Тестируемыйнаправляется в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

5.11.1.2. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется консультантом о результатах тестирования. Специалист сообщает положительный результат теста в ясной и краткой форме, предоставляет время для восприятия этого известия, отвечает на вопросы обследуемого. Разъясняет необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица. Тестируемый направляется для установления диагноза ВИЧ-инфекции, оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

5.11.2. Результаты исследования по телефону не сообщаются.

5.11.3. Диагноз болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, устанавливается врачом Центра по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченным врачом ЛПО на основании комплекса эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований. Диагноз ВИЧ-инфекции сообщается пациенту врачом, (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом или психологом) в ходе консультирования пациента в Центре профилактики и борьбы со СПИД или уполномоченном ЛПО. Пациент письменно уведомляется о выявлении ВИЧ-инфекции, и ему предоставляется информация по данной проблеме. В случае выявления ВИЧ у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет уведомляются их родители или законные представители.

VI. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

6.1. Целью диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни. Основными задачами являются формирование приверженности диспансерному наблюдению, своевременное выявление у них показаний к назначению противоретровирусной терапии, химиопрофилактике и лечению вторичных заболеваний, обеспечение оказания им своевременной медицинской помощи, в том числе психологической поддержки и лечению сопутствующих заболеваний.

6.2. ВИЧ-инфицированные лица подлежат приглашению на первичное и периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору, выраженному в письменной форме.

6.3. Лица с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции должны быть взяты на диспансерное наблюдение по поводу ВИЧ-инфекции. Диспансерное наблюдение осуществляет ЛПО, уполномоченное распорядительным актом органа управления здравоохранениемсубъекта Российской Федерации.

Диспансерное наблюдение может также осуществлятьсяво ФГУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, и в ФГУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург).

6.4. По каждому случаю ВИЧ-инфекции (в том числе при выявлении положительного результата лабораторного исследования на ВИЧ-инфекцию секционного материала) проводится эпидемиологическое расследование специалистами центра СПИД и, при необходимости, специалистами органов, осуществляющих государственный эпидемиологический надзор. На основании результатов эпидемиологического расследования дается заключение о причинах заболевания, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих обучение инфицированных ВИЧ и контактных лиц, назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

6.4.1. При подозрении на внутрибольничное инфицирование эпидемиологическое расследование проводится специалистами органов, осуществляющих государственный эпидемиологический надзор, совместно со специалистами Центров СПИД и/или специалистами ФГУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, ФГУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург), с привлечением необходимых экспертов.

По каждому случаю внутрибольничного инфицирования осуществляется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации очага и недопущению дальнейшего распространения инфекции, составляется «Акт эпидемиологического расследования».

6.4.2. Эпидемиологическое расследование в отношении половых партнеров и партнеров по употреблению наркотиков проводится методом «оповещения партнеров» (в случае обнаружения ВИЧ-инфицированного лица проводится идентификация контактных лиц, с ними проводится индивидуальное консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции). Инфицированному ВИЧ предоставляется возможность либо самостоятельно сообщить партнерам о риске заражения ВИЧ и пригласить на консультирование в центр СПИД, либо предоставить консультанту контактную информацию о партнерах (обычно имя и телефон партнера) для приглашения на консультирование. Консультант должен неукоснительно следовать принципу анонимности информации и гарантировать первому и всем последующим участникам оповещения полную конфиденциальность.

6.5. Диспансерное наблюдение за детьми осуществляет врач педиатр Центра СПИД совместно с врачом-педиатром ЛПО.

6.6. Во время приема врач проводит психологическую адаптацию пациента, определяет полноту обследования и лечения, оценивает и формирует приверженность к терапии.

6.7. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции проводят при каждом обследовании больного ВИЧ-инфекцией в рамках диспансерного наблюдения за ним.

6.7.1. При наблюдении ВИЧ-инфицированных детей проводят консультирование лиц, осуществляющих уход за ребенком, и лиц, несущих юридическую ответственность за ребенка. Консультирование ребенка по вопросам ВИЧ-инфекции проводится в соответствии с возрастными особенностями.

6.8. При диспансерном наблюдении проводят консультирование, плановые обследования до назначения антиретровирусной терапии, и при проведении антиретровирусной терапии, согласно существующим стандартам, рекомендациям и протоколам. Необходимо обеспечить регулярное обследование инфицированных ВИЧ на туберкулез (не реже 1 раза в 6 месяцев) и оппортунистические инфекции, а также проведение профилактики туберкулеза и пневмоцистной пневмонии всем нуждающимся в соответствии с требованиями нормативных документов.

6.9. Лечение больных ВИЧ-инфекцией проводится на добровольной основе и включает в себя следующие направления: психосоциальная адаптация пациента, антиретровирусная терапия, химиопрофилактика вторичных заболеваний, лечение вторичных и сопутствующих заболеваний.

6.9.1. Антиретровирусная терапия является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции, проводится пожизненно. Ее назначение и контроль эффективности и безопасности осуществляется Центром по профилактике и борьбе со СПИД субъекта Российской Федерации. Эту функцию могут осуществлять ФГУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД; ФГУ Республиканская клиническая инфекционная больница (г. Санкт-Петербург), а также ЛПО под методическим руководством Центра СПИД.

6.9.2. Для оценки эффективности и безопасности АРТ в рамках диспансерного наблюдения проводятся регулярные исследования вирусной нагрузки, уровня CD4 лимфоцитов, клинические и биохимические исследования крови, инструментальные и клинические исследования. Основным критерием эффективности АРТ является снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня.

6.9.3. Эффективная (с достижением неопределяемого уровня вирусной нагрузки) антиретровирусная терапия является,в том числе, и профилактической мерой, снижающей опасность пациента как источника инфекции.

6.10. При выявлении инфицированных ВИЧ, находящихся на стационарном лечении, следует обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста Центра СПИД, лабораторных исследований, необходимых для уточнения стадии заболевания и решения вопроса о назначении антиретровирусной терапии.

6.11. С целью повышения эффективности диспансерного наблюдения и формирования приверженности к антиретровирусной терапии должен использоваться мультипрофессиональный подход с привлечением лечащего врача, медицинской сестры, узких медицинских специалистов, психологов, социальных работников, подготовленных консультантов из числа ВИЧ-инфицированных. Формирование приверженности пациентов диспансерному наблюдению осуществляется на основе технологии консультирования в рамках пациент-центрированного подхода.

VII. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

7.1. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией – это система постоянного динамического и многоаспектного слежения за динамикой и структурой заболеваемости (инфицированности) данной инфекционной болезнью, возникающей в человеческой популяции в связи с особенностью патогенного агента (биологический фактор), вызвавшего инфекционный процесс, и различными социально-демографическими и поведенческими характеристиками людей.

7.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса; слежение за охватом населения профилактикой, диспансерным наблюдением, лечением и поддержкой при ВИЧ-инфекции,эффективностью проводимых мероприятий для принятия управленческих решений и разработкой адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболе-

ваемости ВИЧ-инфекцией; предупреждение формирования групповых заболеваний ВИЧ-инфекцией, тяжелых форм и летальных исходов.

7.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.4. Выявление, учет и регистрация больных ВИЧ-инфекцией и обследований на ВИЧ проводится в соответствии с установленными требованиями.

7.4.1. Каждый случай заболевания ВИЧ-инфекцией (положительный результат исследования в иммуноблоте) подлежит регистрации и учету по месту выявления в ЛПО независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Учет по месту жительства пациента ведется для организации диспансерного наблюдения и лечения.

7.4.2. Информация о положительном результате исследования крови на ВИЧ в иммунном блотинге из референс-лаборатории передается в скрининговую лабораторию и/или ЛПО, направившее материал на исследование, а также в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. При выявлении ВИЧ-инфекции у иногородних жителей Российской Федерации, информация передается в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту постоянной регистрации пациента.

7.4.3. При получении положительного результата исследования на ВИЧ у донора крови, органов и тканей информация из референс-лаборатории передается в течение 24 часов по телефону в учреждения службы крови (станции переливания крови, отделения переливания крови) и в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

7.4.4. Внеочередное донесение о каждом случае заражения ВИЧ в лечебно-профилактических организациях или подозрения на него передается органам, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор по субъекту Российской Федерации, в Федеральный орган, осуществляющий санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

По завершению эпидрасследования Акт эпидемиологического расследования направляется в Федеральный орган осуществляющий санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

7.4.5. ЛПО, изменившая или уточнившая диагноз, подает вторичное донесение на больного ВИЧ-инфекцией в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД и территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту постоянной регистрации пациента, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления в случае:

–установления причин заражения ВИЧ-инфицированного,

– установления диагноза СПИД,

–установления смерти ВИЧ-инфицированного или больного СПИД,

–смены места жительства пациента,

–снятия диагноза ВИЧ-инфекции,

–заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью.

7.5. ЛПО, имеющие лаборатории, проводящие исследования на ВИЧ, независимо от организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности, в том числе ФГУН, на базе которых функционируют федеральный и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД, ФГУ «Республиканская клиническая инфекционная больница» представляют сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ (месячная форма № 4 федерального государственного статистического наблюдения) центру по профилактике и борьбе со СПИД субъекта Российской Федерации, на территории которого проводится тестирование на ВИЧ.

7.6. Органы, осуществляющие санитарно-эпидемиологический надзор по субъектам Российской Федерации, органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации обеспечивают проведение мониторинга и оценку эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в субъекте Российской Федерации в соответствии с утвержденными индикаторами, и направляют результаты мониторинга в Федеральный орган, осуществляющий санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с установленнымитребованиями.

7.7. Предоставление сведений о диагнозе ВИЧ-инфекции без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации:

– в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

– при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

– по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

– по запросу военных комиссариатов или военно-медицинской службы;

– в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет для информирования его родителей или законных представителей;

– при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

VIII. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Профилактика ВИЧ-инфекции должна проводиться комплексно в отношении источников вируса, механизмов, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц из уязвимых групп населения.

8.1. Мероприятия в эпидемических очагах ВИЧ-инфекции

8.1.1. Мероприятия, проводимые в отношении источника ВИЧ-инфекции

В отношении выявленного источника ВИЧ-инфекции применяются мероприятия, снижающие вероятность передачи вируса:

8.1.1.1. Своевременное выявление и установление диагноза ВИЧ-инфекции.

8.1.1.2. Специфическая терапия антиретровирусными препаратами по назначению врача (в том числе профилактическая химиотерапия у беременных) снижает вирусную нагрузку у ВИЧ-инфицированного и уменьшает риск передачи ВИЧ-инфекции.

8.1.1.3. Направление на обследование и лечение ИППП инфицированного ВИЧ уменьшает риск передачи половым путем.

8.1.1.4. Направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение наркотической зависимости снижает активность источника в передаче вируса при использовании наркотиков.

8.1.1.5. Запрет на въезд и депортация ВИЧ-инфицированных иностранных граждан в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, сокращает число источников инфекции на территории страны.

8.1.2. Мероприятия в отношении механизмов, путей и факторов передачи

8.1.2.1. Проведение дезинфекции и стерилизация медицинского инструментария и оборудования в медицинских учреждениях, а также оборудования и инструментария в парикмахерских, косметологических салонах, салонах, осуществляющих пирсинг и татуаж, применение одноразового инструментария.

8.1.2.2. Обеспечение и контроль за безопасностью практик медицинских манипуляций и использованием барьерных методов защиты.

8.1.2.3. Обследование доноров крови и любых других донорских материалов на наличие антител к ВИЧ при каждой сдаче донорского материала, карантинизация препаратов крови и выбраковка инфицированного донорского материала. Пожизненное отстранение ВИЧ-инфицированных и позитивных в ИФА при референс-исследовании от сдачи крови, плазмы, органов и тканей.

8.1.2.4. Проведение эпидемиологического расследования при ВИЧ-инфекции.

8.1.2.5. Консультирование/обучение населения – как восприимчивого контингента, так и источников инфекции – безопасному или менее опасному поведению.

8.1.2.6. Профилактическая работа суязвимыми группами населения (ПИН, КСР, МСМ и др.).

8.1.2.7. Предотвращение контакта ребенка с биологическими жидкостями матери должно сочетаться с назначением АРВ препаратов и достигается:

–во время родов при плановом проведении кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных женщин;

–после родов путем замены грудного вскармливания ребенка ВИЧ-инфицированной матери на искусственное.

8.1.2.8. По желаниюинфицированной ВИЧ женщины ей может быть оказана помощь по профилактике нежелательной беременности.

8.1.3. Меры в отношении восприимчивого контингента

8.1.3.1. Контактными лицами при ВИЧ-инфекции считаются лица, имевшие возможность инфицироваться исходя из известных механизмов, путей и факторов передачи возбудителя инфекции. Установление максимально полного круга лиц, имевших контакты с ВИЧ-инфицированным, позволяет информировать о методах и способах защиты от заражения ВИЧв ходе дотестового консультирования и обследования на ВИЧ-инфекцию.

8.1.3.2. Обучение безопасному поведению в плане заражения ВИЧ-инфекцией является основной мерой профилактики ВИЧ-инфекции среди контактных лиц и населения.

8.1.3.3. Проведение превентивной химиопрофилактики. Для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения ВИЧ-инфекцией,назначают антиретровирусные препараты, в том числе: новорожденным ВИЧ-инфицированных матерей, медработникам и другим лицам, пострадавшим при оказании помощи ВИЧ-инфицированным лицам, гражданам в отношении которых, имеются основания полагать наличие контакта, повлекшего риск инфицирования ВИЧ.

8.2. Профилактика внутрибольничного инфицирования ВИЧ

8.2.1. Основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией является соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями (САНПИН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», зарегистрированного в Минюсте России 9 августа 2010 г. № 18094). Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

8.2.2. Контроль и оценка состояния противоэпидемического режима в ЛПО проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

8.2.2.1. В целях профилактики внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции необходимо обеспечить:

8.2.2.1.1. Соблюдениеустановленных требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации изделий медицинского назначения, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в ЛПО.

8.2.2.1.2. Оснащение необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современным атравматическим медицинским инструментарием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты (специальная одежда, перчатки и т. д.) в соответствии с нормативно-методическими документами. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

8.2.2.1.3. При подозрении на случай внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией в ЛПО проводится комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий:

8.2.2.1.4. Внеплановое санитарно-эпидемиологического расследование проводится с целью выявления источника, факторов передачи, установления круга контактных лиц, как среди персонала, так и среди пациентов, находившихся в равных условиях с учетом риска возможного инфицирования, и реализации комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях ЛПО.

8.3. Профилактика профессионального инфицирования ВИЧ

С целью профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией проводится:

8.3.1. Комплекс мероприятий по профилактике аварийных ситуаций при выполнении различных видов работ.

8.3.2 Учет случаев получения при исполнении профессиональных обязанностей травм, микротравм персоналом ЛПО, других организаций, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые.

8.3.3.При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией.

8.3.3.1. Действия медицинского работника при аварийной ситуации:

–в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 %-м спиртом, смазать ранку 5 %-м спиртовым раствором йода;

–при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70 %-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70 %-м спиртом;

–при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70 % раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);

–при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

–как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

8.3.3.2. Необходимо в возможнокороткие сроки после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения и контак-

тировавшее с ним лицо. Обследование на ВИЧ потенциального источника ВИЧ-инфекции и контактировавшего лица проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в ИФА. Образцы плазмы (или сыворотки) крови человека, являющегося потенциальным источником заражения, и контактного лица, передают для хранения в течение 12 месяцев в центр СПИД субъекта Российской Федерации.

Пострадавшего и лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, ИППП, воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, других заболеваний, провести консультирование относительно менее рискованного поведения.Если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он антиретровирусную терапию.Если пострадавшая – женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить, не кормит ли она грудью ребенка. При отсутствии уточняющих данных постконтактную профилактику начинают немедленно, при появлении дополнительной информации схема корректируется.

8.3.3.3. Проведение постконтактной профилактики заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами:

8.3.3.3.1. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов.

8.3.3.3.2. Стандартная схема постконтактной профилактики заражения ВИЧ – лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин. При отсутствии данных препаратов для начала химиопрофилактикимогут использоваться любые другие антиретровирусные препараты; если невозможно сразу назначить полноценную схему ВААРТ, начинается прием одного или двух имеющихся в наличии препаратов. Использование невирапина и абакавира возможно только при отсутствии других препаратов. Если единственным из имеющихся препаратов является невирапин, должна быть назначена только одна доза препарата – 0,2 г (повторный его прием недопустим), затем при поступлении других препаратов назначается полноценная химиопрофилактика. Если химиопрофилактика начата с использованием абакавира, следует как можно быстрее провести исследование на реакцию гиперчувствительности к нему или провести замену абакавира на другой НИОТ.

8.3.3.3.3. Оформление аварийной ситуации проводится в соответствии с установленными требованиями:

–сотрудники ЛПО должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения,его заместителю или вышестоящему руководителю;

– травмы, полученные медработниками, должны учитываться в каждом ЛПО и актироваться как несчастный случай на производстве с составлением Акта о несчастном случае на производстве;

–следует заполнить Журнал регистрации несчастных случаев на производстве;

–необходимо провести эпидрасследование причины травмы и установить связь причины травмы с исполнением медработником служебных обязанностей;

8.3.3.3.4. Все ЛПО должны быть обеспечены или иметь при необходимости доступ к экспресс-тестам на ВИЧ и антиретровирусным препаратам. Запас антиретровирусных препаратов должен храниться в любом ЛПО по выбору органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, но с таким расчетом, чтобы обследование и лечение могло быть организовано в течение 2 часов после аварийной ситуации. В уполномоченном ЛПО должен быть определен специалист, ответственный за хранение антиретровирусных препаратов, место их хранения с доступом, в том числе, в ночное время и выходные дни.

8.4. Профилактика инфицирования ВИЧ при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей и при искусственном оплодотворении

8.4.1. Профилактика посттрансфузионного инфицирования ВИЧ,инфицирования ВИЧ при пересадке органов и тканей и при искусственном

оплодотворении включает мероприятия по обеспечению безопасности при заборе, заготовке, хранению донорской крови и ее компонентов, органов и тканей, а такжепри использовании донорских материалов.

8.4.2. Заготовка донорской крови и ее компонентов, органов и тканей.

8.4.2.1. Доноры крови, компонентов крови, органов и тканей (в том числе спермы) допускаются к взятию донорского материала после изучения документов и результатов медицинского обследования, подтверждающих возможность донорства и его безопасность для медицинского применения.

8.4.2.2. При проведении мероприятий по пропаганде донорства плазмы крови необходимо проводить разъяснения о необходимости повторного обследования донора через 6 месяцев после донации.

8.4.2.3. Безопасность донорской крови, ее компонентов, донорских органов и тканей подтверждается отрицательными результатами лабораторного исследования образцов крови доноров, взятых во время каждого забора донорского материала, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВИЧ, с использованием иммунологических и молекулярно-биологических методов.

8.4.2.4. Отбор образцов донорской крови для определения маркеров гемотрансмиссивных инфекций производится во время процедуры донации крови и компонентов крови непосредственно из системы с кровью (без нарушения целостности системы) или специального контейнера-спутника для проб, имеющегося в составе этой системы, в вакуумсодержащие (вакуумообразующие) одноразовые пробирки, соответствующие применяемым методикам исследований. При заборе органов и тканей (в том числе спермы) отбор образцов крови доноров для определения маркеров гемотрансмиссивных инфекций производится параллельно процедуре забора донорского материала (при каждой сдаче донорского материала).

8.4.2.5. При исследовании образца крови донора проводится одновременное определение наличия антител к ВИЧ-1, 2 и антигена ВИЧ р24. Первое иммунологическое исследование (ИФА) проводится в единичной постановке. При получении положительного результата анализа соответствующее исследование (ИФА) повторяется два раза с использованием реагентов, применяемых при первой постановке. В случае получения хотя бы одного положительного результата при повторном тестировании на маркеры ВИЧ донорский материал утилизируют, образец направляют на референс-исследование.

8.4.2.6. Запрещается для повторногоанализа сероположительных образцов крови использовать тест-системы с меньшей чувствительностью и специфичностью, а также тест-системы или методы более низкого поколения, чем использовались в первичном анализе.

8.4.2.7. Молекулярно-биологические исследования (ПЦР, № АТ) проводятся дополнительно к обязательным иммунологическим исследованиям (ИФА) на маркеры гемотрансмиссивных инфекций в соответствии с требованиями нормативной документации и имеют вспомогательное значение.

8.4.2.8. Первое молекулярно-биологическое исследование проводится в единичной постановке. При получении положительного результата анализа соответствующее исследование повторяется два раза с использованием реагентов, применяемых при первой постановке. В случае получения хотя бы одного положительного

результата при повторном тестировании образец донорской крови признается положительным, донорский материал утилизируют.

8.4.2.9. Учреждения здравоохранения, заготавливающие донорскую кровь и ее компоненты, обязаны развивать систему надлежащей производственной практики, гарантирующей качество, эффективность и безопасность компонентов крови, включая применение современных методов выявления маркеров ВИЧ-1,2 и вирусных гепатитов и участие в системе внешнего контроля качества.

8.4.2.10. Донорскую кровь и ее компоненты передают в медицинские учреждения для трансфузий только после повторного (не менее чем через 6 месяцев) обследования донора на наличие маркеров вирусов ВИЧ-1,2 и других гемотрансмиссивных инфекций для исключения возможности не выявления инфицирования в период серонегативного окна (карантин). Карантинизация свежезамороженной плазмы осуществляется на срок не менее 180 суток с момента замораживания при температуре ниже минус 25°С. По истечении срока карантинизации свежезамороженной плазмы проводится повторное обследование состояния здоровья донора и лабораторное исследование крови донора с целью исключения наличия в ней возбудителей гемотрансмиссивных инфекций.

8.4.2.11. Компоненты крови с малым сроком годности (до 1 месяца) должны забирать от кадровых (повторных) доноров и использовать в период срока годности. Их безопасность должна дополнительно подтверждаться ПЦР и другими методами № АТ-технологии. В качестве объекта исследования в этом случае используется плазма крови (сыворотка) от той же и следующей донации.

8.4.2.12. В качестве дополнительной меры, повышающей вирусную безопасность крови и ее компонентов, не заменяя их, допускается применение методов инактивации патогенных биологических агентов.

8.4.2.13. Не соответствующие требованиям безопасности или неиспользованные донорская кровь и ее компоненты изолируются и подвергаются утилизации, включающей обеззараживание дезинфицирующими растворами или применение физических методов дезинфекции с помощью оборудования, разрешенного для этих целей в установленном порядке, а также удаление образовавшихся отходов.

8.4.2.14. Данные о донорах крови и ее компонентов, процедурах и операциях, выполняемых на этапах заготовки, переработки, хранения донорской крови и ее компонентов, а также о результатах исследования донорской крови и ее компонентов регистрируются на бумажном и (или) электронном носителях. Регистрационные данные хранятся в течение 30 лет и должны бытьдоступны для контроля со стороны регуляторных органов.

8.4.3.При получении организацией донорства крови и ее компонентов информации о возможном заражении реципиента гемотрансмиссивными инфекциями необходимо установить донора (доноров), от которого могло произойти заражение, и принять меры для предотвращения использования донорской крови или ее компонентов, полученных от этого донора (доноров).

8.4.3.1. В случае получения информации о возможном заражении реципиента гемотрансмиссивными инфекциями проводится анализ предыдущих случаев донаций за период не менее 12 месяцев, предшествующих последней донации, повторно анализируется документация, а организация, осуществляющая переработку крови (плазмы), оценивает необходимость отзыва изготовленных продуктов крови, принимая во внимание вид заболевания, интервал времени между донацией и исследованием крови и характеристику продукта.

8.4.4. При производстве препаратов крови безопасность донорской крови в соответствии с общими принципами подтверждается отрицательными результатами лабораторного исследования образцов крови доноров, взятых во время каждого забора донорского материала, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВИЧ, с использованием иммунологических и молекулярно-биологических методов.

8.4.4.1. Дополнительно при переработке плазмы для получения препаратов крови необходимо исследовать плазму, объединенную в технологическую загрузку, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций.

8.4.4.2. На всех этапах производства должны быть обеспечены меры по прослеживанию донаций плазмы крови, включенных в котловую загрузку, отходы производства (утилизируемые или передаваемые на другие производства) и готовое лекарственное средство.

8.4.4.3. Вся забракованная при входном контроле плазма для фракционирования подлежит обязательной утилизации.

8.4.5. Проведение переливаний донорской крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей и искусственного оплодотворения.

8.4.5.1. Запрещается переливание донорской крови и ее компонентов, пересадка органов и тканей и искусственное оплодотворение от доноров, не обследованных на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВИЧ, с использованием иммунологических и молекулярно-биологических методов.

8.4.5.2. Врач, назначающий гемотрансфузии продуктов крови, должен разъяснить больному или его родственникам существование потенциального риска передачи вирусных инфекций, включая ВИЧ при гемотрансфузии.

8.4.5.3. Все манипуляциипо введению гемотрансфузионных сред и препаратов крови должны проводить в соответствии с инструкциями по применению и другими нормативными документам.

8.4.5.4. Запрещается введение гемотрансфузионных сред и препаратов из крови человека из одной упаковки более чем одному пациенту.

8.4.6. В случае переливания донорской крови, ее компонентов, пересадки донорских органов и тканей от инфицированного ВИЧ донора немедленно (но не позднее 72 часов после переливания/пересадки) необходимо провести постконтактную химиопрофилактику заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами.

8.5. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции

8.5.1. Выявление ВИЧ-инфекции у беременной женщины является показанием к проведению профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

8.5.2. Заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери возможно во время беременности, особенно на поздних сроках (после 30 недель), во время родов и при грудном вскармливании.

8.5.3. Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20–40 %.

8.5.4. Применение превентивных медицинских вмешательств позволяет снизить риск инфицирования ребенка от матери до 1–2 % даже на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

8.5.5. Максимальная эффективность профилактических мероприятий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, достигается снижением вирусной нагрузки в крови матери до неопределяемого уровня (во время беременности и родов) и предотвращением контакта ребенка с биологическими жидкостями матери (во время и после родов – кровь, вагинальное отделяемое, грудное молоко).

8.5.6. Для сниженияколичества вируса в крови беременной необходимо провести консультирование и назначить антиретровирусные препараты.

8.5.7. В целях предотвращения контакта крови и других тканей матери и ребенка необходимо:

8.5.7.1. Проводить родоразрешение при вирусной нагрузке у матери более 1.000 копий РНК ВИЧ/мл плазмы, или, если она неизвестна, путем планового кесарева сечения: по достижении 38-й недели беременности, до начала родовой деятельности и излития

околоплодных вод. При естественных родах сократить безводный период до 4–6 часов.

8.5.7.2. Мотивировать инфицированную ВИЧ женщину на отказ от грудного вскармливания новорожденного и прикладывания к груди.

8.5.8. Медикаментозная профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (химиопрофилактика) заключается в назначении антиретровирусных препаратов матери и ребенку. Антиретровирусные препараты (АРВП) назначаются женщине с 26–28-й недели беременности (если у женщины нет показаний для назначения постоянной антиретровирусной терапии), во время родов и ребенку после рождения.

8.5.8. 1. Показанияк назначению АРВП у женщины и ребенка:

– наличие ВИЧ-инфекции у беременной;

– положительный результат тестирования на антитела к ВИЧ у беременной, в том числе с использованием экспресс-тестов;

– эпидемиологические показания у беременной (при отрицательном

результате обследования на ВИЧ и наличии риска заражения ВИЧ в последние 12 недель).

8.5.8.2. Для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов назначается схема из трех антиретровирусных препаратов: 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы + 1 ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы или 1 бустированный ингибитор протеазы. В процессе химиопрофилактики антиретровирусными препаратами осуществляется комплексный контроль эффективности и безопасности терапии по стандартной схеме.

8.5.8.3. Химиопрофилактика назначается всем детям инфицированных ВИЧ матерей с первых часовжизни, но не позднее 72 часов после рождения или с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены). Выбор схемы антиретровирусной профилактики у ребенка определяется полнотой проведения и качеством химиопрофилактики у матери во время беременности, схема включает 1 или 3 препарата.

8.6. Профилактика ВИЧ-инфекции в организациях бытового обслуживания

8.6.1. Профилактика ВИЧ-инфекции в организациях бытового облуживания (парикмахерских, маникюрных, педикюрных, косметологических салонах, кабинетах и др.), независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, обеспечивается в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.2. 2631–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию и режиму работы организаций коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги», зарегистрированного Министерством юстиции Российской Федерации 06.07.2010, регистрационный номер 17694.

8.6.2. Организация и проведение производственного контроля возлагается на руководителя организации.

IX. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

9.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из основных методов профилактики ВИЧ-инфекции. Ни одно мероприятие по отдельности не может предотвратить или остановить эпидемию ВИЧ-инфекции в регионе. Должна проводиться комплексная, адресная программа профилактики, лечения и ухода для различных групп населения.

9.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: предоставление населению подробной информации о ВИЧ-инфекции, мерах неспецифической профилактики ВИЧ-инфекции, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших лиц, необходимостью взятия их на диспансерный учет и других мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной работы, направленной на формирование поведения, менее опасного в отношении заражения ВИЧ.

9.3. Обучение населения должно включать освещение всех подходов безопасного и менее опасного поведения в плане заражения ВИЧ-инфекцией: безопасности сексуального поведения, безопасности парентеральных вмешательств, профессиональной безопасности.

9.4. Профилактическую работу среди населения проводят органы и учреждения Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, органы и учреждения здравоохранения, в том числе: центры по профилактике и борьбы со СПИД, наркологические диспансеры и наркологические реабилитационные центры, кожно-венерологические диспансеры, женские консультации и перинатальные центры, центры медицинской профилактики, центры здоровья, работодатели, неправительственные и другие организации под методическим руководством центра СПИД.

9.5. ЛПО, независимо от ведомственного подчинения, должны иметь в доступном для больных и посетителей месте наглядную агитацию по предупреждению заражения ВИЧ, предупреждению потребления наркотиков, информацию о деятельности медицинских учреждений и общественных организаций, оказывающих помощь инфицированным ВИЧ людям, употребляющим психоактивные вещества, лицам, оказывающим сексуальные услуги за плату, жертвам насилия, и номера телефонов доверия.

9.6. Учебные программы образовательных учреждений (муниципальные образовательные учреждения, высшие учебные заведения, средние специальные учебные заведения, учреждения начальной профессиональной подготовки, профессиональные училища) должны включать вопросы профилактики ВИЧ-инфекции.

9.7. Необходимо обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции на рабочем месте.

9.8. Необходимо обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском заражения ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами, работники коммерческого секса).

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ, ВЫЗЫВАЕМОМ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)

(ПРИВЕДЕН С СОКРАЩЕНИЯМИ)

УТВЕРЖДЕН
ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 8 НОЯБРЯ 2012 Г. № 689Н

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (далее соответственно – медицинская помощь, больные ВИЧ-инфекцией), в медицинских организациях.

2. Медицинская помощь оказывается в рамках:

скорой медицинской помощи;

первичной медико-санитарной помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

паллиативной помощи.

3. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1 – 15 к настоящему Порядку.

4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией с травмами, острыми заболеваниями и состояниями оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи реанимационного или нейрохирургического профилей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 ноября 2004 г., регистрационный № 6136) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 г., регистрационный № 18289), от 15 марта 2011 г. № 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г., регистрационный № 20390) и от 30 января 2012 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 г., регистрационный № 23472).

5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией оказывается в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

6. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний больные ВИЧ-инфекцией переводятся в инфекционное отделение (койки) медицинской организации для оказания медицинской помощи.

7. При оказании скорой медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в случае необходимости осуществляется их медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

8. Первичная медико-санитарная помощь больным ВИЧ-инфекцией предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению, направленному на изменение поведения больных ВИЧ-инфекцией, с целью обеспечения предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

9. Первичная медико-санитарная помощь больным ВИЧ-инфекцией предусматривает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.

10. В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется:

выявление показаний к обследованию на ВИЧ-инфекцию;

назначение обследования на ВИЧ-инфекцию с обязательным проведением до-и послетестового консультирования;

направление больного с подозрением на ВИЧ-инфекцию к врачу-инфекционисту центра профилактики и борьбы со СПИД (далее – Центр СПИД).

11. При направлении больного к врачу-инфекционисту врач, направляющий пациента, представляет выписку из амбулаторной карты (истории болезни) с указанием диагноза, сопутствующих заболеваний и имеющихся данных лабораторных и функциональных исследований.

12. Первичная медико-санитарная помощь больным ВИЧ-инфекцией оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), врачами-инфекционистами, а также врачами-специалистами иных специальностей и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в медицинских организациях, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь.

При оказании первичной медико-санитарной помощи больным ВИЧ-инфекцией врач-инфекционист:

устанавливает диагноз ВИЧ-инфекции;

осуществляет диспансерное наблюдение на основе установленных стандартов медицинской помощи;

проводит антиретровирусную терапию на основании решения врачебной комиссии Центра СПИД;

проводит профилактику, диагностику и лечение вторичных заболеваний;

проводит диагностику и лечение побочных реакций, развивающихся на фоне антиретровирусной терапии;

осуществляет профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов.

13. Оказание больным ВИЧ-инфекцией медицинской помощи при заболеваниях, не связанных с ВИЧ-инфекцией, проводится соответствующими врачами-специалистами с учетом рекомендаций врачей-инфекционистов.

14. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией оказывается врачами-инфекционистами на основе установленных стандартов медицинской помощи в отделениях для лечения больных ВИЧ-инфекцией медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «инфекционные заболевания».

При отсутствии в медицинской организации отделения для лечения больных ВИЧ-инфекцией оказание специализированной медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях на базе инфекционного отделения, имеющего в своем составе выделенные койки для лечения больных ВИЧ-инфекцией.

15. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Мини-

стерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г., регистрационный № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный № 7115).

16. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164).

17. Специализированная помощь больным ВИЧ-инфекцией в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «инфекционные заболевания», осуществляется после направления больного в соответствующую медицинскую организацию врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающей амбулаторную помощь, а также при самостоятельном обращении больного ВИЧ-инфекцией.

18. Специализированная помощь больным ВИЧ-инфекцией включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

19. При наличии медицинских показаний лечение больных ВИЧ-инфекцией проводят с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009 г., регистрационный № 14032), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. № 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 г., регистрационный № 20144).

20. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях больным ВИЧ-инфекцией осуществляется по медицинским показаниям (тяжелое и средне тяжелое течение ВИЧ-инфекции; необходимость дополнительных клинических, лабораторных и инструментальных исследований для проведения дифференциальной диагностики; отсутствие клинического эффекта от проводимой терапии в амбулаторных условиях и при наличии эпидемических показаний).

21. Лечение больных ВИЧ-инфекцией в стационарных условиях осуществляется по направлению участкового врача, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших заболевание, требующее оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

22. В медицинской организации, в структуре которой организовано инфекционное отделение для оказания специализированной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, рекомендуется предусматривать отделение анестезиологии и реанимации или палату (блок) реанимации и интенсивной терапии, клинико-диагностическую, бактериологическую, вирусологическую, иммунологическую лаборатории и лабораторию молекулярно-генетической диагностики возбудителей инфекционных болезней.

23. В медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией в стационарных условиях, должна быть предусмотрена возможность проведения в экстренном порядке клинических анализов крови и мочи, биохимического анализа крови, газового состава крови, кислотно-щелочного соотношения, коагулограммы, электрокардиографии, рентгенографии, эзофагогастродуоденоскопии, искусственной вентиляции легких.

24. При выявлении у больного ВИЧ-инфекцией, находящегося на стационарном лечении, показаний к направлению в отделение для лечения больных ВИЧ-инфекцией, перевод осуществляется только после консультации врача-инфекциониста и при стабильном состоянии пациента.

25. При выявлении у больного ВИЧ-инфекцией заболеваний, не требующих лечения в отделении для лечения больных ВИЧ-инфекцией (в том числе гематологического, онкологического заболевания или туберкулеза), лечение и наблюдение больного ВИЧ-инфекцией осуществляется в профильных отделениях или стационарах, имеющих в своем составе выделенные койки для лечения больных ВИЧ-инфекцией, на основе взаимодействия врачей-специалистов с врачом-инфекционистом.

При отсутствии выделенных коек для лечения больных ВИЧ-инфекцией наблюдение и лечение соответствующей патологии осуществляется в профильных медицинских организациях на общих основаниях.

26. При выявлении у больного ВИЧ-инфекцией медицинских показаний к высокотехнологичным методам лечения медицинская помощь оказывается ему в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи на общих основаниях.

27. Медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией с жизнеугрожающими острыми состояниями осуществляется (вне зависимости от стадии ВИЧ-инфекции) в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций на основе утвержденных стандартов медицинской помощи и на основе взаимодействия врача-реаниматолога и врача-инфекциониста.

28. Паллиативная помощь больным ВИЧ-инфекцией осуществляется в отделениях и палатах паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией на основе установленных стандартов медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю.

При отсутствии отделений и палат паллиативной помощи для лечения больных ВИЧ-инфекцией они могут быть направлены в хоспис, больницу сестринского ухода и в медицинские организации, обеспечивающие паллиативную помощь больным с наличием морфологически подтвержденного диагноза распространенной формы злокачественного образования, тяжелых необратимых неврологических нарушений и тяжелого хронического болевого синдрома.

Приложение № 1
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболевании, вызываемом вирусом
иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 ноября 2012 г. № 689н

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА ПО РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

1. Настоящие Правила определяют порядок организации деятельности кабинета врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией (далее - Кабинет).

2. Кабинет является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

3. На должность врача-инфекциониста Кабинета назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2009 г., регистрационный № 14292), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1644н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 апреля 2012 г., регистрационный № 23879), по специальности «инфекционные болезни», прошедший повышение квалификации по вопросам диагностики, лечения и профилактики «ВИЧ-инфекция».

4. Структура и штатная численность Кабинета устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой создан Кабинет, с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 2 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденному настоящим приказом.

5. В Кабинете рекомендуется предусматривать помещение для приема больных ВИЧ-инфекцией и процедурную.

6. Оснащение Кабинета осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденному настоящим приказом.

7. Кабинет осуществляет следующие функции:

оказание медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией на основе стандартов медицинской помощи;

выполнение рекомендаций врачей Центров профилактики и борьбы со СПИД по лечению и диспансерному наблюдению больных ВИЧ-инфекцией;

оказание методической и консультативной помощи врачам общей практики (семейным врачам) с целью выявления больных группы риска по ВИЧ-инфекции, а также членам семей и половым партнерам больных ВИЧ-инфекцией;

обеспечение выполнения рекомендаций специалистов Центров СПИД по лечению и диспансерному наблюдению больных ВИЧ-инфекцией;

направление больных ВИЧ-инфекцией при наличии медицинских показаний на стационарное лечение;

организация забора анализов у больных ВИЧ-инфекцией для проведения лабораторных исследований с доставкой материала в клинико-диагностические, бактериологическую, вирусологические, иммунологические лаборатории и лабораторию молекулярно-генетической диагностики возбудителей инфекционных болезней;

направление при наличии медицинских показаний на консультацию к врачам-специалистам;

осуществление диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией;

оказание методической помощи медицинским работникам образовательных организаций по вопросам осуществления профилактических и диагностических мероприятий по ВИЧ-инфекции;

участие в проведении анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, а также инвалидности и смертности по причине ВИЧ-инфекции на обслуживаемой территории;

организация и проведение санитарно-просветительной работы среди больных ВИЧ-инфекцией, их половых партнеров и членов семей;

ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности Кабинета.

Приложение № 2
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболевании, вызываемом вирусом
иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 ноября 2012 г. № 689н

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ КАБИНЕТА ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА ПО РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Наименование должности	Количество штатных единиц
Врач-инфекционист	1 на 1000 зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией или 500 больных ВИЧ-инфекцией, находящихся на диспансерном учете
Медицинская сестра	1 на 1 должность врача-инфекциониста
Санитар	1 на 1 должность врача-инфекциониста (для уборки помещений)

Примечания:
1. Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.
2. Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество должностей кабинета врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией устанавливается исходя из меньшей численности больных ВИЧ-инфекцией.
3. Для организаций и территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 35, ст. 3774; № 49, ст. 5267; № 52, ст. 5614; 2008, № 11, ст. 1060; 2009, № 14, ст. 1727; 2010, № 3, ст. 336; № 18, ст. 2271; 2011, № 16, ст. 2303; № 21, ст. 3004; № 47, ст. 6699; № 51, ст. 7526; 2012, № 19, ст. 2410) количество должностей врача-инфекциониста устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного населения.

Приложение № 3
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболевании, вызываемом вирусом
иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 ноября 2012 г. № 689н

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА ПО РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

1. Стандарт оснащения помещения для приема больных ВИЧ-инфекцией кабинета врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией

Наименование	Количество, шт.
Автоматизированное рабочее место (компьютер, принтер, блок бесперебойного питания, аппарат телефонной и факсимильной связи, модем)	1
Стол рабочий	2
Кресло рабочее	2
Стул	2
Кушетка медицинская	1
Шкаф для медицинской документации	2
Шкаф для хранения лекарственных средств	1
Шкаф платяной	1
Настольная лампа	1
Лампа для осмотра полости рта (фонарик)	1
Шкаф платяной	2
Тонометр	1
Термометр медицинский	1
Ширма	1
Весы	1
Ростомер	1
Фонендоскоп	1
Шпатель одноразовый	по требованию
Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	1
Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов	2
Полотенцедержатель	1
Бактерицидная установка рециркуляторного типа	1

2. Стандарт оснащения процедурной кабинета врача-инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией

Наименование	Количество, шт.
Стол рабочий	2
Стул	2
Кушетка медицинская	1
Шкаф для хранения медицинских инструментов	1
Шкаф для хранения лекарственных средств	1
Холодильник	1
Стерилизатор медицинский	2
Бактерицидная установка рециркуляторного типа	1
Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	1
Емкость для дезинфекции инструментария и расходных	
материалов	2
Очки защитные	1
Система для внутривенных вливаний (одноразовая)	5
Аптечка АНТИСПИД	1
Противошоковая аптечка	1
Диспенсер с антисептическим мылом и антисептиком	1

Приложение № 10
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболевании, вызываемом вирусом
иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 ноября 2012 г. № 689н

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ АНОНИМНОГО

1. Настоящие Правила определяют порядок организации деятельности кабинета психосоциального консультирования и бесплатного добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию, в том числе анонимного (далее – Кабинет).

2. Кабинет создается в качестве структурного подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных и (или) стационарных условиях.

3. На должность врача Кабинета назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н, по специальности «Инфекционные болезни», «Дерматовенерология», «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», «Сексология», «Терапия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)»,

требованиям, предъявляемым разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденного приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г. № 18247), а также прошедший повышение квалификации по вопросам диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

4. В структуре Кабинета рекомендуется предусматривать кабинет врача и процедурный кабинет.

5. Штатная численность Кабинета устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой создан Кабинет, исходя из объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 11 к Порядку оказания помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденному настоящим приказом.

6. Оснащение Кабинета осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 12 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденному настоящим приказом.

7. Кабинет осуществляет следующие функции:

психосоциальное консультирование и консультирование, включающее вопросы профилактики ВИЧ-инфекции, до взятия крови для исследования на ВИЧ;

исследование крови на наличие в ней антител к ВИЧ и психосоциальное консультирование обследуемого лица после получения результата исследования;

направление обследованного лица в центр СПИД в случае выявления положительного результата анализа;

информирование населения о принципах здорового образа жизни (включая сексуальное поведение) с целью профилактики заражения ВИЧ-инфекцией;

оказание психологической поддержки лицам, обратившимся за помощью в Кабинет.

Приложение № 11
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболевании, вызываемом вирусом
иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 ноября 2012 г. № 689н

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ КАБИНЕТА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ АНОНИМНОГО

Наименование должности	**Количество штатных единиц**
Врач-специалист или медицинский психолог	1
Медицинская сестра	2
Санитарка	1

Приложение № 12
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболевании, вызываемом вирусом
иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 ноября 2012 г. № 689н

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ АНОНИМНОГО

1. Стандарт оснащения кабинета врача кабинета психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию, в том числе анонимного

Наименование	Количество, шт.
Стол	1
Кушетка медицинская	1
Шкаф платяной	1
Шкаф для медицинской документации	1
Компьютер и принтер	1
Стетофонендоскоп	1
Измеритель артериального давления	1
Облучатель бактерицидный	1
Диспенсер с антисептическим мылом и антисептиком	1

2. Стандарт оснащения процедурного кабинета кабинета психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию, в том числе анонимного

Наименование	Количество, шт.
Измеритель артериального давления	2
Облучатель бактерицидный или установка ксеноновая ультрафиолетовая	2
Светильник бестеневой медицинский передвижной	2
Кресло для забора крови	1
Стетофонендоскоп	2
Кушетка	1
Шкаф для медикаментов	3
Столик манипуляционный с принадлежностями	2
Стол	1
Ширма	1
Холодильник	1
Штатив в/в	1
Диспенсер для мыла и антисептиков	4
Контейнер дезинфекционный	2
Шкаф для спецодежды	1

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)»

(ПРИВЕДЕН С СОКРАЩЕНИЯМИ)

УТВЕРЖДЕН
ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ «01» НОЯБРЯ 2012 Г. № 572Н

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

2. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности.

VI. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

51. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется в соответствии с разделами I и III настоящего Порядка.

52. Лабораторное обследование беременных женщин на наличие в крови антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) проводится при постановке на учет по беременности.

53. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщинам, планирующим сохранить беременность, проводят повторное тестирование в 28–30 недель. Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества и (или) вступали в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется обследовать дополнительно на 36 неделе беременности.

54. Молекулярно-биологическое обследование беременных на ДНК или РНК ВИЧ проводится:

а) при получении сомнительных результатов тестирования на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами (иммуноферментный анализ (далее ИФА) и иммунный блоттинг);

б) при получении отрицательных результатов теста на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами в случае, если беременная женщина относится к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление наркотиков внутривенно, незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в течение последних 6 месяцев).

55. Забор крови при тестировании на антитела к ВИЧ осуществляется в процедурном кабинете женской консультации с помощью вакуумных систем для забора крови с последующей передачей крови в лабораторию медицинской организации с направлением.

56. Тестирование на антитела к ВИЧ сопровождается обязательным дотестовым и послетестовым консультированием.

Послетестовое консультирование проводится беременным женщинам независимо от результата тестирования на антитела к ВИЧ и включает обсуждение следующих вопросов: значение полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ-инфекцией; рекомендации по дальнейшей тактике тестирования; пути передачи и способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией; риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекци от матери ребенку, доступные для беременной женщины с ВИЧ-инфекцией; возможность проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ ребенку; возможные исходы беременности; необходимость последующего наблюдения матери и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников.

57. Беременных женщин с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ, врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и назначения химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ (антиретровирусной терапии).

Информация, полученная медицинскими работниками о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации, перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

58. Дальнейшее наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

При невозможности направления (наблюдения) беременной женщины в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации наблюдение осуществляет врач-акушер-гинеколог по месту жительства при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста Центра профилактики и борьбы со СПИД.

Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) антиретровирусной терапии и запрашивает из Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

59. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, назначенных специалистами Центра профилактики и борьбы со СПИД.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог женской консультации незамедлительно информирует Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации для принятия соответствующих мер.

60. В период диспансерного наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией рекомендуется избегать процедур, повышающих риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона и др.). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

61. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию, а также употреблявших в течение беременности психоактивные вещества внутривенно, или имевших незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия.

62. Тестирование роженицы на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применение антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

63. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского стационара медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку.

Исследование проводится в соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

Часть образца крови, взятого для проведения экспресс теста, направляется для проведения обследования на антитела к ВИЧ по стандартной методике (ИФА, при необходимости иммунный блот) в скрининговой лаборатории. Результаты этого исследования немедленно передаются в медицинскую организацию.

64. Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс тестов должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блот).

При получении положительного результата оставшаяся часть сыворотки или плазмы крови направляется в лабораторию Центра по профилактике и борьбе со СПИД субъекта Российской Федерации для проведения верификационного исследования, результаты которого немедленно передаются в акушерский стационар.

65. В случае получения положительного результата тестирования на ВИЧ в лаборатории Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации женщина с новорожденным после выписки из акушерского стационара направляется в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации для консультирования и дальнейшего обследования.

66. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ-инфекцию из Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации, решение о проведении профилактического курса антиретровирусной терапии передачи ВИЧ от матери ребенку принимается при обнаружении антител к ВИЧ с помощью экспресс-тест-систем. Положительный результат экспресс-теста является основанием только для назначения антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, но не для постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

67. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

68. Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации, при отсутствии рекомендаций в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

69. Профилактический курс антиретровирусной терапии во время родов в акушерском стационаре проводится:

а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;

б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;

в) при наличии эпидемиологических показаний:

невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;

наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с партнером с ВИЧ-инфекцией;

при отрицательном результате обследования на ВИЧ-инфекцию, если с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

70. Врачом-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4 часов.

71. При ведении родов через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25 % водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита – при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

72. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео (эпизио) томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

73. Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией проводится (при отсутствии противопоказаний) до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий:

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности) более или равна 1 000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

в) антиретровирусная химиопрофилактика не проводилась во время беременности (или проводилась в режиме монотерапии или ее продолжительность была менее 4 недель) или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

74. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом не рекомендуется его проводить при безводном промежутке более 4 часов.

75. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, в индивидуальном порядке, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

76. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ с помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в лабораторию Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации.

77. Антиретровирусная профилактика новорожденному назначается и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

78. Показаниями к назначению антиретровирусной профилактики новорожденному, рожденному от матери с ВИЧ-инфекцией, положительным результатом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ в родах, неизвестным ВИЧ-статусом в акушерском стационаре являются:

а) возраст новорожденного не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

б) при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) – период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

в) эпидемиологические показания:

неизвестный ВИЧ статус матери, употребляющей парентерально психоактивные вещества или имеющей половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером;

отрицательный результат обследования матери на ВИЧ-инфекцию, употребляющей парентерально в течение последних 12 недель психоактивные вещества или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией.

79. Новорожденному проводится гигиеническая ванна с раствором хлоргексидина (50 мл 0,25 % раствора хлоргексидина на 10 литров воды). При невозможности использовать хлоргексидин используется мыльный раствор.

80. При выписке из акушерского стационара врач-неонатолог или врач-педиатр подробно в доступной форме разъясняет матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, дальнейшую схему приема химиопрепаратов ребенком, выдает на руки антиретровирусные препараты для продолжения антиретровирусной профилактики в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами.

При проведении профилактического курса антиретровирусных препаратов методами экстренной профилактики, выписка из родильного дома матери и ребенка осуществляется после окончания профилактического курса, то есть не ранее 7 дней после родов.

В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации.

81. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливания новорожденного указываются (с кодом контингента) в медицинской документации матери и ребенка и передаются в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации, а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ ОТ 24 ДЕКАБРЯ 2012 Г. № 1511Н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ)

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией) согласно приложению.

МИНИСТР

В.И. СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 24 декабря 2012 г. № 1511н

СТАНДАРТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ)

Категория возрастная: взрослые
Пол: любой
Фаза: любая
Стадия: любая
Осложнения: вне зависмости от осложнений
Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи: плановая
Средние сроки лечения (количество дней): 365

Код по МКБ X*
Нозологические единицы

B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней

B21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокачественных новообразований

B22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других уточненных болезней

B23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний

B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная

Z21 Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	**Наименование медицинской услуги**	**Усредненный показатель частоты предоставления[1]**	**Усредненный показатель кратности применения**
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	0,35	1
B01.005.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	0,05	1
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	0,4	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	0,05	1
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный	1	1
B01.025.001	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	0,003	1
B01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	0,01	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	1	1
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1
B01.035.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	0,1	1
B01.036.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный	0,5	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
B01.055.001	Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный	0,3	1
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,05	1
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	0,05	1
B02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	1	1

[1] вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов, соответствующих данной модели, а цифры менее 1 – указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	**Наименование медицинской услуги**	**Усредненный показатель частоты предоставления**	**Усредненный показатель кратности применения**
A08.06.003	Гистологическое исследование препарата тканей лимфоузла	0,03	1
A08.06.005	Цитологическое исследование биоптатов лимфоузлов	0,03	1
A08.18.003	Гистологическое исследование препарата слизистой различных отделов толстой кишки	0,01	1
A08.20.011	Морфологическое исследование препарата тканей шейки матки	0,01	1
A09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	0,04	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,02	1
A09.05.033	Исследование уровня неорганического фосфора в крови	0,02	1
A09.05.207	Исследование уровня молочной кислоты в крови	0,01	1
A09.09.001	Микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты	0,1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,2	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	0,35	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.012	Исследование уровня кальция в моче	0,05	1
A09.30.011	Определение гликозилированного гемоглобина	0,05	1
A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	0,05	1
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	0,05	1
A12.06.001.002	Исследование CD4+ лимфоцитов	1	1
A12.06.001.003	Исследование CD8+ лимфоцитов	1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A12.06.013	Исследование антитромбоцитарных антител в крови	0,04	1
A12.26.002	Очаговая проба с туберкулином	0,9	1
A26.01.013	Микологическое исследование пунктата (биоптата) кожи на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,01	1
A26.01.015	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы	0,04	1
A26.01.018	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей	0,02	1
A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,01	1
A26.05.005	Микробиологическое исследование крови на грибы	0,01	1
A26.05.008	Бактериологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculesis).	0,005	1
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (Toxoplasma gondii)	0,01	1
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,1	1
A26.05.019	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus)	0,5	1
A26.05.020	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus)	0,01	1
A26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование плазмы крови на концентрацию РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	1	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.05.022	Молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	0,2	1
A26.05.023	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus)	0,001	1
A26.06.022	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	1	1
A26.06.035	Определение антигена к вирусу гепатита B (HBeAg Hepatitis B virus) в крови	0,01	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.038	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HBeAg Hepatitis B virus) в крови	0,01	1
A26.06.039	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HbcAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.043	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови	0,005	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1(Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.081	Определение антител к токсоплазме (Toxoplasma gondii) в крови	1	1
A26.07.006	Микологическое исследование соскоба полости рта на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,1	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,1	1
A26.08.009	Микологическое исследование носоглоточных смывов на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,1	1
A26.08.010	Микологическое исследование носоглоточных смывов на грибы рода аспергиллы (Aspergillus spp.)	0,01	1
A26.09.001	Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)	0,1	1
A26.09.002	Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)	0,04	1
A26.09.021	Микроскопическое исследование мазков мокроты на грибы рода аспергиллы (Aspergillus spp.)	0,005	1
A26.09.022	Микроскопическое исследование мазков мокроты на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,012	1
A26.09.023	Микроскопическое исследование мазков мокроты на криптококк (Cryptococcus neoformans)	0,008	1
A26.09.024	Микологическое исследование мокроты на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,012	1
A26.09.025	Микологическое исследование мокроты на грибы рода аспергиллы (Aspergillus spp.)	0,005	1
A26.09.026	Микологическое исследование мокроты на криптококк (Cryptococcus neoformans)	0,008	1
A26.19.012	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (Cryptosporidium parvum)	0,05	1
A26.19.015	Бактериологическое исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (Nesseria gonorrheeae)	0,05	1
A26.20.002	Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (Neisseria gonorrhoeae)	0,03	1
A26.20.009	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	0,35	1
A26.20.012	Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	0,35	1
B03.005.006	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	0,05	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.005	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	0,5	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1

Инструментальные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,01	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,05	1
A03.20.001	Кольпоскопия	0,2	1
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	0,2	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,05	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	0,35	1
A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	0,1	1
A04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевыводящих путей	1	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.02.001.016	Электродиагностика (определение электровозбудимости (функциональных свойств) периферических двигательных нервов и скелетных мышц)	0,05	1
A05.03.001	Магнитно- резонансная томография костной ткани (одна область)	0,004	1
A05.03.002	Магнитно- резонансная томография позвоночника (один отдел)	0,03	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,05	1
A05.23.009	Магнитно-резонансная томография головного мозга	0,05	1
A05.23.009.001	Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием	0,01	1
A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	0,02	1
A06.09.006	Флюорография легких	1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,3	1
A06.20.002	Компьютерная томография органов малого таза у женщин	0,03	1
A06.21.003	Компьютерная томография органов таза у мужчин	0,01	1
A06.30.005.001	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства	0,01	1
A11.01.001	Биопсия кожи	0,01	1
A11.01.009	Соскоб кожи	0,04	1
A11.06.002	Биопсия лимфатического узла	0,03	1
A11.06.003	Пункция лимфатического узла	0,04	1
A11.08.010	Получение материала из верхних дыхательных путей	0,1	1
A11.09.010	Получение материала из нижних дыхательных путей и легочной ткани	0,05	1
A11.20.011	Биопсия шейки матки	0,01	1
B03.027.015	Комплекс исследований для диагностики злокачественных новообразований шейки матки	0,005	1

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	**Наименование медицинской услуги**	**Усредненный показатель частоты предоставления**	**Усредненный показатель кратности применения**
B01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный	0,35	2
B01.005.002	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога повторный	0,03	2
B01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	0,1	1
B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	1	4
B01.015.002	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный	0,01	1
B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача- невролога повторный	0,1	2
B01.025.002	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный	0,001	2
B01.027.002	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога повторный	0,009	2
B01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	0,2	2
B01.029.002	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный	0,2	2
B01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный	0,03	2
B01.036.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога повторный	0,4	2
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	0,15	1
B01.055.002	Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра повторный	0,2	2
B01.058.002	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	0,01	1
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1	1

Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним (начальным) профессиональным образованием			
Код медицинской услуги	**Наименование медицинской услуги**	**Усредненный показатель частоты предоставления**	**Усредненный показатель кратности применения**
A11.01.002	Подкожное введение лекарственных препаратов	0,05	5
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных препаратов	0,02	10
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	0,05	2

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	**Наименование медицинской услуги**	**Усредненный показатель частоты предоставления**	**Усредненный показатель кратности применения**
A09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	0,01	2
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,02	3
A09.05.033	Исследование уровня неорганического фосфора в крови	0,02	3

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.207	Исследование уровня молочной кислоты в крови	0,02	3
A09.09.001	Микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты	0,03	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,01	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	0,35	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	3
A09.28.012	Исследование уровня кальция в моче	0,05	2
A09.30.011	Определение гликозилированного гемоглобина	0,05	3
A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	0,01	1
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	0,01	1
A12.06.001.002	Исследование CD4+ лимфоцитов	1	3
A12.06.001.003	Исследование CD8+ лимфоцитов	1	3
A12.06.013	Исследование антитромбоцитарных антител в крови	0,04	1
A12.26.002	Очаговая проба с туберкулином	0,9	1
A26.01.010	Микологическое исследование соскоба с кожи на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,005	1
A26.01.013	Микологическое исследование пунктата (биоптата) кожи на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,01	1
A26.01.015	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на грибы	0,01	1
A26.01.018	Микроскопическое исследование соскоба с кожи на клещей	0,005	1
A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,005	2
A26.05.005	Микробиологическое исследование крови на грибы	0,005	2
A26.05.008	Бактериологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculesis).	0,002	3
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (Toxoplasma gondii)	0,02	1
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,05	1
A26.05.019	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит C (Hepatitis C virus)	0,5	1
A26.05.020	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит B (Hepatitis B virus)	0,01	1
A26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование плазмы крови на концентрацию РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	1	4
A26.05.022	Молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	0,1	1
A26.05.023	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus)	0,001	1
A26.06.022	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	1	1
A26.06.035	Определение антигена к вирусу гепатита B (HBeAg Hepatitis B virus) в крови	0,01	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.038	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HBeAg Hepatitis B virus) в крови	0,01	1
A26.06.039	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HbcAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.043	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови	0,005	1
A26.06.081	Определение антител к токсоплазме (Toxoplasma gondii) в крови	0,01	1
A26.07.006	Микологическое исследование соскоба полости рта на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,03	1
A26.08.005	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,03	1
A26.08.009	Микологическое исследование носоглоточных смывов на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,02	1
A26.08.010	Микологическое исследование носоглоточных смывов на грибы рода аспергиллы (Aspergillus spp.)	0,005	1
A26.09.001	Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)	0,03	3
A26.09.002	Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)	0,02	1
A26.09.021	Микроскопическое исследование мазков мокроты на грибы рода аспергиллы (Aspergillus spp.)	0,001	1
A26.09.022	Микроскопическое исследование мазков мокроты на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,003	1
A26.09.023	Микроскопическое исследование мазков мокроты на криптококк (Cryptococcus neoformans)	0,002	1
A26.09.024	Микологическое исследование мокроты на грибы рода кандида (Candida spp.)	0,003	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.09.025	Микологическое исследование мокроты на грибы рода аспергиллы (Aspergillus spp.)	0,001	1
A26.09.026	Микологическое исследование мокроты на криптококк (Cryptococcus neoformans)	0,002	1
A26.19.012	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (Cryptosporidium parvum)	0,03	1
A26.19.015	Бактериологическое исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (Nesseria gonorrheeae)	0,05	1
A26.20.002	Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (Neisseria gonorrhoeae)	0,03	1
A26.20.009	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	0,35	1
A26.20.012	Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус папилломы человека (Papilloma virus)	0,35	1
B03.005.006	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	0,005	4
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	4
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	3
B03.016.005	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	0,2	3
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	3

Инструментальные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,01	1
A03.20.001	Кольпоскопия	0,1	1
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	0,05	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	2
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	0,05	1
A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	0,03	1
A04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевыводящих путей	1	1
A05.02.001.016	Электродиагностика (определение электровозбудимости (функциональных свойств) периферических двигательных нервов и скелетных мышц)	0,001	1
A05.03.002	Магнитно- резонансная томография позвоночника (один отдел)	0,01	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,05	1
A05.23.009	Магнитно-резонансная томография головного мозга	0,01	1
A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	0,01	1
A06.09.006	Флюорография легких	1	2
A06.09.007	Рентгенография легких	0,3	1
A06.20.002	Компьютерная томография органов малого таза у женщин	0,01	1
A06.21.003	Компьютерная томография органов таза у мужчин	0,005	1
A06.30.005.001	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства	0,01	1
A11.01.001	Биопсия кожи	0,01	1
A11.01.009	Соскоб кожи	0,01	1
A11.08.010	Получение материала из верхних дыхательных путей	0,03	1
A11.09.010	Получение материала из нижних дыхательных путей и легочной ткани	0,03	3
A11.19.010	Сбор кала для лабораторного исследования	0,03	1
A11.20.002	Получение цервикального мазка	0,45	1
A11.20.005	Получение влагалищного мазка	0,45	1

Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A16.01.020	Удаление контагиозных моллюсков	0,01	1

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A13.29.001	Психопатологическое обследование	0,1	1
A13.29.003	Психологическая адаптация	1	1
A13.29.006	Психологическое консультирование	1	1
A13.30.001	Обучение самоуходу	0,01	2
A13.30.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	0,01	4
B02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	0,1	2
B04.014.001	Школа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)	0,1	1

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
B03AB	Пероральные препараты трехвалентного железа		0,04			
		Железа [III] гидроксид полимальтозат		мг	100	36000
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные		0,04			
		Фолиевая кислота		мг	5	150
B03XA	Другие антианемические препараты		0,04			
		Эпоэтин альфа		МЕ	10000	80000
		Эпоэтин бета		МЕ	10000	80000
J01CR	Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз		0,03			
		Амоксициллин+[Клавулановая кислота]		г	3,6	18
J01DC	Цефалоспорины 2-го поколения		0,02			
		Цефуроксим		мг	1000	10000
J01EE	Комбинированные препараты сульфаниламидов и триметоприма, включая производные		0,2			
		Ко-тримоксазол		г	0,905	330,325
J01FA	Макролиды		0,11			
		Азитромицин		мг	500	3000
		Кларитромицин		мг	500	6000
		Эритромицин		мг	2000	14000
J01GB	Другие аминогликозиды		0,02			
		Амикацин		мг	1000	7000
J01MA	Фторхинолоны		0,04			
		Левофлоксацин		мг	500	5000
		Ципрофлоксацин		мг	1000	10000
J01XD	Производные имидазола		0,15			
		Метронидазол		мг	1000	10000
J02AA	Антибиотики		0,01			
		Нистатин		ЕД	4000000	56000000
J02AC	Производные триазола		0,2			
		Вориконазол		мг	100	2000
		Флуконазол		мг	200	2800
J04AB	Антибиотики		0,022			
		Рифабутин		мг	450	81000
		Рифампицин		мг	450	81000
J04AC	Гидразиды		0,02			
		Изониазид		мг	600	108000
J04AK	Другие противотуберкулезные препараты		0,035			
		Пиразинамид		мг	1500	270000
		Этамбутол		мг	1200	216000
J05AB	Нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы		0,13			
		Ацикловир		мг	1200	12000
		Валганцикловир		мг	1800	37800
J05AE	Ингибиторы ВИЧ-протеаз		0,808			
		Атазанавир		мг	300	109500
		Дарунавир		мг	1200	438000

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
		Индинавир		мг	1600	584000
		Лопинавир+Ритонавир		мг	250	2500
		Ритонавир		мг	200	73000
		Саквинавир		мг	2000	730000
		Фосампренавир		мг	1400	511000
J05AF	Нуклеозиды и нуклеотиды - ингибиторы обратной транскриптазы		1			
		Абакавир		мг	600	219000
		Диданозин		мг	400	146000
		Зидовудин		мг	600	219000
		Ламивудин		мг	300	109500
		Ставудин		мг	60	21900
		Тенофовир		мг	300	109500
		Фосфазид		мг	800	292000
J05AG	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		0,363			
		Невирапин		мг	400	146000
		Этравирин		мг	400	146000
		Эфавиренз		мг	600	219000
J05AX	Прочие противовирусные препараты		0,07			
		Ралтегравир		мг	800	292000
		Энфувиртид		мг	180	65700
J06BA	Иммуноглобулины нормальные человеческие		0,05			
		Иммуноглобулин человека нормальный		мг	1250	5000
L01DB	Антрациклины и родственные соединения		0,001			
		Даунорубицин		мг	70	350
L03AA	Колониестимулирующие факторы		0,01			
		Филграстим		млн. ЕД	30	150
V01AA	Экстракты аллергенов		0,9			
		Аллерген бактерий				
[Туберкулезный рекомбинантный]		мл	0,2	0,2		

* - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
** - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата
*** - средняя суточная доза
**** - средняя курсовая доза

Примечания:
1. Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата.
2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442)).
3. Граждане, имеющие в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 9, ст. 817; 2008, № 29, ст. 3410; № 52, ст. 6224; 2009, № 18, ст. 2152; № 30, ст. 3739; № 52, ст. 6417; 2010, № 50, ст. 6603; 2011, № 27, ст. 3880; 2012, № 31, ст. 4322) право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях обеспечиваются лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень лекарственных препаратов, в том числе перечень лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.09.2006 № 665 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27.09.2006, регистрационный № 8322), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.10.2007 № 651 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19.10.2007, регистрационный № 10367), от 27.08.2008 № 451н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10.09.2008, регистрационный № 12254), от 01.12.2008 № 690н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22.12.2008, регистрационный № 12917), от 23.12.2008 № 760н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2009, регистрационный № 13195) и от 10.11.2011 № 1340н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.11.2011, регистрационный № 22368).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

24.08.2012 Г. № 587

Г. ИЖЕВСК

О МАРШРУТИЗАЦИИ ПОТОКОВ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»и в целях дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи при заболевании, вызванном вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить «Схему маршрутизации потоков больных ВИЧ-инфекцией в Удмуртской Республике» в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

2. Начальникам Управлений здравоохранения гг. Воткинска, Глазова, Сарапула, Воткинского района, главным врачам государственных и муниципальных учреждений здравоохранения обеспечить маршрутизацию потоков больных ВИЧ-инфекцией при организации оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

3. Главному врачу БУЗ УР «Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» Горбунову О.Б.:

3.1.Ежегодно в срок до 1 марта представлять в отдел оказания медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Удмуртской Республики аналитическую записку о состоянии оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в учреждениях здравоохранения Удмуртской Республики в части обеспечения маршрутизации потоков больных ВИЧ-инфекцией в Удмуртской Республике.

3.2.В срок до 1 января 2013 года представить в отдел оказания медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Удмуртской Республики план мероприятий по эффективному обеспечению диспансерного наблюдения и качественной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в отдаленных районах Удмуртской Республики, где зарегистрированы высокие показатели распространенности ВИЧ-инфекцией.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Т.Ю. Демину.

МИНИСТР В. М. МУЗЛОВ

Приложение 1
к приказу МЗ УР №587
от 24.08.2012г.

СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ ПОТОКОВ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

1. Первичная медико-санитарная помощь больным ВИЧ-инфекцией или при подозрении на нее оказывается в медицинских организациях, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь, врачами-специалистами любых специальностей на общих основаниях.

В рамках первичной медико-санитарной помощи врачи-специалисты любых специальностей выполняют следующие функции:

выявляют показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию;

назначают обследование на ВИЧ-инфекцию с обязательным проведением до- и послетестового консультирования;

направляют больных ВИЧ-инфекцией к врачу-инфекционисту медицинской организации по месту жительства пациента, либо к врачу, ответственному за диспансерное ведение ВИЧ-инфицированных в ЛПУ.

2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь больным ВИЧ-инфекцией оказывается в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-инфекционистами, либо врачами, прошедшими специальную подготовку по разделу «инфекционные болезни» и назначенными ответственными за диспансерное ведение ВИЧ-инфицированных в ЛПУ приказом главного врача, а также врачами-инфекционистами консультативной поликлиники БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»

В рамках первичной специализированной медицинской помощи врач-инфекционист ЛПУ, либо врач, ответственный за ведение больных ВИЧ-инфекцией:

устанавливает диагноз ВИЧ-инфекции;

осуществляет диспансерное наблюдение в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи;

проводит антиретровирусную терапию (исключая назначение антиретровирусной терапии);

проводит профилактику, диагностику и лечение вторичных заболеваний;

проводит диагностику и лечение побочных реакций, развивающихся на фоне антиретровирусной терапии;

осуществляет контроль переносимости и эффективности профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности.

Врач-инфекционист ЛПУ по месту жительства пациента, либо врач, ответственный за диспансерное ведение ВИЧ-инфицированных, осуществляет направление пациентов на консультативный прием в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» в следующих случаях:

необходимость установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствием эффекта от лечения, проводимого в соответствии с существующими стандартами лечения;

необходимость дообследования в диагностически сложных случаях;

выявление показаний для начала противоретровирусной терапии;

в случае проведения противоретровирусной терапии: выявление побочных эффектов, неэффективность лечения, необходимость замены противоретровирусной терапии по другим показаниям;

При направлении пациента к врачу-инфекционисту БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» врач-специалист, направляющий пациента, представляет выписку из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни) с указанием диагноза, сопутствующих заболеваний, проводимого лечения, имеющихся данных лабораторных и функциональных исследований, а также динамики CD4, РНК ВИЧ ПЦР.

Для улучшения доступа больных ВИЧ-инфекцией к первичной специализированной медико-санитарной помощи на базе БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» работают выездные бригады, осуществляющие свою работу в соответствии с графиком выездов, утверждаемым ежегодно.

Оказание больным ВИЧ-инфекцией медицинской помощи при заболеваниях, не связанных с ВИЧ-инфекцией, проводится соответствующими врачами-специалистами с учетом рекомендаций врачей-инфекционистов.

Зональные центры БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» осуществляют организацию и реализацию комплекса первичных противоэпидемических и профилактических мероприятий в отношении выявленного больного ВИЧ-инфекцией, оказывают консультативную, методическую и организационную помощь ЛПУ, вовлеченным в оказание первичной специализированной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

3. Скорая медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией с травмами, острыми заболеваниями и состояниями оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи реанимационного или нейрохирургического профилей в соответствии с утвержденным порядком оказания скорой медицинской помощи на общих основаниях.

4. Специализированная стационарная медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией осуществляется в ЛПУ Удмуртской Республики, осуществляющих стационарную медицинскую помощь на базе инфекционных отделений, имеющих в своем составе выделенные инфекционные койки для лечения больных ВИЧ-инфекцией, а также на базе лечебно-диагностического отделения БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ».

При отсутствии выделенных коек для лечения больных ВИЧ-инфекцией наблюдение и лечение осуществляется в инфекционном отделении на общих основаниях.

Специализированная помощь больным ВИЧ-инфекцией в инфекционных отделениях ЛПУ осуществляется после направления больного врачом-инфекционистом ЛПУ, оказывающего амбулаторно-поликлиническую помощь, бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении пациента.

При выявлении у больного ВИЧ-инфекцией, находящегося на стационарном лечении, показаний к направлению в лечебно-диагностическое отделение БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», перевод осуществляется только после консультации врача-инфекциониста и при стабильном состоянии пациента.

Показания для направления в лечебно-диагностическое отделение БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»:

доказанное появление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции;

появление вторичных заболеваний, требующих стационарного лечения, в том числе требующих изоляции (исключая туберкулез и онкологические заболевания);

необходимость проведения исследований, которые не могут быть проведены в амбулаторных условиях для диагностики, дифференциальной диагностики и лечения вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией;

состояние, развившееся в результате побочных эффектов антиретровирусной терапии и требующее оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

При выявлении у больного ВИЧ-инфекцией заболеваний, не требующих лечения в лечебно-диагностическом от-делении БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» (в том числе гематологического, онкологического заболевания или туберкулеза), лечение и наблюдение больного ВИЧ-инфекцией осуществляется в профильных отделениях или стационарах, имеющих в своем составе выделенные койки для лечения больных ВИЧ-инфекцией, на основе взаимодействия врачей-специалистов с врачом-инфекционистом.

При отсутствии выделенных коек для лечения больных ВИЧ-инфекцией наблюдение и лечение соответствующей патологии осуществляется в профильных ЛПУ на общих основаниях.

При выявлении у больного ВИЧ-инфекцией медицинских показаний к высокотехнологичным методам лечения медицинская помощь оказывается ему в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией с жизнеугрожающими острыми состояниями осуществляется (вне зависимости от стадии ВИЧ-инфекции) в отделениях реанимации и интенсивной терапии ЛПУ в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи на основе взаимодействия врача-реаниматолога и врача-инфекциониста.

5. Паллиативная медицинская помощь. При необходимости оказания паллиативной помощи больные ВИЧ-инфекцией с наличием морфологически подтвержденного диагноза распространенной формы злокачественного образования, тяжелых необратимых неврологических нарушений и тяжелого хронического болевого синдрома могут быть направлены в медицинские организации, имеющие в своем составе паллиативные койки либо койки сестринского ухода. Решение вопроса о необходимости перевода больного в медицинскую организацию, обеспечивающую паллиативную медицинскую помощь, осуществляет врачебная комиссия БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ».

ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 3.1.0087–14

(ПРИВЕДЕНЫ В СОКРАЩЕНИИ)

Утверждены 18 марта 2014 г. Врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – Главного государственного санитарного врача Российской Федерации А.Ю. Попова.

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, эпидемиологов, специалистов в области профилактической медицины, представителей общественности и неправительственных организаций, деятельность которых связана с организацией и проведением мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

2. ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в Российской Федерации увеличивается распространенность инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). Со времени выявления в 1987 г. первого случая заражения ВИЧ всего было обнаружено более 750 тыс. ВИЧ-инфицированных россиян и сообщено о смерти 140 тыс. из них. В 2013 г. было зарегистрировано более 70 тыс. лиц с ВИЧ-позитивным статусом (далее по тексту – ВИЧ-позитивных лиц); общее число зараженных граждан России оценивалось в 1,2 млн. Все эти люди могут погибнуть от СПИДа, если не получат необходимого лечения. Современная терапия может существенно продлить жизнь ВИЧ-инфицированных, однако число нуждающих-

ся в наблюдении и терапии постоянно растет, что приводит к постоянному росту затрат на диспансерное наблюдение и лечение ВИЧ-инфицированных, поэтому предупреждение распространения ВИЧ среди населения Российской Федерации является задачей государственного масштаба.

Целью данных рекомендаций является представление современных комплексных подходов к проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий при ВИЧ-инфекции.

3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ВИЧ-инфекция представляет собой болезнь, вызываемую вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению вплоть до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), приводящего ВИЧ-инфицированного к быстрой гибели. Преимущественное распространение ВИЧ среди молодого населения приводит к повышению смертности, сокращению рождаемости, уменьшению продолжительности жизни населения, сокращению численности работающего населения, увеличению затрат на здравоохранение, вызывает многофакторное деструктивное воздействие на социальную и экономическую жизнь общества.

3.1. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

ВИЧ относится к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1 является наиболее распространенным типом возбудителя, распространение которого носит пандемический характер, ВИЧ-2 встречается преимущественно в странах, где население говорит на португальском языке. ВИЧ-1 и ВИЧ-2 некогда приобретены человеком у двух разных видов обезьян, однако современные случаи заражения человека от обезьян не зафиксированы, поэтому единственным источником ВИЧ считаются ВИЧ-инфицированные люди. Считается, что однажды ВИЧ-инфицированный человек остается источником ВИЧ пожизненно, случаи спонтанной санации от возбудителя не документированы. Передача вируса от человека возможна на любой стадии заболевания, в том числе в инкубационном периоде.

Клиническое течение. В течение нескольких месяцев после заражения ВИЧ может наблюдаться непродолжительный период острых явлений, напоминающих ОРЗ, краснуху или мононуклеоз, а затем ВИЧ-инфекция в течение многих лет протекает латентно без видимых проявлений. В это время ВИЧ-инфекцию можно обнаружить только проведя специальное диагностическое лабораторное исследование крови или других материалов на маркеры ВИЧ-инфекции. В последующие годы ВИЧ постепенно истощает иммунную систему человека: у 50% в течении 8-10 лет и у 95 % в течении 20 лет после заражения ВИЧ развивается СПИД, который выражается в развитии угрожающих для жизни больного оппортунистических заболеваний, обычно вызванных малоопасными для здоровых людей микроорганизмами, или опухолями, этиологически связанными с вирусами. При отсутствии лечения больной СПИДом умирает в течение 1 года. Медиана продолжительности жизни человека после заражения ВИЧ при отсутствии лечения составляет 10-12 лет, отдельные ВИЧ-инфицированные лица живут более 20 лет, что определяет большую длительность возможной передачи ВИЧ. Длительное отсутствие клинических проявлений и длительность существования потенциальных источников приводит к незаметному распространению ВИЧ среди населения разных стран и территорий, а спустя годы - массовой заболеваемостью СПИДом зараженных ВИЧ и их гибелью.

Лечение ВИЧ-инфицированных лиц в настоящее время этиотропное: используется постоянное комбинированное применение химиопрепаратов, угнетающих размножение ВИЧ, обозначаемое как «антиретровирусная терапия» (АРТ). На современном этапе АРТ не позволяет полностью элиминировать ВИЧ, но останавливает размножение вируса, что приводит к восстановлению иммунитета, предотвращению развития или регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента и предотвращению его гибели. Снижение количества ВИЧ в организме ВИЧ-инфицированного человека, получающего АРТ, уменьшает вероятность передачи от него ВИЧ. В настоящее время влияние АРТ на эпидемический процесс ВИЧ-инфекции наглядно демонстрирует снижение уровня передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку, ряд исследований показывает, что чем чаще применяется АРТ в популяции ВИЧ-инфицированных, тем ниже уровень передачи ВИЧ в этой группе.

В то же время АРТ увеличивает продолжительность существования потенциального источника ВИЧ. Перерывы в применение АРТ, ее прекращение приводят к развитию резистентности ВИЧ, то есть формированию устойчивых к препаратам штаммов ВИЧ, которые приобретают возможность к распространению, несмотря на применение АРТ.

3.2. ДИАГНОСТИКА ВИЧ

Клинический диагноз ВИЧ устанавливается путем сопоставления клинических, эпидемиологических и лабораторных данных. Однако в Российской Федерации противоэпидемические мероприятия в отношении источника начинают осуществляться сразу после выявления лабораторных маркеров заболевания, до проведения полного клинического обследования и установления клинического диагноза ВИЧ у выявленного ВИЧ-инфицированного лица. Это обусловлено тем, что в России, проводится активное выявление источников инфекции путем исследования материалов, взятых у населения, а это приводит к тому, что в большинстве случаев выявляются лица, находящиеся в латентной стадии заболевания без клинических проявлений, и дальнейший процесс установления клинического диагноза требует длительного обследования. Для обнаружения лиц, предположительно ВИЧ-инфицированных, в Российской Федерации широко применяется исследование крови на антитела к ВИЧ, реже применяют также обнаружение антигенов и генов ВИЧ, однако окончательным доказательством наличия ВИЧ считается положительная реакция на обнаружение специфических антител к ВИЧ методами иммунного блотинга, после установления которой отправляется сообщение о случае заболевания. До получения положительного результата в иммунном блотинге лица с положительными результатами других исследований, а также с сомнительными результатами иммунного блотинга, считаются подозрительными на заражения ВИЧ, и в отношении их рекомендуется проводить противоэпидемические меры, такие как отстранение от донорства, консультирование. При положительном иммунном блотинге у детей до полутора лет, у которых могут обнаруживаться материнские антитела при отсутствии ВИЧ; используются методы выявлении провирусной ДНК ВИЧ и вирусной РНК ВИЧ.

Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ не всегда означает, что человек не инфицирован, поскольку существует период «серонегативного окна» (время между заражением ВИЧ и появлением антител, который обычно составляет около 3 меся-

цев); в этот период инфицирование ВИЧ может подтвердить обнаружение антигенов ВИЧ или генного материала ВИЧ. В ряде случаев при недостаточных данных лабораторного подтверждения предполагать наличие ВИЧ можно по эпидемиологическим данным (например, переливание ВИЧ-инфицированной крови, рождение от ВИЧ-позитивной матери) и/или по клиническим проявлениям ВИЧ. В таких случаях целесообразно приступать к противоэпидемическим мероприятиям не дожидаясь лабораторного проявления, так как из-за высокой вирусной нагрузки при отсутствии антител в ранней стадии заболевания ВИЧ-инфицированные являются наиболее опасными источниками ВИЧ.

3.3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Глобальная эпидемия (пандемия) ВИЧ в мире развивается более 30 лет. Интенсивная международная миграция различных групп населения, привела к заносу ВИЧ из зон первоначального распространения практически во все страны мира. К концу 2011 г., по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и программы ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС), всего в мире жили с ВИЧ 35,3 млн. человек, при этом в 2011 г. заразилось 2,3 млн. человек (ЮНЭЙДС, 2012). К этому времени уже умерли от СПИДа до 30 млн. человек, ранее зараженных ВИЧ. Тремя наиболее пораженными ВИЧ регионами в мире являются Африка к югу от Сахары, в этом регионе более 4,8% населения в возрасте 15-49 лет жили с ВИЧ/СПИД в конце 2011 г., страны Карибского бассейна – 1,0% и регион Восточной Европы и Центральной Азии – 1,0%.

Общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных россиян составило к 31 декабря 2013 г. 798120 человек, что составляет 0,5% от всего населения, а среди возрастной группы 15-49 лет – 0,8% населения. По данным Роспотребнадзора, согласно форме мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Российской Федерации к 31 декабря 2013 г. умерло по разным причинам 140000 ВИЧ-инфицированных, в том числе 20 511 только за 2012 г. Случаи ВИЧ обнаруживались во всех регионах России, преимущественно среди городского населения. К числу наиболее пораженных регионов относятся: Иркутская, Кемеровская, Ленинградская, Оренбургская, Самарская, Свердловская, Тверская, Тюменская, Челябинская и Ульяновская области, г. Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский автономный округ, Пермский и Алтайский края.

В районах с высокой распространенностью ВИЧ большое значение имеет организация противоэпидемических мероприятий, то есть мер воздействия на выявленные источники заболевания. Регионы с низкой пораженностью ВИЧ являются потенциально опасными для ее быстрого распространения, в связи с чем эти районы особенно важны для проведения профилактических мероприятий.

Чаще всего ВИЧ в Российской Федерации обнаруживается у мужчин 30-35 лет, из которых инфицированы 2,4%, и среди женщин в возрасте 25-34 лет – 1,2%. Наблюдается также и увеличение процента случаев ВИЧ, выявляемых среди более старших возрастных групп: в 2012 г. новые случаи ВИЧ преимущественно регистрировались у россиян в возрасте 30-40 лет (44,2%). Наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа инфицированных женщин и их доли в структуре ВИЧ-инфицированных лиц (феминизации эпидемии), что ведет к увеличению числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. За годы эпидемии было рождено более 97 тыс. таких детей, из которых ВИЧ диагностирована у 5957 детей.

Наиболее пораженными ВИЧ группами населения в России в 2012 г. являлись потребители инъекционных наркотиков (ПИН) - в разных регионах страны от 6,4% до 58,5% инфицированных, лица, занимающиеся проституцией, - «коммерческие секс-работники» (КСР) - от 3,8% до 11,6%, мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами, (МСМ) - от 5,2% до 14,8%. Подобное распределение ВИЧ-инфицированных среди населения обусловлено действующими в настоящее время путями передачи ВИЧ.

3.4. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

ВИЧ-инфекция в естественных условиях передается от человека к человеку при половых контактах и от матери ее ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. ВИЧ может передаваться также с кровью при переливании крови или при парентеральных вмешательствах, выполняемых загрязненными инфицированной ВИЧ кровью инструментами, как в медицинских, так и в немедицинских условиях (внутривенное введение наркотиков, пирсинг). Отмечены случаи заражения ВИЧ при пересадке органов и при искусственном оплодотворении с использованием контаминированных ВИЧ донорских материалов.

Передача ВИЧ при половых контактах. ВИЧ передается преимущественно при вагинальных и анальных половых контактах, передача при других видах половых сношений встречается редко. Факторами передачи ВИЧ являются: сперма (при этом ВИЧ находится не в сперматозоидах, а в семенной жидкости и клетках), выделения женских половых путей, а также кровь и другие патологические отделяемые половых путей (при наличии заболеваний). Травмирование органов при половых контактах также увеличивает уровень передачи ВИЧ, показано, что вероятность передачи ВИЧ при анальных сношениях, как более травматичных, выше, чем при вагинальных. Основными факторами передачи ВИЧ является наличие на покровах половых путей, как источника инфекции, так и незараженного партнера воспалительных заболеваний (часто связанных с ИППП) или дисплозивных процессов, служащих воротами для проникновения инфекции. Вероятность передачи ВИЧ определяет высокий уровень вирусной нагрузки у источника инфекции, который наблюдается в ранней стадии заболевания (инкубационный период, период первичной кинической манифестации), снижается в период латентной инфекции и имеет тенденцию к повышению в поздних стадиях болезни.

Вертикальная передача ВИЧ. Ребенок ВИЧ-инфицированной матери может получить от нее ВИЧ как во время ее беременности, так и в родах, а в послеродовом периоде – при грудном вскармливании. Факторами передачи служит кровь, патологическое отделяемое и грудное молоко. Без проведения профилактических мероприятий суммарный риск инфицирования ребенка составляет от 25 до 50%, возрастает в острой стадии ВИЧ у матери (высокая вирусная нагрузка) и при наличии у нее сопутствующих заболеваний.

Описана передача ВИЧ от инфицированного ребенка кормящей грудью женщине; передача была связана с наличием у детей эрозий полости рта на фоне острой ВИЧ и трещинами околососковой области у матери.

Передача ВИЧ при переливании крови и пересадке органов обусловлена прямым попаданием инфицированного материала в неинфицированный организм. Фактором передачи ВИЧ могут быть практически все ткани и органы инфицированного ВИЧ донора.

Передача ВИЧ при искусственном оплодотворении аналогична половой передаче ВИЧ; при лечении бесплодия могут кроме спермы использоваться донорские клетки и другие донорские материалы, которые также могут быть факторами передачи ВИЧ.

Передача ВИЧ при медицинских инвазивных процедурах ввозможна при их осуществлении инструментами, контамини-

рованными ВИЧ, не прошедшими промежуточной стерилизации. Описаны внутрибольничные вспышки среди пациентов стационаров, обусловленные повторным применением необработанного медицинского инструментария, использованием одного контаминированного ВИЧ раствора препарата для введения нескольким пациентам, а также случаи заражения медицинского персонала, случайно уколовшегося инструментами во время оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам; возможна и передача ВИЧ от инфицированного медицинского работника пациенту в случае ранения медицинского работника в ходе парентерального вмешательства.

Передача ВИЧ при немедицинских парентеральных вмешательствах отмечается в широких масштабах среди потребителей психотропных веществ, вводящих их внутривенно, что связано с использованием несколькими потребителями наркотиков общих загрязненных кровью игл и шприцев, попаданием крови зараженного ВИЧ в растворы наркотика, в жидкости, которыми промывают шприцы, на другие предметы, используемые при приготовлении раствора наркотика. Аналогичный путь передачи может наблюдаться при парентеральном введении анаболиков, иглоукалывании, нанесении татуировок, пирсинге.

Другие пути передачи ВИЧ, кроме вышеописанных, в том числе передача при тесном бытовом контакте с источником ВИЧ не выявлены.

3.5 КОНТИНГЕНТЫ НАСЕЛЕНИЯ, ВОСПРИИМЧИВЫЕ К ЗАРАЖЕНИЮ ВИЧ

Восприимчивость к ВИЧ населения высокая, лишь у незначительных по численности групп обнаруживается пониженная восприимчивость к заражению ВИЧ половым путем, которая связана с наличием определенных генетических особенностей. Наличие этой прослойки при проведении профилактических мероприятий значения не имеет.

Потенциально все население в той или иной мере уязвимо к заражению ВИЧ парентеральным путем, например, при переливании крови или при парентеральных медицинских вмешательствах, однако возможность передачи ВИЧ при вагинальных половых сношениях обуславливает повсеместное вовлечение в эпидемический процесс гетеросексуального населения, в связи с чем наибольшее число зараженных ВИЧ в мире принадлежит к гетеросексуальному населению, не употребляющему наркотики.

Скорость распространения ВИЧ среди гетеросексуального населения определяют такие факторы, как частота смены половых партнеров, количество половых актов с инфицированным партнером, распространенность ИППП (воспалительных заболеваний половой сферы), в связи с чем общий уровень пораженности гетеросексуального населения в отдельных странах существенно отличается, достигая в отдельных регионах мира 25 % и более.

Вопреки заблуждению, что риску заражения ВИЧ подвергаются лица, имеющие много половых партнеров, для высокого риска инфицирования достаточно иметь только одного, но при этом зараженного ВИЧ полового партнера. Поэтому половые партнеры ВИЧ-позитивных лиц, независимо от их принадлежности к иным группам, считаются наиболее уязвимой для заражения ВИЧ группой населения. Так как в настоящее время в Российской Федерации инфицированы 1,5% процента мужчин и женщин в сексуально активной возрастной группе 25-35, то вероятность вступления в гетеросексуальные половые отношения даже с одним инфицированным партнером высока. В циркуляции ВИЧ могут иметь значение и моногамные отношения с последовательно сменяющими друг друга партнерами (повторные браки «серийная моногамия»).

В гетеросексуальной части населения можно выделить группы, имеющие относительно больший риск заражения, в частности это те, кто постоянно вступает в половые связи с несколькими половыми партнерами: например лица, продающие сексуальные услуги, – коммерческие секс-работники (КСР), постоянные пользователи услуг («клиенты КСР»), молодежь и мигранты, не имеющие постоянных половых связей, а также лица, склонные к частой смене половых партнеров (к промискуитету), из-за особенностей психики, воспитания, условий среды или социальной дезадаптации.

Считается также, что мужчины, вступающие в половую связь с мужчинами (МСМ), подвергаются большему риску заражения из-за того, что практикуют более опасные в плане заражения анальные половые сношения, относительно часто меняют половых партнеров и чаще меняют места проживания.

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) представляют собой группу людей, использующие внутривенное введение наркотических препаратов и психоактивных веществ с немедицинскими целями. Для наркопотребителей, кроме высокого риска заражения при парентеральном введении наркотиков, существует также угроза заражения из-за частой смены половых партнеров, в том числе из-за занятия коммерческим сексом для получения средств на наркотики.

В разные периоды эпидемии наибольшему риску заражения на разных территориях могут подвергаться разные группы населения, поэтому своевременное выявление этих групп имеет большое значение для организации профилактических мероприятий. Так, во Франции в 80-е годы заразились ВИЧ многие реципиенты донорской крови, в связи с чем реципиенты крови рассматривались как группа риска по ВИЧ, однако введение тестирования донорской крови и другие мероприятия по предупреждению этого пути передачи привели к полному исчезновению подобных случаев. Существенное уменьшение роли передачи ВИЧ среди наркопотребителей в Испании, Франции, Германии связывают с обучением наркопотребителей использованию чистых игл и шприцев, презервативов, а также государственным программам по распространению среди наркоманов агонистов опиоидных рецепторов, применяемых перорально или под медицинским контролем.

Для изучения динамики эпидемического процесса на отдельных территориях необходимо организовать и использовать постоянный **эпидемиологический мониторинг и поведенческие исследования** в различных группах населения. Чаще всего в начале развития эпидемии ВИЧ первыми поражаются уязвимые группы населения, а в дальнейшем происходит распространение инфекции в основной популяции, обычно через половых партнеров представителей уязвимых групп. Своевременное внедрение эффективных профилактических программ среди уязвимых групп населения предотвращает поражение представителей этих групп ВИЧ, что снижает и риск заражения ВИЧ представителей основной популяции.

В то же время представители «традиционных групп риска» (ПИН, КСР и МСМ) отличаются от общего населения особенностями быта и поведения, которые обусловливают необходимость проведения в этих группах специфических противоэпидемических и профилактических мероприятий.

4. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВИЧ

Противоэпидемические мероприятия организуются в выявленных очагах ВИЧ. Они могут быть направлены на источник ВИЧ, прерывание путей передачи и снижение риска заражения лиц связанных с выявленным очагом ВИЧ.

4.1. МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ В ОТНОШЕНИИ ИСТОЧНИКОВ ВИЧ

Выявление источников инфекции, тестирование населения на маркеры ВИЧ. Выявление ВИЧ-инфицированных лиц в Российской Федерации осуществляется как путем диагностирования клинически выраженных случаев ВИЧ, так и путем активного обследования населения для выявления потенциальных источников заражения - ВИЧ-инфицированных лиц без клинических проявлений. Группы населения, которым рекомендуется пройти обследование по инициативе медицинских работников, определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинские работники должны рекомендовать лицам, у которых они обнаруживают риски заражения ВИЧ, проходить освидетельствование на ВИЧ для раннего выявления ВИЧ, предоставлять консультирование по вопросам предупреждения заражения ВИЧ, необходимости своевременной постановки на диспансерный учет для своевременного начала лечения.

Освидетельствование на ВИЧ в большинстве случаев проводится по рекомендации медицинских работников, реже – по инициативе обследуемого лица. Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» определяется, что любой гражданин Российской Федерации может обследоваться на антитела к ВИЧ: добровольно; бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения; анонимно по желанию; с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ.

Согласно данному Закону обследуются в обязательном порядке доноры крови и органов, иностранцы, пребывающие в Российской Федерации на срок более 3 месяцев (для предотвращения передачи ВИЧ), а также медицинские работники, занятые оказанием помощи ВИЧ-позитивным (в целях обеспечения их социальной защиты).

Группы населения, подлежащие обязательному освидетельствованию на ВИЧ и рекомендуемые для добровольного тестирования на ВИЧ, приведены в приложении 1.

Обследование на ВИЧ во всех случаях должно сопровождаться консультированием.

Консультирование при проведении обследования на ВИЧ. В процессе до- и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ должны произойти: оценка риска инфицирования, выработка индивидуального плана снижения этого риска, мотивирование на изменение поведения, получение добровольного информированного согласия на обследование, закладывается приверженность системе получения помощи, диспансерному наблюдению и лечению заболевания. Консультирование должно проводиться обученным специалистом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом или психологом). Объем до- и послетестового консультирования определен санитарными правилами СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 г. № 1. Более подробно подход изложен в Методических рекомендациях Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 г. № 5952-РХ «Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию». Согласно СП 3.1.5.2826-10 при проведении дотестового консультирования необходимо заполнить форму информированного согласия на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию (приложение 2) в двух экземплярах, одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в лечебно-профилактической организации.

Ответ о результате освидетельствования выдается при завершении алгоритма тестирования и не сообщается по телефону. Консультирование при любом результате тестирования на ВИЧ должно содержать обсуждение значения полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ для освидетельствуемого лица; разъяснение путей передачи ВИЧ и способов защиты от заражения ВИЧ для освидетельствуемого лица; видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ, и рекомендации по дальнейшей тактике тестирования.

Консультирование при неопределенном результате тестирования на ВИЧ в дополнение к комплексу стандартной информации должно содержать обсуждение возможности инфицирования ВИЧ, необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ, гарантий оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных. Пациент должен быть направлен в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

При получении положительного результата тестирования на ВИЧ, специалист должен сообщить положительный результат теста в ясной и краткой форме, предоставить время для восприятия этого известия, выслушать мысли и чувства и ответить на вопросы обследуемого. Консультирование при получении положительного результата является кризисным, обследуемому должна быть оказана психологическая поддержка. Пациент должен быть направлен для установления диагноза ВИЧ и оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД. Диспансерное наблюдение и лечение при ВИЧ проводится на основе добровольности, однако, консультант должен принять все возможные меры, чтобы убедить ВИЧ-позитивного незамедлительно пройти обследование и в рекомендуемые сроки начать специфическое лечение (АРТ), так как позднее обращение за медицинской помощью является одной из главных причин смертей ВИЧ-позитивных лиц.

Консультирование по юридическим аспектам выявленных ВИЧ-позитивных лиц обычно входит в как обязательный элемент в общий процесс консультирования, но рассматривается как самостоятельное противоэпидемическое мероприятие, так как считается, что уголовное наказания за постановку в угрозу заражения ВИЧ (и еще более тяжелое – за заражение ВИЧ) должно снижать активность потенциального источника инфекции. Специалист разъясняет необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, сообщает о гарантиях оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица. Пациент должен быть письменно уведомлен о выявлении у него ВИЧ (приложение 3), одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в лечебно-профилактической организации.

Специфическая терапия антиретровирусными препаратами, снижая вирусную нагрузку у ВИЧ-инфицированного, снижает риск передачи инфекции. Как противоэпидемическое мероприятие снижает риск заражения неинфицированного партнера в дискордантных по ВИЧ-статусу парах, снижает общую активность эпидемического процесса при значительном охвате ВИЧ-позитивных лиц лечением.

Лечение сопутствующих заболеваний, в том числе ИППП, для снижения вероятности передачи ВИЧ, проводится в соответствии с утвержденными рекомендациями и стандартами их лечения. Снижение заболеваемости ИППП среди населения может снижать общий уровень циркуляции ВИЧ.

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери-ребенку – прием антиретровирусных препаратов беременными женщинами для снижения вероятности вертикальной передачи ВИЧ

инфекции – высокоэффективная мера снижения уровня передачи ВИЧ.

Направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение наркотической зависимости. Благодаря тому, что ВИЧ-позитивный ПИН хотя бы некоторое время воздерживается от приема наркотиков, данная мера позволяет снизить его потенциальную активность как источника ВИЧ.

Отстранение ВИЧ-позитивных лиц от донорства определено СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» и другими документами.

4.2. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПУТИ И ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

Проведение эпидемиологического расследования для выявления путей и факторов передачи ВИЧ определено Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.09.2007 г. № 6963-РХ «Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ инфекции и противоэпидемические мероприятия» и СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Обследование крови и других донорских материалов на ВИЧ, уничтожение (утилизация) материалов, контаминированных ВИЧ установлено СП 3.1.5.2826-10, Техническим регламентом о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 26.01.2010 г. № 29 и другими документами.

Использование презервативов – – единственная полностью доказанная исследованиями доступная технология для снижения сексуальной передачи ВИЧ. Использование презервативов предохраняет от непосредственного контакта с половыми органами и потенциально опасными выделениями, благодаря чему обеспечивается механическая защита от инфицирования ВИЧ, специальные исследования показали, что мужские презервативы непроницаемы для инфекционных агентов, содержащихся в половых секретах. Презервативы также существенно снижают риск заражения другими ИППП.

Отдельные исследования показали, что «использование презервативов» снижает риск инфицирования лишь на 60-80%, однако такие результаты были обусловлены непостоянным или неправильным использованием презервативов в исследованных группах. Презервативы могут быть неэффективны в следующих случаях: при разрыве презерватива, сползании презерватива, неправильном использовании презерватива, например, при использовании презерватива не в течении всего полового акта, а только в момент эякуляции. Причинами разрыва презерватива могут быть: неправильное хранение и несоблюдение срока годности, повреждении презерватива при вскрытии упаковки, использовании лубриканта (смазки) не на водной, а на жировой основе, повторное использовании презерватива. Если презерватив не разорвался и был правильно использован, он защищает от заражения ВИЧ. Все вышеперечисленные факторы, снижающие эффективность использования презервативов, могут быть минимизированы при надлежащем контроле качества распространяемых презервативов, обучении населения правилам использования презервативов.

Кроме «мужского» презерватива применяют так же «женские презервативы», которые могут по своей инициативе использовать женщины (в то время как использование обычного презерватива зависит от мужчины), снижают риск заражения и рекомендуются международными организациями, занимающимися профилактикой ВИЧ, однако в России они пока не получили распространения.

Несколько снижают риск заражения ВИЧ (но в меньшей степени, чем презервативы) такие барьерные контрацептивы, как влагалищные диафрагмы и маточные колпачки. Подмывания после полового сношения, обработка половых органов дезинфицирующими препаратами, вероятно, снижают риск инфицирования, однако данных доказательные исследований об их эффективности не имеется.

В стадии разработки и полевых исследований находятся макробициды, то есть препараты местного действия, убивающиел вирус непосредственно во влагалище или прямой кишке. Разрабатываются и вакцины местного действия, которые предположительно будут стимулировать местный иммунитет и предупреждать передачу ВИЧ при половых контактах.

Проведение дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария и оборудования, применение одноразового инструментария, а также стерильного оборудования и инструментария в парикмахерских, косметологических салонах, салонах, делающих пирсинг и татуировку установлено СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиоло-гические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58.

Обеспечение и контроль за безопасностью практик медицинских манипуляций и использованием барьерных методов защиты для персонала. (СанПиН 2.1.3.2630–10).

При предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку наряду с химиопрофилактикой в соответствии с СП 3.1.5.2826-10 применяются:

- санитарная обработка родовых путей;
- кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных женщин с высокой вирусной нагрузкой в родах;
- замены грудного вскармливания ребенка ВИЧ-инфицированной матери на искусственное;
- антиретровирусная терапия женщины в период грудного вскармливания (при невозможности искусственного вскармливания).

4.3. МЕРЫ В ОТНОШЕНИИ ВОСПРИИМЧИВОГО КОНТИНГЕНТА В ВЫЯВЛЕННОМ ОЧАГЕ ВИЧ

Проведение эпидемиологического расследования в очагах ВИЧ-инфекции с целью выявления лиц, подвергающихся риску заражения с целью их информирования и обучения «оповещение партнеров» определено методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 5954-РХ «Об организации оповещения партнеров ВИЧ-инфицированных лиц» и СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». Половые партнеры ВИЧ-позитивных лиц и партнеры по внутривенному введению наркотиков относятся к группе самого высокого риска по заражению ВИЧ, рекомендуется проводить обследование на ВИЧ детей ВИЧ-позитивных лиц, выявленных половых партнеров, партнеров по употреблению наркотиков. Постоянные половые партнеры в дальнейшем должны обследоваться на антитела ВИЧ один раз в год одновременно с консультированием.

Консультирование партнеров – обучение безопасному поведению в плане заражения ВИЧ является основной мерой предупреждения заражения ВИЧ среди контактных лиц, должно проводиться при выявлении, а для половых партнеров ВИЧ-позитивных лиц в дальнейшем – ежегодно. Консультирование выявленных при эпидемиологическом расследовании неинфицированных ВИЧ представителей уязвимых групп населения, является важной профилактической мерой (СП 3.1.5.2826-10, Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 06.09.2007 г. № 5952-РХ «Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию»).

Экстренное предупреждение заражения ВИЧ путем назначения краткосрочного курса АРТ («химиопрофилакти-ка»), лицам, подвергшимся недавнему риску заражения ВИЧ. Немедленный курсовой прием АРВ препаратов снижает риск заражения: новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, медработников и других лиц, пострадавших при оказании помощи ВИЧ-инфицированным лицам, лицам, имевшим однократный половой контакт с ВИЧ-позитивным лицом. Возможно применение у лиц, имевших потенциальный риск инфицирования (половой контакт или изнасилование лицом с неизвестным ВИЧ-статусом, повреждение иглами от шприцев неизвестного происхождения и прочее). Эпидемиологическая эффективность последнего мероприятия пока не изучена, но оно имеет психотерапевтическое значение.

Для длительного снижения риска передачи ВИЧ от установленного источника постоянный прием АРВ препаратов рекомендован ВИЧ-негативным партнерам в дискордантных парах.

Профилактический прием АРВ препаратов («доконтактная профилактика») для неинфицированных представителей групп повышенного риска заражения (МСМ, наркопотребители) в популяциях с высоким уровнем пораженности ВИЧ впервые рекомендован Всемирной организацией здравоохранения в 2013 г. половым партнерам беременных женщин – представителям групп повышенного риска инфицирования ВИЧ. Методология этого подхода находится в стадии разработки.

5. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

Под *профилактическими* или *превентивными* мероприятиями подразумевается комплекс действий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ, который осуществляется вне зависимости от того, обнаружен или нет конкретный источник (источники) ВИЧ. При ВИЧ объектом профилактических мероприятий является восприимчивый контингент, то есть все население. При отсутствии профилактических вакцин основными методами профилактики ВИЧ является повышение обеспокоенности населения, то есть информирование населения о реальной угрозе заражения ВИЧ и о негативных последствиях заражения, информация населения о способах предупреждения заражения, а так же формирование у населения мотивации на изменение поведения в сторону менее опасного в плане заражения ВИЧ. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» в статье 4 гарантирует «регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции».

5.1. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Для успешного противодействия распространению ВИЧ население должно быть не только проинформировано об угрозе распространения ВИЧ, последствиях этого распространения для отдельных личностей и общества в целом, но у него должны сформироваться устойчивые знания и навыки снижения риска заражения.

Обучение населения методам снижения риска заражения ВИЧ может осуществляться на трех уровнях:

- *массовом,* осуществляющем обеспечение общей информацией, не дифференцированной в зависимости от потенциальной аудитории;
- *групповом,* предоставляющем информацию, направленную на однородную группу населения, которую можно собрать вместе, используя одинаковые подходы к обучению;
- *индивидуальном,* когда информация предоставляется с учетом особенностей жизни и рискованного поведения отдельного лица.

Проведение профилактической работы на каждом из перечисленных уровней имеет свои плюсы и минусы, поэтому конечный эффект достигается только при одновременной работе на всех трех уровнях информирования и обучения. Информирование и обучение населения должно осуществляться с соблюдением научной объективности и толерантности, так как, например, предвзятое отношение к отдельным группам населения (стигматизация) может свести на нет все усилия по предупреждению заболевания.

Кроме информирования обучения к профилактическим мероприятиям, влияющим на уровень распространения ВИЧ, эффективность которых считается доказанной, следует отнести:

- *профилактику и лечение ИППП* и заболеваний половых органов, сопровождающихся воспалительными процессами;
- *мужское обрезание*, в настоящее время применяется в массовом порядке в некоторых странах Африки для снижения вероятности передачи не столько на индивидуальном (риск заражения снижается, но не исчезает), сколько на популяционном уровне. Полагают, что в результате обрезания снижается уровень воспалительных заболеваний мужских половых органов и площадь вероятного контакта со слизистыми половых органов женщины, что и приводит к уменьшению риска инфицирования ВИЧ мужчины (мужское обрезание не влияет на вероятность заражения женщины). Использование этого метода в Российской Федерации ограничивается культурными традициями разных этнических групп.
- *вакцинацию с целью предупреждения заражения,* которая находится в стадии разработки и применяется пока только при проведении клинических и полевых исследований.

5.2. ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО (ОБЩЕГО) НАСЕЛЕНИЯ

В общем плане обращение к недифференцированному по группам населению должно содержать информацию о том, что ВИЧ/СПИД представляет реальную угрозу для здоровья и жизни как самого человека, так и его близких, и по этой причине люди должны идти на определенные ограничения и затраты и предпринимать определенные усилия. Например, использование презервативов требует затраты времени и денег на их приобретение, затрудняет проведение полового акта, может ухудшать субъективные впечатления от секса, однако использование презерватива может предотвратить множество куда более серьезных проблем. Люди, которые, например, в силу пожилого возраста, не боятся заразиться половым путем, должны понимать, что широкое распространение ВИЧ грозит возрастающей угрозой заражения при оказании медицинских услуг, а также ухудшением экономики здравоохранения, что косвенно отразится на их здоровье.

Очень важно то, что информирование о ВИЧ должно постоянно поддерживать обеспокоенность населения и достигать максимального его охвата. Информационные компании с использованием средств массовой информации рекомендуется проводить много лет подряд (до прекращения эпидемии) и не реже 2 раз в год.

Население должно получить активно распространяемую информацию в первую очередь о способах предупреждения заражения половым путем, так же предупреждение о риске заражения ВИЧ при использовании наркотиков. Используя средства массовой информации, по многим причинам бывает затруднительно распро-

странить более специфическую информацию, касающуюся узких аспектов полового поведения, или адресованную наркозависимым, связанную со способами уменьшения риска заражения ВИЧ при использовании наркотиков.

Население должно быть проинформировано о том, что риск заражения половым путем снижают:

- уменьшение общего числа половых партнеров в течение жизни (при этом необходима оговорка, что и единственный партнер может оказаться ВИЧ-позитивным, поэтому целесообразно использовать и нижеследующие подходы);
- выяснение ВИЧ-статуса партнера до вступления с ним в незащищенные (презервативом) половые контакты;
- постоянное и правильное использование презервативов с половыми партнерами, чей ВИЧ статус неизвестен (и с ВИЧ-позитивными партнерами, если таковые появятся);
- профилактика, диагностика и лечение ИППП и воспалительных заболеваний половых органов.

Среди рекомендаций по обучению населения мы можем встретить верное утверждение, что «риск заражения ВИЧ уменьшают: девственность, позднее начало половой жизни, воздержание от половых контактов до брака». Однако эти рекомендации, адресованы скорее только подросткам (тем, кто уже начал половую жизнь, они уже вряд ли не пригодятся). Они могут не достигнуть желаемого эффекта, так как молодежь определенного возраста находятся в стадии сексуальных экспериментов. Рекомендация «исключить из числа половых партнеров лиц с высоким риском заражения ВИЧ: ПИН, и людей, имеющих большое число половых партнеров» может быть предложена населению, не относящемуся к особо уязвимым группам, но отличить «нежелательных» лиц порой довольно сложно. Эта рекомендация вряд ли может быть положительно воспринята ПИН, КСР, МСМ и лицами, вступающим в половые связи со многими партнерами; ими данная рекомендация скорее будет расценена как проявление стигматизации, и они еще более тщательно будут скрывать свои риски.

Информирование и повышение обеспокоенности населения применяется с использованием телевидения, радиовещания, периодической печати, интернет-сайтов, плакатов. Эти способы информирования используются для распространения общих представлений о ВИЧ и мерах профилактики, быстро повышает обеспокоенность социально адаптированного населения, большая часть которого принадлежит к группам с относительно низким риском заражения ВИЧ.

Но следует учитывать, что многочисленность каналов массовой информирования приводит к тому, что необходимая информация не достигает части населения, например, молодежи, которая селективно пользуется СМИ, выбирая программы по своему вкусу, например, музыкальные радиоканалы узкого направления. По этой причине выбор СМИ должен быть тщательно продуман на стадии планирования.

К числу широко используемых технологий относятся интернет-сайты, на которых население может ознакомиться с такой информацией или еще ранее опробованные «телефоны доверия». Однако при этих подходах население для получения информации должно само активно обращаться к этим источникам информации, что происходит лишь при предварительном увеличении его обеспокоенности относительно ВИЧ или уже появлением личных проблем, связанных с ВИЧ/СПИД. Такое использования средств коммуникации является слишком пассивным подходом. Для активного обеспечения массового охвата населения информацией может быть использована массовая почтовая или электронная рассылка информационных материалов или СМС-сообщений.

Информация о способах предупреждения заражения ВИЧ может широко распространяться в общественном транспорте: автобусах, поездах, на остановках, а также на вокзалах и в аэропортах, для информации водителей и пассажиров информационные материалы могут быть размещены или распространяться на автозаправочных станциях. Кроме того, для распространения информации о путях предупреждения заражения в виде средств наглядной агитации должны быть использованы все медицинские учреждения, а также аптеки и другие учреждения массовой торговли. Участие последних может проявляться включением в ассортимент товаров презервативов, сопровождением товаров информационными материалами.

В то же время информирование через СМИ не всегда достигает цели изменения поведения населения. СМИ мало интересуют представителей уязвимых групп населения, таких как, например, потребители наркотиков и лиц, занимающиеся коммерческим сексом. Большое значение имеет содержание и форма информации, обращенной к населению. Исследования, проведенные в зарубежных государствах, показали, что представители разных групп населения могут по-разному реагировать на информацию об угрозе ВИЧ/СПИД. Устрашающая информация может хорошо воздействовать на гетеросексуальное с низким риском заражения, но мало трогать тех, кто подвергается высокому риску из-за сложившегося образа жизни. Представители МСМ, наркопотребители и КСР, а также часть молодежи, могут неверно расценивать информацию СМИ о ВИЧ, воспринимать ее только как попытку властей путем устрашения изменить их образ жизни.

Наконец, серьезной проблемой является то, что общая информация о ВИЧ часто не ассоциируется отдельными людьми с их собственным индивидуальным поведением, в связи с чем они могут ошибочно предполагать, что не подвергаются угрозе заражения. По этой причине недифференцированную информацию следует сочетать с групповым или индивидуальным обучением.

Наряду с обучением, необходимо провести и некоторые технические мероприятия, связанные с профилактикой заражения ВИЧ. Целесообразно принимать меры по увеличению доступности презервативов для населения: созданию экономических условий по снижению розничной стоимости презервативов, увеличению числа торговых точек, где можно приобрести презервативы, обеспечению возможности анонимного их приобретения (автоматы).

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2001 г. № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» закрепляется осуществление отделом первичной профилактики работы по бесплатной раздаче презервативов населению. Презервативы должны быть доступны для населения во время проведения всех видов профилактических программ по ВИЧ. Представление презервативов должно сопровождаться информированием по вопросам снижения риска заражения ВИЧ и ИППП при половых контактах и формированием навыка использования презерватива. Сотрудники всех задействованных в профилактике ВИЧ учреждений должны быть обучены навыкам консультирования и формирования мотивации к использованию презервативов.

Среди малообеспеченных групп населения (подростки, молодежь, бездомные, бродяги, уличные КСР, наркопотребители) целесообразно осуществлять массовую раздачу презервативов за символическую плату (совершенно бесплатная раздача может снижать «ценность» раздаваемого предмета в глазах населения).

5.3. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Индивидуальное обучение эффективно, потому что позволяет сконцентрировать внимание на рисках заражения конкретного обучаемого лица. Недостатком подхода является то, что для его эпидемиологической эффективности необходимо подготовить и при-

влечь к работе много консультантов. Часто консультируемые лица не запоминают информацию с первого раза, поэтому необходимо проводить повторные консультирования; целесообразно во время консультирования раздавать информационные материалы.

Консультирование, сочетаемое с проведением тестирования на ВИЧ, - наиболее часто встречаемый метод индивидуального обучения. Однако этот метод дает ощутимый профилактический эффект только при наличии большого числа хорошо обученных консультантов. Традиционное консультирование требует организации специальных помещений, в которых обеспечивается индивидуальный контакт с клиентом, позволяющий обсуждать интимные вопросы, что так же ограничивает его применение.

Консультирование по телефону или консультирование через интернет-сайты (ответы на вопросы) – для его проведения необходимо наличие линий связи, телефона, компьютера и квалифицированного консультанта. Однако этот метод требует самостоятельного активного обращения клиентов, поэтому на практике он не дает большого охвата населения.

Аутрич-обучение представляет собой форму консультирования чаще всего представителей наиболее уязвимых групп, осуществляемую вне специально предназначенных помещений (от англ. «out reach» – «достигать во вне»), в условиях обычной среды обитания целевой группы. Кроме знания самой техники консультирования аутрич-работа требует хорошего знания условий жизни целевого обучаемого контингента, их жаргона, поэтому для аутрич-работы с успехом используются бывшие КСР или излечившиеся ПИН, для которых работа по профилактике ВИЧ-инфекции является важным элементом их собственной социализации. При таком подходе осуществляется хорошо зарекомендовавший себя принцип «равный-равному». Аутрич-обучение часто организуют неправительственные организации, но в ряде случаев аутрич-работу могут с успехом выполнять и опытные медицинские работники. В связи с трудностью выполнения подобной работы и возможностью возникновения опасных ситуаций аутрич-работники нуждаются в материальном стимулировании. При правильной организации и достаточном количестве обученных консультантов аутрич-обучение является одним из наиболее эффективных методов обучения представителей особо уязвимых групп населения.

6. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ СРЕДИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Профилактика ВИЧ среди разных групп населения, отличающихся по принципу их важности для профилактических мероприятий, организованности и доступности может иметь свои особенности, при этом для обучения одних групп могут использоваться специализированные СМИ, для других – только групповые или индивидуальные формы информирования и обучения. **Целевыми группами** для осуществления профилактической деятельности могут быть группы населения, выделяемые:

1) по важности их участия в организации профилактики распространения ВИЧ;
2) по их доступности для обучения (доступные и труднодоступные группы);
3) по их важной роли в распространении ВИЧ (особо уязвимые для заражения ВИЧ контингенты).

6.1. ИНФОРМИРОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ВАЖНЫХ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

При информировании и обучении групп населения, важных для организации профилактических мероприятий по ВИЧ и особо нуждающихся в предоставлении информации, особое значение имеют:

- **руководители разного уровня** (представители всех ветвей власти), то есть «лица, принимающие решения», а также общественные деятели (идеологические и политические лидеры, активисты), формирующие общественное мнение. Эта группа нуждается в подробной информации не только о путях передачи ВИЧ и способах их предотвращения, но и в информации о социально-экономических последствиях распространения ВИЧ, организационных и финансовых проблемах, связанных с противодействием эпидемии. Эта группа населения часто требует индивидуального подхода, для ее группового обучения используются собрания, совещания, конференции.
- **представители средств массовой информации** нуждаются в специальном обучении относительно способов подачи информации, предупреждения распространения в СМИ ложной информации и дискриминации ВИЧ-позитивных лиц. Обучение также можно проводить в специально собранных для обучения группах, на пресс конференциях или индивидуально.
- **«популярные» личности**, например, артисты, своим участием могут сделать информационные программы более привлекательными для тех групп населения, которые проявляют к ним интерес, требуют индивидуального подхода к обучению.
- **медицинские работники**, которые в широких масштабах могут информировать своих пациентов об ВИЧ, предупреждать передачу ВИЧ при проведении парентеральных вмешательств должны обучаться в рамках специальных программ по повышению квалификации.
- **работники системы образования**, обучающие учащихся вопросам профилактики заражения ВИЧ по утвержденным программам, должны пройти соответствующее обучение.
- **работники правоохранительных органов**, сталкивающиеся с угрозой заражения ВИЧ и уязвимыми контингентами, могут участвовать в их информировании о путях заражения и методах профилактики.

6.2. ДОСТУПНЫЕ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗОВАННЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Позволяют обеспечить существенный охват населения информационными программами. В то же время часть этих групп обладает особенностями, которые необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

К этим группам относятся: **учащиеся, военнослужащие, заключенные, работники предприятий, посетители и пациенты лечебно-профилактических организаций** (в особенности учреждений наркологического, дермато-венерологического, гинекологического профиля и других), в которых из-за высокой степени организованности можно проводить групповое обучение, например чтение лекций, распространение информационных материалов и прочее. В то же время «организованные» группы населения неоднородны по своим эпидемиологическим характеристикам. Хотя учащиеся и военнослужащие срочной службы однородны по возрасту, в них могут входить представители разных по уровню уязвимости групп.

Помимо лекционного обучения учащихся навыкам предупреждения заражения ВИЧ должны широко использоваться такие методы как демонстрация интерактивных материалов, видеофильмов, распространение брошюр и буклетов. Для профилактики заражения ВИЧ/СПИД могут использоваться и наглядные материалы, в том числе подготовленные самими учащимися.

Эффективны в плане обучения ролевые игры и другие обучающие приемы, подразумевающие активное участие учащихся: викторины, дискуссии, самодеятельные спектакли. Культурно-массовые мероприятия и специальные акции (концерты, соревнования) также могут быть использованы для распространения

информации о способах предупреждения заражения ВИЧ. При подаче информации целесообразно избегать прямых поучительных и назидательных мотивов, которые могут восприниматься слушателями негативно.

Проблемы, связанные с информированием обучением этих групп такие же, как с обучением общего населения: отдельные представители этих контингентов могут не ассоциировать своего поведения с риском заражения или негативно расценивать «навязываемую» им в организованном порядке информацию.

Подростков и молодежь рассматривают как группу риска по ВИЧ в связи с тем, что при вступлении в самостоятельную жизнь они проходят фазу экспериментов в области сексуального поведения, часто с использованием психотропных веществ. Так как их представления об этом поведении обычно формируются под воздействием случайных влияний и факторов, молодые люди подвергаются высокому риску заражении ВИЧ.

Легкодоступным способом обучения молодежи является организация программ в образовательных учреждениях. Формирование в школе навыков предупреждения заражения ВИЧ решает стратегическую задачу предупреждения распространения ВИЧ среди населения России, так как после окончания учебных заведений молодежь становится менее доступной для систематического обучения, в то время как риски заражения ВИЧ продолжают возрастать. Конечной целью обучения является создание у молодого человека мотивации на самостоятельный и осознанный выбор поведения, препятствующего риску заражения ВИЧ.

Для профилактической работы среди подростков и молодежи целесообразно использовать различные молодежные организации и движения. Широко используется привлечение обученных инструкторов из молодежной среды (по принципу «равный обучает равного»), что лучше воспринимается молодежью, чем поучения «старших».

Уязвимым по ВИЧ контингентом в большинстве стран мира считают также **женщин и девочек**, в связи с их социальной дискриминацией. В России явная дискриминация женщин наблюдается в отдельных регионах страны (в республиках Северного Кавказа), где, например, девушки могут быть объектом принуждения и насильственных сексуальных действий (насильственное замужество, «похищение невест»), что может иметь значение для организации профилактических мероприятий. Напротив, среди значительной части населения страны женщины являются лидерами в вопросах сексуального поведения, в связи с чем информирование этой группы о путях предупреждения заражения имеет большое значение.

При осуществлении профилактических программ по ВИЧ для женщин могут быть задействованы лечебно-профилактические организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам, и другие учреждения и организации, оказывающие услуги женщинам (парикмахерские, маникюрные, педикюрные, косметологические салоны).

Организации акушерского и гинекологического профиля должны быть одним из основных структурных подразделений, проводящим профилактическую работу среди женского населения по предупреждению передачи ВИЧ. Женщины, обращающиеся за медицинской помощью должны получать информацию о путях предотвращения заражения ВИЧ.

Все учреждения и подразделения акушерско-гинекологического профиля должны быть оснащены информационными материалами по профилактике ВИЧ-инфекции, доступными для пациентов. В связи с этим весь персонал соответствующих учреждений должен пройти базовое обучение по профилактике ВИЧ. В каждом учреждении должны быть специалисты, обученные консультированию по вопросам ВИЧ и предупреждению передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Целесообразно организации бытового облуживания также оснастить информационными материалами по профилактике ВИЧ для клиентов. Обучение персонала организаций бытового облуживания по профилактике ВИЧ может охватить информационной компанией как сотрудников этих организаций, так и их клиентов. Для активизации этой работы могут использоваться различные методы стимулирования.

Заключенных часто называют «группой риска по ВИЧ-инфекции», так как пораженность в этой группе существенно выше, чем среди остального населения, однако это разнородная по характеристикам группа, представители которой могут заражаться ВИЧ до поступления в места заключения, чаще всего в результате использования наркотиков, а также в результате гетеросексуальных или гомосексуальных контактов. Так как вероятность обнаружения ВИЧ-позитивных среди осужденных лиц в Российской Федерации высока, то рекомендуется добровольное тестирование всех поступающих в места лишения свободы, для выявления ВИЧ-инфицированных лиц в целях оказания им медицинской помощи. Консультирование, которое должно проводиться при обследовании имеет свое значение для профилактики заражения.

Заключенные считаются во многих странах группой повышенного риска по заражению ВИЧ и в связи с тем, что непосредственно в тюрьмах наблюдали передачу ВИЧ половым путем, а также при потреблении наркотиков, однако в России вспышки ВИЧ среди заключенных пока выявлялись редко. Это обусловлено тем, что в Российской Федерации осужденные предварительно обследуются на ВИЧ, а в местах заключения проводятся мероприятия по условному разобщению (отдельные помещения для сна) заключенных по их ВИЧ-статусу. Однако необходимо учитывать, что однократное тестирование на антитела к ВИЧ нельзя назвать мерой достаточной для выявления всех лиц, живущих с ВИЧ, хотя бы только из-за существования серонегативного окна. С другой стороны, допускается возможность проникновения ВИЧ в места заключения не только непосредственно с пребывающими туда заключенными, но также и другими путями, например, с растворами наркотиков. Хотя условия пребывания в учреждениях уголовной системы ФСИН России не предусматривают возможности использования наркотиков и половых контактов, тем не менее, нарушения этих правил могут происходить. Поведенческие исследования в местах лишения свободы показали возможность сексуальных контактов между заключенными и с персоналом исправительных учреждений, а также другие возможные варианты передачи ВИЧ. Половые контакты разрешаются и во время свиданий с супругами, которые могут быть инфицированы ВИЧ. В некоторых местах пребывания осужденных, при условии их разрешенного перемещения за пределы места отбытия наказания, возможны половые контакты с местным населением. Это означает, что необходимо во всех местах отбывания наказаний обеспечить возможность приобретения презервативов. В отдельных странах организован доступ заключенных к чистым инструментам для внутривенного введения.

После отбывания наказания заключенные возвращаются в общество, поэтому в период пребывания в исправительных учреждениях их необходимо обучить, как предотвратить заражение ВИЧ, как в местах лишения свободы, так и после освобождения. Профилактика инфицирования среди заключенных имеет большое значение для успеха всех программ по предупреждению распространения ВИЧ, а само пребывание большого числа уязвимых к заражению ВИЧ лиц в местах заключения, обеспечивает их доступность для обучения способам предупреждения заражения.

Для информирования заключенных о путях предупреждения заражения можно использовать средства массовой информа-

ции, имеющиеся в местах заключения: местное, радио, телевидение, газеты, стенды и прочее. Групповое обучение отдельных категорий заключенных возможно осуществлять в виде лекций и разных общественных мероприятий, например тематических спектаклей. Целесообразно распространять наглядную агитацию (листовки, плакаты). Для работы в группах предпочтительно использование принципа «равный обучает равного». Для этой работы могут привлекаться заключенные, имеющие авторитет. Наиболее эффективным методом обучения является консультирование. Консультирование может быть индивидуальным или групповым. Консультирование по вопросам профилактики заражения ВИЧ может проводиться как получившим соответствующее обучение медицинским персоналом, так и специально обученными лицами, в том числе инфицированными ВИЧ. Это могут быть как добровольцы, так и лица, работающие по найму с государственными учреждениями или общественными организациями, что может стимулировать их активность. Все лица, занимающиеся консультированием, должны строго придерживаться принципов толерантности.

Консультирование заключенных, инфицированных ВИЧ, принципиально не отличается от консультирования других лиц, живущих с ВИЧ. При этом консультант должен быть готов обсуждать с пациентом его проблемы, связанные с половой жизнью или потреблением наркотиков. Важным аспектом является подробное обсуждение с заключенных возможности получение лечения ВИЧ-инфекции в местах заключения и после освобождения.

В то же время, в условиях заключения одних навыков безопасного в плане заражения ВИЧ поведения может быть недостаточно для того, чтобы избежать заражения. По этой причине целесообразно кроме обучения обеспечить в местах заключения доступ к презервативам, лубрикантам и дезинфектантам.

Персонал пенитенциарных учреждений должен быть обучен по профилактике ВИЧ, а также обеспечен соответствующими инструкциями, материалами и антиретровирусными препаратами для предупреждения заражения ВИЧ персонала в случае возникновения риска заражения ВИЧ.

Работающее население. В связи с повышением распространенности ВИЧ среди населения Российской Федерации в возрастной группе 25-40 лет и старше возникает необходимость обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции не только среди учащихся, но и среди работающей части населения, которые можно проводить непосредственно на производстве, условно обозначая его как обучение «на рабочем месте». Однако проведение подобных мероприятий без одобрения администрации невозможно, так как они могут отрывать работающих от процесса производства или сокращать возможность их свободное время (если будет проводиться в перерывах или после работы). В связи с этим организация обучающих мероприятий на производстве требует полного согласования как с работодателями, так и с работниками (или представляющими их интересы профсоюзами).

При планировании проведения просветительских мероприятий по ВИЧ и СПИДу на рабочих местах целесообразно добиться включения в коллективные договоры положений, касающихся профилактики ВИЧ на рабочих местах, в том числе системное обучение в трудовых коллективах и защиты права на труд для людей, живущих с ВИЧ.

Поддержка руководства организации является важнейшим условием успешной профилактики, поэтому они являются целевой группой, важной для организации профилактической работы. Рекомендуется распространять среди них опыт реализации корпоративных программ по внедрению здоровье сберегающих технологий, в том числе по профилактике ВИЧ; системное обучения руководителей, инспекторов по технике безопасности, профсоюзных активистов по вопросам ВИЧ.

Авторитетные предприниматели должны принимать участие в разработке региональных профилактических программ. Целесообразно включить вопросы по ВИЧ в программы обучения по охране труда для руководителей и специалистов организаций.

Мигранты и мобильные группы населения. Развитие пандемии ВИЧ в значительной мере связано с развитием международных связей и миграцией населения. Мигрирующие группы являются «переносчиками ВИЧ» и одновременно наиболее уязвимыми группами населения. Находясь в условиях отрыва от привычной среды обитания, представители мобильных групп населения часто подвергаются сравнительно большему риску заражения (чаще всего при половых контактах), чем в местах постоянного проживания. При этом представители мобильных групп населения обычно не имеют доступа к профилактическим обучающим программам по ВИЧ, которые проводятся для местного населения. Стигматизация и дискриминация иностранных рабочих, наблюдаемая во многих странах, частое отсутствие легального статуса проживания затрудняют проведение профилактической работы в этих группах.

Основным мероприятием по предупреждению распространения ВИЧ является обучение мигрантов и мобильных групп населения навыкам менее опасного в плане заражения ВИЧ поведения.

Общие мероприятия по профилактике ВИЧ, направленные на просвещение мигрирующих контингентов, могут осуществляться на вокзалах, в аэропортах, портах, непосредственно на транспортных средствах, в пересадочных узлах. К этим мероприятиям могут быть отнесены применение наглядной агитации: плакатов, буклетов, раздача листовок, продажа презервативов, в том числе путем установки автоматов для розничной продажи. Информация о путях предупреждения заражения может распространяться в местах массовых стоянок, в пунктах питания водителей, на заправочных станциях. Для информирования путешествующих может быть использована также аудио- и видео- информация. К работе по просвещению международных путешественников могут быть привлечены службы, осуществляющие пограничный санитарный контроль. Часть работы по проведению просветительных мероприятий среди мигрантов может выполняться неправительственными организациями.

Мигранты, независимо от группы, к которой они принадлежат, должны получить базовую информацию о ВИЧ/СПИД и путях предупреждения заражения. Следует учитывать, что незнание языка может стать непреодолимым барьером при попытке обучения определенных групп мигрантов навыкам безопасного в плане заражения ВИЧ поведения. Целесообразно тиражировать обучающие материалы на языках мигрантов, наиболее часто встречающихся на данной территории, привлекать к работе носителей языка, использовать ресурсы национальных общин. Информация должна быть изложена простым языком, понятным малообразованным слоям населения, к которым могут относиться представители мигрирующих групп населения.

Кроме очевидной мотивации сохранения здоровья, дополнительной мотивацией для мигрантов является сохранение возможности работать за рубежом (в условиях депортации ВИЧ-инфицированных иностранцев) и сохранение здоровья членов их семей.

Проведение профилактических мероприятий должно контролироваться органами санитарно-эпидемиологического надзора и осуществляться лечебно-профилактическими организациями, миграционными службами под методическим руководством территориального центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Просветительские мероприятия среди транспортных служащих, моряков, речников, должны осуществляться медицинскими службами, ответственными за состояние здоровья этих контингентов, под контролем соответствующих санитарных служб. Информирование туристов и бизнес-мигрантов может осуществляться туристическими компаниями и компаниями, оформляющими выездные документы. Надзорные органы должны настоятельно рекомендовать данным организациям распространять среди клиентов материалы по предупреждению заражения ВИЧ во время пребывания в путешествии.

Пациенты и посетители медицинских организаций являются группой, которая может получить информацию о способах предохранения от заражения ВИЧ непосредственно в медицинских учреждениях посредством наглядной агитации, плакатов, листовок, непосредственно от медицинских работников и работников аптек. Особо важно организовать обучение навыкам консультирования по ВИЧ персонал медицинских учреждений, оказывающий помощь больным ИППП, потребителям наркотических средств, а также женщинам и подросткам.

Покупатели в аптеках – широкая группа населения с разными рисками заражения, среди которой можно с высокой степенью достоверности определить наркопотребителей и использовать момент покупки для предоставления им информации по профилактике ВИЧ в виде листовок, буклетов и прочего.

6.3. ГРУППЫ, ИМЕЮЩИЕ ОГРАНИЧЕННЫЙ ДОСТУП К ОБУЧЕНИЮ

Неорганизованная (не учащаяся и не работающая) молодежь представляет собой группу особо уязвимую к заражению ВИЧ по сравнению с организованной молодежью в связи с тем, что имеет больше времени для вовлечения в более опасное в плане заражения ВИЧ поведение.

Для работы с этой группой используются различные мероприятия, проводимые в местах ее проживания и концентрации, в том числе в технике аутрич-работы. К этой деятельности могут быть привлечены «клиники, дружественные молодежи», и другие организации, оказывающие помощь молодым людям. Целесообразно использование для обучения специально подготовленных инструкторов соответствующего возраста (использование принципа «равный-равному»).

Местом проведения профилактических программ для молодежи могут быть концертные и спортивные мероприятия.

Бездомные, беспризорные, бродяги подвергаются высокому риску заражения ВИЧ как в связи с особенностями поведения, предполагающими вовлечение в опасное в плане заражения поведение, так и в силу ограничения доступа к медицинской помощи. Информирование и обучение этой группы может осуществляться как в технике аутрич-работы, так и в местах оказания им помощи, в правоохранительных учреждениях, которые могут сталкиваться с этой группой населения.

Этнические меньшинства в силу своего образа жизни или языкового барьера могут не получить полный доступ к информации о ВИЧ/СПИД. При этом некоторые этнические группы могут играть роль в распространении ВИЧ. Так, цыганские группировки замечены в нелегальной торговле наркотиками, в том числе в виде готовых растворов психотропных веществ, являющихся важным фактором распространения ВИЧ. Аборигенные популяции (в том числе народы Севера России) более уязвимы к алкоголю, что может приводить их к более опасному сексуальному поведению. Для некоторых этнических групп целесообразно переводить информационные материалы на их родной язык, готовить консультантов и аутрич-работников непосредственно из представителей этих групп.

Лица с ограниченными возможностями (например, слабовидящие, лица с нарушением психики) нуждаются в специальных программах, открывающих им доступ к информации по предупреждению заражения ВИЧ. В программах по профилактике ВИЧ должна быть учтена необходимость осуществления профилактических мероприятий в этих группах, в том числе публикация материалов на языке слепых, аудиозаписи. Необходимо привлекать медиков, оказывающих помощь лицам с нарушениями психики к их консультированию по вопросам ВИЧ

6.4. ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ ОСОБО УЯЗВИМЫХ И МАЛОДОСТУПНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Некоторые группы населения, могут подвергаться сравнительно более высокому риску заражения ВИЧ, но при этом иметь меньший доступ к информации или профилактическим мероприятиям. Именно с быстрым распространением ВИЧ в этих группах связана вторая фаза эпидемического процесса, так называемая стадия «концентрированной» эпидемии. В условиях высокой пораженности уязвимых групп населения ВИЧ начинается переход эпидпроцесса в стадию генерализации, когда необходимо обеспечить проведение всего комплекса профилактических программ.

Эти группы могут подвергаться стигматизации и дискриминации как в области осуществления общих прав человека, так и в области оказания медицинских услуг, в связи с чем становятся менее доступными для профилактических мероприятий. Из-за стигматизации и дискриминации представители этих групп часто негативно относятся к информации, распространяемой «официальными» источниками. Обучение этих групп часто невозможно осуществить с использованием общих средств массовой информации, групповое обучение представителей этих групп также не всегда осуществимо, поэтому основное обучение представителей этих групп связано с индивидуальным или групповым консультированием, в частности в технике аутрич-обучения.

Особо уязвимыми для заражения ВИЧ контингенты традиционно считаются: ПИН, МСМ и КСР. Примыкающей к этим группам уязвимой частью населения являются половые партнеры всех вышеназванных групп, которые могут не ассоциировать поведение своих партнеров с собственным высоким риском заражения, и поэтому также нуждаются в специальном обучении.

Требования по проведению профилактических программ среди уязвимых групп закреплены в санитарном законодательстве Российской Федерации. Для повышения эффективности профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, необходимо обеспечить высокий (не менее 60%) уровень охвата представителей уязвимых групп профилактическими вмешательствами, и по возможности, начинать профилактическую работу на ранних стадиях развития эпидемии. Эпизодические, мелкомасштабные профилактические вмешательства не могут оказать ощутимого влияния на ход развития эпидемии.

6.4.1. ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

ПИН являются уязвимой группой по ВИЧ в силу того, что они часто делают себе инъекции растворов психотропных препаратов, используя общие иглы, шприцы, растворы наркотиков, в результате чего возможно прямое попадание ВИЧ во внутренние среды организма, обусловливающие высокий риск заражения. На скорость распространения ВИЧ в этой группе влияют такие факторы, как форма распространения наркотика (порошок, готовый раствор), способ приготовления раствора, от того, с кем

вместе принимают препараты (в закрытой стабильной группе, в открытой группе с неизвестными меняющимися партнерами или индивидуально), принимаются ли меры «предосторожности» какие, частота приема наркотиков. Изучение таких особенностей имеет значение для организации профилактических мероприятий в этой группе.

Общим подходом по уменьшению потенциального уровня передачи ВИЧ является **снижение распространенности употребления психотропных веществ**, по этой причине комплекс мероприятий по «борьбе с наркотиками» может рассматриваться и как профилактическое мероприятие по предупреждению распространения ВИЧ. Снижение уровня немедицинского потребления наркотических препаратов и психотропных веществ достигается снижением уровня потребности препаратов среди населения, а также ограничением доступа населения к препаратам этого ряда. К снижению уровня спроса на наркотические препараты ведут: активное информирование населения о негативных последствиях употребления психотропных веществ, включая информацию о риске инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов; пресечение распространения в печатных и электронных СМИ материалов, пропагандирующих немедицинское использование наркотические препаратов; развитие системы менее опасного времяпрепровождения населения, в особенности молодежи, лечение наркозависимых лиц. Снижения уровня доступности психоактивных препаратов достигается выявлением и ликвидацией незаконного производства наркотических препаратов, контролем производства и распределения легально производимых наркотических веществ, разрушением цепей незаконной транспортировки психоактивных препаратов.

При достаточной эффективности проводимых мероприятий «по борьбе с наркотиками» количество потребителей инъекционных наркотиков в России должно стабилизироваться и в будущем постепенно уменьшаться. В то же время этот процесс происходит медленно и сопряжен с различными проблемами. Например, проводимое ограничение доступа для ПИН к одним психотропным препаратам приводило к увеличению использования других, иногда даже более опасных для здоровья наркопотребителей препаратов (например, «дезоморфин»), в связи с чем потребовались дополнительные мероприятия по ограничению доступности сырья для производства этих веществ. Эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время пока так же невысока и лишь небольшой доле наркозависимых удается воздерживаться от употребления наркотиков в течение года после прохождения курса лечения. В связи с этими сложностями популяция активных ПИН сокращается медленнее, чем было бы необходимо для прекращения передачи ВИЧ в этой среде.

Целям профилактики ВИЧ-инфекции может служить изменение способа употребления наркотика. Переход ПИН на пероральный прием или курение наркотического препарата может снизить уровень передачи ВИЧ парентеральным путем. На этой гипотезе основана широко применяемая в Западной Европе методика перевода ПИН с парентерального на пероральный прием агонистов опиума (препаратов, связывающихся с тем же рецептором, вызывая подобный эффект), не вполне точно называемая заместительной «терапией». В реальности «заместительная терапия» агонистами опиума от зависимости наркопотребителей не излечивает, но благодаря уменьшению частоты парентерального введения наркотиков снижает уровень передачи ВИЧ, в связи с чем ее применение в ряде стран Европы считают целесообразным. Считается, что помимо снижения передачи ВИЧ массовая раздача потребителям наркотических средств бесплатных агонистов опиума, привлекает эту малодоступную группу к дальнейшему контакта с медицинскими организациями, снижает спрос на нелегальные наркотики и тем самым подрывает экономические основы нелегального наркобизнеса. В то же время многие считают, что «заместительная терапия» противоречит этическим принципам, так как пероральный прием агонистов опиатов не уменьшает зависимость и наносит потребителю не меньший вред, чем парентеральный. Данное мнение сегодня преобладает среди российских лиц, принимающих решения, в связи с чем «заместительная терапия» в России не применяется. В настоящее время проходит изучение возможности использования для предупреждения заражения ВИЧ препаратов, снижающих тягу к наркотикам и не формирующих зависимости (антагонистов опиума, связывающихся с рецепторами но, но не вызывающими их раздражения). К этому следует добавить, что как применение агонистов, так и использование антагонистов опиума требует последующего длительного психологического сопровождения, которое является не менее важным, чем применение препаратов. Кроме того, пероральный прием психотропных веществ не снижает вероятности заражения половым путем, тем более, что ряд психотропных препаратов стимулирует половую активность и снижает уровень оценки рисков заражения. Тем не менее при индивидуальной работе с потребителями наркотических средств целесообразно предоставлять им соответствующую информацию.

Сложность задачи по организации обучения потребителей наркотических средств способам предупреждения заражения ВИЧ обусловлена тем, что распространение наркотиков в России преследуется уголовным законом, в связи с чем многие ПИН трудно достижимы для обучения, так как уклоняются от контактов с государственными организациями. Доступной для обучения группой являются только те, кто обращается за медицинской помощью в связи с употреблением наркотиков, но ее численность существенно ниже численности латентной части наркопотребителей. Кроме этого потребители психотропных веществ делятся на отдельные группы, различающиеся по своему поведению. Потребители наркотиков мало интересуются СМИ, поэтому для предотвращения передачи ВИЧ в этой группе необходимы специальные программы по их информированию, которые можно осуществлять в таких местах, как учреждения для лечения наркомании. Для обучения наркопотребителей можно использовать также места заключения, где они часто оказываются. Для распространения информации могут использоваться также аптеки, куда наркопотребители обращаются для покупки шприцев и игл или ингредиентов для приготовления психотропных веществ.

Профилактические программы для наркопотребителей должны быть низкопороговыми, то есть обеспечивающими легкий доступ для ПИН к оказанию бесплатных и анонимных услуг независимо от наличия паспорта, регистрации, актуального потребления наркотиков и других факторов. Работа программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН может быть организована в стационарном или мобильном пунктах профилактики, для обучения «латентной» группы наркопотребителей наиболее эффективна аутрич-техника. Аутрич-работа является обязательным компонентом комплексной программы и направлена на установление и поддержание контакта с ПИН, профилактику рискованного поведения и мотивирование клиентов на получение медицинской, социальной и психологической помощи. Эта работа проводится путем консультирования, в том числе по принципу «равный-равному», предпочтительным для ПИН.

Особое внимание при профилактике заражения ВИЧ и вирусами гепатитов среди ПИН должно уделяться методам мотивации. Информация, предоставляемая потребите-лям наркотических средств должна объяснять им значение факторов передачи ВИЧ, таких как, кровь, роль в передаче ВИЧ контаминированных растворов наркотика, загряз-ненных кровью игл и шприцев, фильтров, ваток, растворов для промывания шприцев. В процессе

консультирования ПИН должны быть проинформированы о возможности использования стерильных или индивидуальных шприцев и прочего оборудования, возможности термической или химической дезинфекции растворов и оборудования. Эффективно сочетание обучения ПИН с предоставлением комплексного пакета услуг, который включает следующие вмешательства:

1) лечение наркотической зависимости, профилактика передозировок, реабилитация;
2) тестирование на ВИЧ и консультирование;
3) антиретровирусная терапия, формирование и поддержка приверженности лечению для ПИН инфицированных ВИЧ;
4) диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем;
5) программа по пропаганде использования и обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров;
6) информирование, обучение ПИН и их половых партнеров;
7) профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов;
8) профилактика, диагностика и лечение туберкулёза;
9) низкопороговые программы, включающие предоставление ПИН стерильного инструментария;
10) программы социального сопровождения.

Необходимо обеспечить доступ ко всем видам помощи для женщин ПИН и, особенно, для женщин ПИН с детьми и беременных, которые имеют особые потребности и в настоящее время не имеют возможности получать многие виды помощи. Одним из подходов к решению части задач является создание системы кризисных центров для женщин ПИН. ВИЧ-позитивным ПИН необходимо обеспечить доступ к бесплатным медицинским услугам, включая лечение как наркотической зависимости, так и ВИЧ-инфекции и комплекс других медицинских услуг и поддержки.

Очень важными компонентами профилактических программ являются программы социальной реабилитации и ресоциализации, медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных потребителей наркотических средств, освобождающихся из мест лишения свободы.

6.4.2. ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ КСР

Согласно международному определению, к числу КСР относятся «женщины, мужчины и транссексуалы, как взрослые, так и молодежь, которые получают деньги или продукты в обмен на сексуальные услуги на постоянной или непостоянной основе...»; КСР могут получать в обмен на услуги также психотропные препараты. Считается, что секс-работники склонны к рискованному поведению, приводящему к заражению ВИЧ-инфекцией, такому как незащищенный (презервативами) секс, большое количество сексуальных партнеров и рискованные формы сексуальных практик, а также употребление наркотиков и алкоголя. Однако ряд исследований показывает, что благодаря предшествующим профилактическим мероприятиям, часть секс-работников регулярно пользуется презервативами и использует дезинфектанты и гигиенические процедуры после контактов с клиентами, что уменьшает для них риск «профессионального» заражения ВИЧ. Необходимо учитывать, что часто для этой группы секс-работников угрозу заражения представляют половые контакты с «некоммерческими» партнерами (с которыми презервативы могут не использоваться), также употребление парентеральных наркотиков. КСР в зависимости от формы их стиля поиска клиентов делятся на много подгрупп: подыскивающие клиентов на автострадах и улицах, ожидающие в публичных домах, в гостиницах, приезжающие по телефонному вызову и прочие. Доступ к этим группам для их обучения может технически различаться. Профилактические программы должны охватывать по возможности все категории КСР и осуществляться на постоянной основе в связи с высоким уровнем ротации среди КСР. Профилактические вмешательства должны быть направлены не только на КСР, но и на их клиентов, а при возможности на организаторов секс-бизнеса (сутенеров), а так же сотрудников полиции.

Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией среди КСР является общественно важной задачей, так как предупреждает не только заражение самих секс-работников, но и их клиентов, которые в свою очередь могут распространять ВИЧ среди остального сексуально-активного населения. При этом работники секс-бизнеса более уязвимы, часто подвергаются насилию, они имеют ограниченный доступ к службам помощи, включая лечение и профилактику ИППП, ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости. Для этой уязвимой группы зачастую являются малодоступными многие медицинские услуги и другие виды помощи, в том числе в связи с неподходящим для работников секс-бизнеса графиком работы учреждений. Стигматизация и дискриминация КСР, криминализация секс-бизнеса ограничивает их возможности по обращению за помощью в государственные медицинские учреждения. Очень часто проституцией занимаются мигранты.

С учетом этих факторов, профилактические программы должны быть низкопороговыми, то есть обеспечивающими легкий доступ для КСР к оказанию бесплатных и анонимных услуг независимо от наличия паспорта, регистрации, потребления наркотиков и других факторов. Наиболее эффективно в рамках профилактических программ использовать среди КСР методы аутрич-работы, индивидуального консультирования и группового обучения по принципу «равный-равному». Информирование, обучение и коммуникация для КСР и их сексуальных партнёров:

1) программа по пропаганде использования и обеспечению презервативами КСР и их половых партнеров;
2) тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование;
3) диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем;
4) антиретровирусная терапия, формирование и поддержка приверженности лечению для инфицированных ВИЧ КСР;
5) профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов;
6) профилактика, диагностика и лечение туберкулёза;
7) программы социального сопровождения и юридической помощи КСР.

Для повышения эффективности оказания медицинских услуг для КСР рекомендуется формировать дружественные подходы при организации помощи данной целевой группе, предполагающие наличие доверенных врачей, специально выделенных кабинетов и клиник. Секс-работникам, злоупотребляющим алкоголем, потребляющим наркотики, особенно инъекционным путем, необходимо обеспечить доступ к наркологической помощи и к достоверной информации, а в случае необходимости – к комплексной наркологической помощи.

6.4.3. ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ МСМ

Понятие «мужчины, практикующие секс с мужчинами» используется для определения типов сексуального поведения мужчин, вступающих в половые отношения с другими мужчинами, независимо от мотивации вовлечения в сексуальные контакты или самоидентификации принадлежности к какому-либо или никакому определенному «сообществу». Проблемой является отношение к этой группе как к малочисленной и однородной, в то же время она имеет численность не менее 2-4% от взрослого мужского населения и состоит из множества подгрупп с различными социальными и поведенческими особенностями, в том числе мужчин-гомосексуалов, трансгендерных (желающих поменять или поменявших пол) мужчин и мужчин-бисексуалов. Гомосек-

суальное поведение может быть как следствием естественных склонностей и добровольного выбора, так и вынужденным поведением, вызванным принуждением или изоляцией от женщин, например, во время пребывания в заключении, службы в армии. Жизнь МСМ (геев, бисексуалов и трансгендерных лиц) связана со специфическими субкультурными поведенческими практиками, неизвестными для многих специалистов системы здравоохранения, а кроме того гомосексуальное поведение в России в значительной мере стигматизировано. В силу разнородности МСМ не все подходы к их обучению могут быть равно эффективны. Так, наименее доступной для обучения группой считаются бисексуалы, в большинстве случаев состоящие в браке с женщинами, которые могут не считать себя МСМ и не участвовать в мероприятиях, организуемых среди «геев».

С другой стороны, МСМ часто принадлежат к сравнительно культурным, «продвинутым», слоям населения, они, например, чаще пользуются Интернетом (в том числе и для поиска новых половых партнеров, что в ряде стран считают фактором, увеличивающим риски распространения ВИЧ). МСМ также проявляют большее внимание к своему здоровью, ВИЧ-позитивные МСМ более привержены АРТ. Эти особенности могут быть использованы для организации и проведения в этой среде обучающих мероприятий.

Основной риск заражения ВИЧ при половых контактах между мужчинами связывают преимущественно с особенностями сексуального поведения и незащищенным (без презерватива) анальным сексом. К заражению ИППП/ВИЧ/ВГ могут приводить также орально-анальные и орально-генитальные контакты или использование общих сексуальных игрушек. Заражение ВИЧ МСМ может происходить также при парентеральном употреблении психотропных веществ и при половых контактах с женщинами.

Программы информирования и обучения по вопросам профилактики ВИЧ и ИППП для МСМ должны включать вмешательства на индивидуальном и групповом уровнях. Вмешательства на основе индивидуального консультирования сфокусированы на снижении персонального риска заражения. Вмешательства на групповом уровне в сообществах МСМ могут проводиться при участии специально обученных по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции лидеров и активистов сообщества МСМ. Повышают эффективность профилактических вмешательств коммуникационные технологии с использованием Интернета, социального маркетинга, аутрич-работы и равного консультирования. Интернет-технологии могут обеспечить персональное и анонимное получение информации при онлайн-консультировании. Целесообразно использовать такие новые методы, как информирование с помощью мобильных приложений и SMS-рассылки, использовать специализированные СМИ для МСМ и места распространения печатной продукции (например, информационные стойки в барах и клубах). Одним из самых эффективных методов работы с МСМ является проведение аутрич-работы, такой подход используется в местах встреч для знакомств МСМ. Основная рекомендация для МСМ – постоянное и правильное использование презервативов и лубрикантов при анальных половых контактах как главный способ защиты от заражения ВИЧ-инфекцией. При этом использование любриканта на водной или силиконовой основе – ключевое условие правильного использования и надежности презерватива при анальных половых контактах.

Всемирная организация здравоохранения в качестве стратегии личного выбора исключительно для ВИЧ-инфицированных МСМ, не желающих использовать презервативы, предлагает выбирать себе полового партнера с известным аналогичным серологическим ВИЧ-статусом («серосортинг»). Однако такой подход не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ, в том числе резистентными штаммами.

7. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Хотя основной целью диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных пациентов является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни, организация этого процесса имеет большое значение как противоэпидемическое мероприятие. В процессе диспансеризации осуществляется консультирование и обучение ВИЧ-позитивных пациентов по вопросам сексуальной жизни, а также консультирование их половых партнеров, что уменьшает риск передачи ВИЧ. Применение АРТ с целью лечения приводит к снижению вирусной нагрузки, снижению контагиозности ВИЧ-позитивного лица. Одной из наиболее существенных проблем в лечении ВИЧ является приверженность пациентов лечению, то есть насколько правильно пациент следует рекомендациям врача по применению схем лечения. При недостаточной приверженности терапии высока вероятность выработки у пациента резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам, что приведет не только к неэффективности лечения, но и к дальнейшему распространению резистентных штаммов в популяции.

Наилучших результатов по повышению приверженности пациентов лечению можно достичь при использовании мультипрофессиональных команд, которые создаются по принципу постоянного практического взаимодействия между ее специалистами для оперативного и эффективного решения проблем пациента и школ пациента.

8. СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИИ И ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ/СПИД

В связи с социальными причинами распространения ВИЧ, уязвимостью и тяжелыми последствиями развития заболевания для инфицированных ВИЧ эта группа населения нуждается в предоставлении социального сопровождения, поддержки и ухода. Эта деятельность направлена на улучшение качества жизни инфицированных ВИЧ, которое достигается предоставлением доступа и формированием приверженности к необходимой медицинской помощи и лечению, оказанием социально-психологической и правовой поддержки ВИЧ-инфицированным. Социальная помощь является обязательным компонентом комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей. Она направлена на профилактику распространения ВИЧ-инфекции, улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных через оказание им поддержки в выходе из трудной жизненной ситуации (социально опасного положения), а также на уменьшение случаев отказа от ребенка. Социальное сопровождение осуществляется группой (командой) специалистов различных дисциплин - специалистом по социальной работе, психологом, врачом-инфекционистом, юристом. Применение технологии междисциплинарного ведения случая позволяет не только обеспечить доступ к получению помощи клиентам из наиболее «уязвимых» групп населения, но и создать эффективные механизмы защиты детей, чьи родители находятся в трудной жизненной ситуации.

Основные задачи социальной работы с ВИЧ-позитивными:

- создание условий, при которых клиенты могут осуществить все положенные по закону гарантии;
- помощь в создании условий жизнедеятельности (учебы, работы, лечения, отдыха), в которых клиент чувствовал бы себя востребованным, включенным в социум;
- увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;

- создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;
- достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

Больным ВИЧ, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе должна быть предоставлена паллиативная помощь.

9. БОРЬБА СО СТИГМОЙ И ДИСКРИМИНАЦИЕЙ

Исследования показывают, что связанные с ВИЧ стигма и дискриминация широко распространены, имеют серьезное негативное влияние на качество жизни людей, живущих с ВИЧ и членов их семей, а также усиливают тяжесть последствий от развития эпидемии. Стигма и дискриминация являются серьезным препятствием на пути к осуществлению профилактики ВИЧ, расширению охвата тестированием на ВИЧ, а также повышению доступа и приверженности к медицинской помощи и лечению ВИЧ.

Стигма в связи с ВИЧ/СПИДом базируется на многочисленных факторах, включая непонимание заболевания, неверные представления о путях передачи ВИЧ, отсутствие доступа к лечению, безответственные высказывания средств массовой информации на темы эпидемии, неизлечимый характер СПИДа, предрассудки и страхи в отношении целого ряда деликатных, с точки зрения общества, вопросов, таких как сексуальные отношения, заболевание и смерть, потребление наркотиков.

Мероприятия, направленные на сокращение стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, можно подразделить на три основные группы:

1. Предотвращение или снижение стигмы, включая обеспечение доступа к помощи, лечению и улучшению качества жизни инфицированных ВИЧ, мобилизацию сообщества, популярных персон и религиозных деятелей для формирования уважения и сочувствия к людям, живущим с ВИЧ, вовлечение ЛЖВ в мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и повышение уровня информированности с помощью СМИ.

2. Борьба с проявлениями дискриминации обычно ведется на уровне учреждений, чаще по месту работы ВИЧ-позитивных и в медицинских организациях. Этот компонент включает обучение руководства и сотрудников учреждений по вопросам ВИЧ, прав человека и незаконности дискриминации, обеспечение доступа для инфицированных ВИЧ к помощи и уходу и применение политики недискриминации на рабочем месте, в том числе применение правовых действий для борьбы с дискриминацией, например, обеспечение возможности возмещение ущерба в случае выявления фактов дискриминации.

3. Пропаганда и защита прав человека, включая мониторинг нарушений прав человека. Правозащитные подходы включают применение правовых действий для борьбы с дискриминацией и другими нарушениями прав человека в различных сферах; обеспечение возможности возмещения ущерба; проведение кампаний для информирования о правах, включая повышение уровня знаний о правах человека среди людей, живущих с ВИЧ.

10. БОРЬБА С ЛОЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ И НЕВЕРНЫМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

Ложная информация о ВИЧ (дезинформация) нередко распространяется как в Российской Федерации, так и за рубежом, в том числе через средства массовой информации, в особенности через Интернет. Основными темами этой информации являются: отрицание существования ВИЧ, отрицание связи между заражением ВИЧ и развитием СПИД, отрицание эффективности АРТ, утверждение о ее «вредности» (СПИД-диссидентство), отрицание эффективности профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции, отрицание развития в Российской Федерации эпидемии ВИЧ. Подобная дезинформация может наносить вред как организации профилактических мероприятий в целом, так и отдельным лицам, которые, поддавшись ложным сообщениям, могут отказаться от лечения.

Как правило, эти публикации не соответствуют научным данным или основываются на устаревших публикациях. Причинами, по которым то или иное лицо распространяет неверные сведения, могут быть:

- корыстная заинтересованность: конкуренция в распределении бюджетных средств; опасения потерять доходы от распространения наркотиков и от торговли секс-услугами; продвижении альтернативных методов «лечения СПИДа» (таких как «укрепление больного иммунитета, космическими лучами»);
- реакция психологической защиты у ВИЧ-инфицированных лиц в типичной форме «отрицания болезни»;
- стремление не достигших своих амбиций личностей «прославиться» за счет «неординарных взглядов»;
- боязнь персональной ответственности за плохую организацию противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД (чаще встречается у «руководящих» работников);
- добросовестные заблуждения, связанные с недостатком знаний и навязанные другими лицами.

В каждом случае «СПИД-диссидентства» или попыток уменьшить значение распространения ВИЧ можно выявить персональный мотив, что следует, наряду с привлечением современных научных данных, использовать для противодействия распространению ложных представлений.

11. ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Профилактические программы среди различных групп населения могут быть реализованы только при условии специальной подготовки лиц, которые будут ее осуществлять. Поэтому обучение кадров должно планироваться как один их первых по времени этапов программы.

Обучение медицинского персонала должно проводиться на очных или очно-заочных курсах повышения квалификации специалистов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Вопросы профилактики передачи ВИЧ необходимо включить в программы тематического усовершенствования и сертификационные циклы последипломного образования врачей. Для обучения должны использоваться информационно-методические материалы по профилактике ВИЧ.

Обучение сотрудников неправительственных организаций, особенно равных консультантов и аутрич-работников, должно проводиться уполномоченными государственными организациями на специальных очных или заочных обучающих курсах для специалистов этих организаций по вопросам профилактики передачи ВИЧ.

12. ПРОГРАММЫ ДЕЙСТВИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ

Осуществление профилактики ВИЧ требует вовлечения учреждений разного ведомственного подчинения (административные, планово-финансовые учреждения, здравоохранение, образование, информация, общественная безопасность, оборона),

частных и общественных организаций и отдельных граждан, поэтому все задействованные участники должны привлекаться к этой деятельности уже на этапе планирования комплексных программ по профилактике ВИЧ. Эти программы целесообразно сочетать с программами по профилактике вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи и ИППП. Планирование и контроль за осуществлением программ и их координацию должен осуществлять постоянно действующий координационный совет во главе с полномочным представителем администрации (правительства).

Программы по профилактике ВИЧ должны обеспечивать максимальный охват целевых групп информационными и просветительными мероприятиями; недостаточный охват населения профилактическими программами не отразится на таких показателях, как число новых случаев ВИЧ, число смертей от ВИЧ/СПИД. В то же время программы должны носить долгосрочный характер, так как их влияние на заболеваемость и смертность из-за особенностей эпидемии ВИЧ может проявляться только через несколько лет после начала осуществления мероприятий.

Концепция инвестиций ЮНЭЙДС, разработанная в 2011 г. с целью повышения эффективности затрат, предусматривает рациональное выделение ресурсов, необходимых для обеспечения существенного и устойчивого прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД. Важным аспектом осуществления программ по противодействию эпидемии ВИЧ является экономическая эффективность вмешательств и рациональное расходование средств.

План должен предусматривать финансирование и осуществление основных элементов программ по профилактике ВИЧ с учетом особенностей региона, заблаговременным подбором соисполнителей:

Мероприятия	Соисполнители
1. Информирование и обучение	
Группы населения, важные для организации профи-лактических мероприятий	Координационный совет по профилактике и борьбе со СПИД, Роспотребнадзор, медицинские организации
Общее население	Органы здравоохранения (Центры СПИД), СМИ, неправительственные и общественные организации, Роспотребнадзор
Доступные для обучения организованные группы населения	Учреждения системы образования, ФСИН России, ФМС России, учреждения МО, органы и учреждения здравоохранения, профсоюзы, работодатели, Роспотребнадзор
Группы, имеющие ограниченный доступ к обучению	Неправительственные организации, правоохранительные органы, органы социальной защиты,
Особо уязвимые группы населения	Центры СПИД, наркологические диспансеры, КВД, ФСКН России, неправительственные и обществен-ные организации, правоохранительные органы
2. Противоэпидемические мероприятия	
В отношении источника инфекции	Роспотребнадзор, Центры СПИД профильные организации и учреждения системы здравоохранения, акушерско-гнекологическая служба, ФМС
В отношении путей передачи	Роспотребнадзор, Центры СПИД, КВД, Центры кро-ви
3. Медицинская помощь и антиретровирусное лечение ВИЧ-позитивных лиц	Центры СПИД, учреждения здравоохранения, Рос-потребнадзор
4. Социальное сопровождение, поддержка и уход для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД	Центры СПИД, учреждения социальной службы
5. Борьба со стигмой и дискриминацией	СМИ, неправительственные организации, правоохранительные органы, Роспотребнадзор
6. Подготовка кадров	Роспотребнадзор, Центры СПИД, центры подготовки и переквалификации медицинских работников, неправительственные организации

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

КОНТИНГЕНТЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ*

Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования
Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат	
Доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов, а также беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для производства биологических препаратов	При каждом взятии донорского материала
Врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах
Врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий, которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека	
Научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека	
Медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год
Лица, проходящие военную службу и поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по призыву и контракту, при призыве на срочную военную службу	При поступлении на службу по контракту, при поступлении в военные ВУЗы министерств и ведомств, устанавливающих ограничения для приёма на службу лиц с ВИЧ-инфекцией
Иностранные граждане и лица без гражданства	При обращении за получением разрешения на гражданство или видом на жительство, или разрешением на работу в Российской Федерации, при въезде на территорию Российской Федерации на срок более 3 месяцев
Рекомендуются для добровольного обследования на ВИЧ	
Беременные	При постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 28–30 недель

Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования
Беременные, не обследованные до родов или обследованные только до 28-й недели беременности	При обращении в медицинские учреждения, при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением
Беременные, имеющие ВИЧ-инфицированных половых партнеров или употребляющих психоактивные вещества	При постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением, независимо от количества исследований во время беременности
Рекомендуются для добровольного обследования на ВИЧ	
Мужья, половые партнеры всех женщин, поставленных на учет по беременности	Однократно при постановке беременной на учет
Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями и матерями, не обследованными на ВИЧ-инфекцию во время беременности и родов	Исследование на антитела к ВИЧ методом ИФА: при рождении, в 9, 12 и 18 месяцев. Исследование на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ: при рождении (при наличии признаков внутриутробного инфицирования) или в возрасте 1-2 месяца. Повторное исследование – в зависимости от полученного результата: при первом положительном результате как можно раньше. при первом отрицательном результате – в возрасте 4-6 месяцев
Лица, относящиеся к уязвимым группам населения:	
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом «наркомания», употребляющие наркотики с вредными последствиями, потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	При обращении за медицинской помощью, в последующем - 1 раз в 6 месяцев
Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	При обращении за медицинской помощью
Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг, проституцией (КСР)	При обращении за медицинской помощью
Выявленные контактные лица при проведении эпидемиологического расследования (контакт с ВИЧ-позитивным, при котором имелся риск заражения ВИЧ)	При выявлении лица, имевшего с ВИЧ-инфицированным контакт, в результате которого могло произойти заражение ВИЧ, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта
Участники аварийной ситуации: потенциальный источник ВИЧ-инфекции и контактировавшее лицо (обследуются с целью профилактики профессионального заражения)	При возникновении на рабочем месте аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые и через 3, 6, 12 мес. после аварии
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При поступлении в места лишения свободы, в последующем в соответствии с клиническими и эпидемиологическими показаниями
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом заболеваний, передающихся половым путем	При постановке диагноза и через 6 месяцев
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита В или гепатита С	При постановке диагноза и через 6 и 12 месяцев
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом хронического гепатита В или гепатита С, а так же лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита В или С	При постановке диагноза
Лица, обследуемые по клиническим показаниям:	
Больные с хотя бы одним из следующих клинических проявлений: лихорадка более 1 месяца, увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца, диарея, длящаяся более 1 месяца, необъяснимая потеря массы тела на 10 и более процентов	При выявлении клинических проявлений

Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования
Больные с затяжными, рецидивирующими и возвратными пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии	При постановке диагноза
Больные с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными или паразитарными заболеваниями, сепсисом	
Больные с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц.	
Больные с ворсистой лейкоплакией языка	
Больные с хроническими и рецидивирующими бактериальными, грибковыми и вирусными заболеваниями кожи и слизистых, в.т.ч. с рецидивирующей пиодермией	
Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии	
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом:	
Саркомы Капоши	При постановке диагноза
Лимфомы мозга	
Т-клеточного лейкоза	
Легочного и внелегочного туберкулеза	
Заболевания, обусловленного цитомегаловирусом	
Генерализованной или хронической формы инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса	
Рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет	
Инфекционного мононуклеоза (у лиц старше 13 лет)	При постановке диагноза и через 3 месяца после начала заболевания
Пневмоцистоза (пневмонии)	При постановке диагноза
Токсоплазмоза с поражением центральной нервной системы.	
Криптококкоза (внелегочного)	
Криптоспородиоза	
Изоспороза	
Гистоплазмоза	
Стронгилоидоза	
Кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких	
Глубоких микозов	
Атипичных микобактериозов	
Прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии	
Анемии различного генеза	
Рак шейки матки (инвазивный)	
Кокцидиомикоза (диссеминированного или внелегочного)	
Лимфома Беркитта	
Иммунобластная лимфома	
Сальмонеллезные (не тифоидные) септицемии возвратные	
Бактериальных инфекций (множественных или возвратных) у ребенка в возрасте до 13 лет	
Интерстициальной лимфоидной пневмонии у ребенка в возрасте до 13 лет	
Онкологических заболеваний у ребенка в возрасте до 13 лет	
Дети до 13 лет со следующими клиническими проявлениями: Длительная необъяснимая гепато (сплено) мегалия Персистирующий/рецидивирующий необъяснимый паротит Резкая задержка психомоторного и физического развития Нейтропения < 0,5 х 10^9/л Тромбоцитопения < 50 х 10^9/л	При выявлении клинических проявлений
Обследованные добровольно по инициативе пациента (при отсутствии других причин обследования)	При обращении с целью обследования

Контингенты, подлежащие обследованию по патологоанатомическим показаниям	
Умершие, в случае выявления патологоанатомических изменений, указывающих на СПИД; лица, у которых на вскрытии было обнаружено генерализованное увеличение лимфоузлов, туберкулез; наркопотребители; умершие в результате передозировки наркотиков, сепсиса, а также лица, умершие вследствие суицида	При вскрытии трупа

* Вышеуказанные контингенты проходят освидетельствование на наличие антител к ВИЧ добровольно с обязательным до- и послетестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и при наличии информированного согласия.

Приложение 2

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ

• **ВИЧ-инфекция** – инфекционное хроническое заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению вплоть до формирования синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД).

• **ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:**

при сексуальных контактах без презерватива;

через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на который попадает кровь); возможно заражение при применении готовых растворов наркотиков, в который могли занести ВИЧ раньше.

от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транспортом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

• **Как избежать заражения ВИЧ.** В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, человек может использовать разные способы предохранения. Например, иметь только одного верного, не инфицированного ВИЧ полового партнера, не употреблять наркотики или всегда пользоваться презервативами. Для предотвращения заражения через кровь необходимо избегать контакта с любыми инструментами и материалами, на которые могла попасть кровь другого человека. ВИЧ-инфицированная беременная женщина может защитить своего ребенка от заражения ВИЧ, принимая специальные лекарства во время беременности и отказавшись от грудного вскармливания.

• **С какой целью проводится обследование на антитела к ВИЧ.** Своевременное установление диагноза ВИЧ-инфекции на основании обнаружения антител и данных последующих исследований позволяет вовремя начать необходимое лечение и принять другие меры к уменьшению негативных последствий заражения ВИЧ, например, предотвратить передачу ВИЧ близким людям.

• **Консультирование перед проведением обследования (дотестовое консультирование)** на антитела к ВИЧ должно быть предоставлено всем желающим, чтобы человек перед обследованием мог обсудить со специалистом все аспекты этого тестирования, включая его возможные последствия.

• **Исследование крови на наличие антител к ВИЧ.** Одним из важнейших свидетельств того, что человек инфицирован ВИЧ является обнаружение в его крови антител к ВИЧ. Для проведения этого исследования из локтевой вены пациента берется 5-10 мл крови, которая подвергается дальнейшему обследованию в медицинских учреждениях, имеющих разрешение (лицензию) на такую деятельность.

Результаты обследования крови на антитела к ВИЧ могут быть положительными (антитела к ВИЧ обнаружены), отрицательными (антитела к ВИЧ не обнаружены, результаты «негативные») или неопределенными.

При обнаружении антител к ВИЧ, человек, у которого они выявлены, считается «ВИЧ-положительным» или «ВИЧ-позитивным» и от него может произойти заражение другого лица. Обнаружение антител к ВИЧ накладывает на человека определенные обязательства по предупреждению возможного заражения других лиц.

В случае «неопределенных» (сомнительных) результатов обследования, обследуемому назначаются повторные обследования крови на антитела к ВИЧ или другие необходимые исследования. Человек с неопределенными результатами обследования также должен принимать меры предосторожности, чтобы не допустить заражение других лиц.

Если антитела к ВИЧ не обнаружены, то вероятно, человек не инфицирован ВИЧ. Однако существует периода «серонегативного окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ который обычно составляет до 3 месяцев, но может быть и дольше). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Поэтому, если имелся риск заражения ВИЧ в течение менее 3 мес. до проведения обследования на ВИЧ, обследование рекомендуется повторить через 3 и 6 месяцев.

• В случае обнаружения антител к ВИЧ, ВИЧ-позитивный, должен быть проинформирован о результатах исследования, ему будет предложено подробно разъяснено значение результатов этого исследования (то есть ему **должно быть предоставлено подробное послетестовое консультирование**) и предложено пройти дополнительные клиническое, лабораторное и эпидемиологическое обследования для установления окончательного диагноза ВИЧ-инфекции, стадии заболевания и назначения соответствующего лечения.

• **Все необходимые исследования, связанные с диагностикой ВИЧ-инфекции и ее лечением для граждан Российской Федерации осуществляются бесплатно.**

• Исследование на антитела к ВИЧ может проводиться анонимно (когда обследуемый не называет своего подлинного имени и результат обследуемый может узнать по коду), или конфиденциально, когда обследуемый сообщает медицинским работникам данные, которые позволяют его идентифицировать (например Ф.И.О., паспортные данные), **а медицинские работники, которые проводят обследование, берут на себя обязательство сохранять имя обследуемого в тайне, независимо от результатов обследования.**

• Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает специалист при консультировании после проведения обследования (послетестовом консультировании), которое проводится после получения обследования на антитела к ВИЧ с целью разъяснения обследуемому его результатов и рекомендаций относительно дальнейшего образа жизни.

• С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД по адресу: _____

_____

• **Если Вы согласны на проведение конфиденциального обследования на антитела к ВИЧ, Вы должны указать здесь Ваши данные, (если Вы желаете пройти обследование анонимно, оставляете последующие строки незаполненными)**

Я _____

(фамилия, имя, отчество)

_____года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

_____ _____

подпись обследуемого на ВИЧ дата

Приложение 3

ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ОБНАРУЖЕНИИ АНТИТЕЛ К ВИЧ

У Вас при обследовании обнаружены антитела к ВИЧ.

Информируем Вас, что:

Обнаружение антител к ВИЧ является признаком наличия ВИЧ-инфекции. Людей, у которых выявлены антитела к ВИЧ, называют ВИЧ-позитивными. Для установления диагноза ВИЧ-инфекции, уточнения стадии заболевания, диспансерного наблюдения и назначения лечения Вам необходимо немедленно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом или к уполномоченному врачу ЛПО по адресу: _____

тел. _____

ВИЧ-позитивные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и исполняют обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации.

В России организовано бесплатное лечение ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся россиян. Для прохождения бесплатного обследования и лечения нужно обратиться по указанному выше адресу. Лечение не избавляет от ВИЧ-инфекции, но существенно продлевает жизнь, улучшает ее качество, позволяет сохранить трудоспособность на долгие годы. ВИЧ-позитивным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

ВИЧ инфекция передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;
- через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на который попадает кровь) или при применении готовых растворов наркотиков, в который могли занести ВИЧ раньше.
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транспортом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

Для того, что бы не передать ВИЧ-инфекцию другому человеку я должен/должна соблюдать меры предосторожности. Мне дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у меня ВИЧ-инфекции, всегда пользоваться презервативами. Не кормить ребенка грудью. Я должен/должна принять меры к тому, что бы моя кровь, попавшая на колющие, режущие инструменты не могла стать причиной заражения других людей.

ВИЧ-позитивные не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ).

Со всеми вопросами, связанными с ВИЧ-инфекцией можно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Если обследование проводилось анонимно, то не указывайте свою фамилию, имя, отчество.

Я _____

(фамилия, имя, отчество)

_____года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня антител к ВИЧ, о гарантиях оказания медицинской помощи, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также о необходимости соблюдать меры предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции.

_____ _____

подпись обследуемого на ВИЧ дата

Приложение 4

ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОМ

1. Презерватив всегда должен находиться при Вас. Приобретать его нужно заранее, так как в необходимый момент на это может не оказаться времени или купить его будет негде. Заранее подумайте о том, как будете убеждать партнера в необходимости его использования;
2. Покупать его желательно в аптеках или специализированных магазинах, где обеспечиваются необходимые условия его хранения;
3. Покупать нужно презервативы с гарантией качества;
4. Для каждого вида секса (орального, вагинального и анального) используются специальные предназначенные для этого презервативы, что указано на упаковке;
5. Необходимо перед использованием проверить целостность упаковки, дату изготовления и срок годности презерватива;

- Презервативы различаются по срокам хранения – от 2 до 5 лет;
- Презервативам вредна высокая температура, они не переносят солнечного света и страдают от контактов с веществами, вступающими в реакцию с латексом (например, масла). Условия хранения презервативов – сухое прохладное место, исключающее возможность механического повреждения и подальше от солнца;

6. По размеру презервативы могут быть стандартными и увеличенными, в разных странах стандарты могут отличаться, важно подбирать презерватив по размеру;
7. Для профилактики заражения ВИЧ не подходят текстурированные (с ребрышками, пупырышками) презервативы, поскольку риск разрыва у таких презервативов выше;

8. Открывать упаковку нужно только пальцами (не ножницами, не ногтями);

9. В случае необходимости (и даже желательно) использовать дополнительную смазку только на водной основе;

10.Надевать презерватив необходимо непосредственно перед половым актом (до проникновения) на половой член в состоянии эрекции;

11.Перед надеванием презерватива убрать воздух их спермоприемника;

12.Раскатать по всей длине полового члена;

13.Необходимо следить за тем, чтобы презерватив оставался на половом члене во время всего полового акта. Если презерватив соскользнул или разорвался, нужно использовать новый, прежде чем продолжить половой акт;

14.Презерватив рассчитан на использование в течение не более 30 мин.

15.После семяизвержения нужно вынуть пенис из влагалища, придерживая презерватив у основания во избежание его соскальзывания;

16.Завязать презерватив, завернуть в бумагу и выбросить в мусорное ведро;

17.Презерватив используется только один раз!

ДО- И ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 3.1.5.-13

(ПРИВЕДЕНЫ В СОКРАЩЕНИИ)

Утверждены Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко.

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Методические рекомендации предназначены для специалистов, проводящих обследование населения на маркеры ВИЧ-инфекции, специалистов в области профилактики ВИЧ-инфекции, организаторов здравоохранения, сотрудников СПИД-сервисных организаций, а также могут быть использованы при обучении студентов учебных заведений медицинского профиля и в процессе последипломного образования.

2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. ВИЧ-инфекция – это болезнь, распространение которой связано с поведением человека. Поэтому профилактика заболевания основывается на изменении поведения людей.

2.2. Для того, чтобы способствовать изменению поведения людей в отношении ВИЧ-инфекции, необходимо:

- привлечь внимание к проблеме ВИЧ-инфекции;
- сделать ее значимой для конкретных людей;
- вызвать эмоциональный отклик на проблему ВИЧ-инфекции;
- улучшить знания о ВИЧ-инфекции;
- помочь оценить индивидуальный риск этого заболевания;
- показать способы менее опасного поведения;
- стимулировать принятие решения об изменении поведения;
- предоставить поддержку.

2.3. Решение этих задач диктует необходимость внедрения передовых, практичных, эффективных и этически приемлемых методов тестирования и консультирования (ТиК), которые бы отвечали потребностям различных целевых групп и лечебно-профилактических учреждений.

2.4. *Тестирование, позволяющее выявить в крови человека наличие антител к вирусу иммунодефицита, само по себе не является профилактической процедурой, т. к. не приводит к изменению поведения, опасного в отношении заражения ВИЧ.*

- оценка риска инфицирования;
- выработка индивидуального плана снижения этого риска;
- получение добровольного информированного согласия на тестирование;
- поддержка;
- мотивирование на изменение поведения;
- формирование доверия, последующей приверженности системе получения помощи, диспансерному наблюдению и лечению заболевания *происходят в процессе до- и послетестового консультирования при обследовании на антитела к ВИЧ.*

2.5. Процедура добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ) должна быть стандартизована и предлагаться пациентам в следующих ситуациях:

- при желании пациента получить помощь, касающуюся профилактики передачи или заражения ВИЧ;
- при наличии медицинских показаний, выявленных при обследовании и лечении пациента;
- для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

2.6. В то время как предложение пройти тестирование на антитела к ВИЧ при определенных обстоятельствах должно стать обязательным, само тестирование должно проводиться *только после получения информированного согласия пациента и в условиях строгой конфиденциальности.*

2.7. Процедура получения информированного согласия в различных медицинских учреждениях неизбежно будет отличаться, но ее основные компоненты неизменны:

- предоставление пациенту достаточной информации о ВИЧ-инфекции;
- осознание им положительных и отрицательных последствий определения своего ВИЧ-статуса;
- его свободный выбор в отношении тестирования на антитела к ВИЧ.

3. ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

3.1. Федеральным законом от 30.03.1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» устанавливается, что любой гражданин Российской Федерации может обследоваться на предмет наличия у него антител к ВИЧ:

- добровольно (п. 3 ст. 7 Закона № 38-ФЗ);
- бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 7 ст. 7 Закона № 38-ФЗ);
- анонимно по желанию (п. 2 ст. 8 Закона № 38-ФЗ);
- с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции (п. 6 ст. 7 Закона № 38-ФЗ).

3.2. Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию (в том числе и анонимное) осуществляется в медицинских учреждениях всех форм

собственности с информированного согласия пациентов в условиях строгой конфиденциальности, а в случае обследования несовершеннолетних в возрасте до 14 лет – по просьбе или с согласия его законного представителя (СП 3.1.5.2826–10, п. 5.5.).

3.3. При желании лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право пройти повторное медицинское освидетельствование в любом учреждении здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования (ст.12 Федерального закона № 38-ФЗ).

3.4. Есть категории лиц, которые должны проходить обязательное медицинское освидетельствование для выявления у них антител к ВИЧ. *В любом случае обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться с до- и послетестовым консультированием.*

3.5. Граждане Российской Федерации, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, или в случае выявления у них ВИЧ-инфекции, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3.6. Обследование на антитела к ВИЧ без проведения до-и послетестового консультирования не имеет профилактической значимости. Мотивирование на изменение поведения в отношении заражения ВИЧ происходит в процессе консультирования.

3.7. При наличии медицинских показаний, выявленных при обследовании и лечении пациента, обследование на антитела к ВИЧ имеет диагностическое значение и необходимо для правильного лечения пациента.

3.8. Порядок консультирования и тестирования на антитела к ВИЧ в Российской Федерации регламентирован рядом нормативно-правовых актов и документов, однако на практике предоставление консультирования ограничено рядом причин.

- В качестве услуги консультирование при обследовании на ВИЧ не имеет до настоящего времени соответствующего кода в нормативных документах.
- Лица, обязанные по закону предоставлять услугу, ссылаются на отсутствие времени и навыков, недостаточную информированность о необходимости и порядке предоставления услуги.
- Обучение навыкам консультирования при обследовании на антитела к ВИЧ встречает сопротивление медицинских работников, т. к. расценивается в качестве лишней траты времени, недопустимой при существующих нагрузках на персонал.
- В ряде случаев проведение консультирования носит формальный характер.
- Мониторинг проведения услуги не проводится.
- Мониторинг качества консультирования при обследовании на антитела к ВИЧ на постоянной основе не проводится.
- Качество проведения консультирования при обследовании на антитела к ВИЧ изучается преимущественно в рамках проектной активности.

4. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОЦЕДУРЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ

4.1. Основным методом выявления ВИЧ-инфекции является проведение тестирования на антитела к ВИЧ с обязательным до-и послетестовым консультированием. Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ не всегда означает, что человек не инфицирован, поскольку существует период «серонегативного окна» (время между заражением ВИЧ и появлением антител, который обычно составляет около 3 месяцев).

4.2. Тестирование и консультирование должно быть *добровольным*.

4.3. Пациент должен дать *информированное согласие* на проведение тестирования. Это означает, что

- ему предоставлено достаточное количество информации;
- он осознает положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса;
- дал свое согласие в обстановке, исключающей принуждение.

4.4. При проведении дотестового консультирования необходимо заполнить форму информированного согласия на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию в двух экземплярах, одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в ЛПУ (приложение № 1).

4.5. При дотестовом консультировании пациенту нужно рассказать о целях и процедуре тестирования, а также о возможностях лечения ВИЧ-инфекции и доступности различных видов социальной поддержки.

4.6. Результаты тестирования на ВИЧ освидетельствуемому сообщает консультант в ходе послетестового консультирования.

4.7. По возможности до- и послетестовое консультирование пациента проводит один и тот же специалист.

4.8. О результатах тестирования нужно сообщать конфиденциально, эта информация должна быть доступна только медицинским работникам, имеющим непосредственное отношение к оказанию помощи пациентам.

4.9. Пациенты с положительным результатом тестирования должны пройти консультирование и получить направления в службы медицинской и психосоциальной помощи.

4.10. Консультирование должно проводиться обученным специалистом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом и психологом).

4.11. При конфиденциальном тестировании персональные данные на пациента приводятся без сокращений (по паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность обследуемого): полные Ф.И.О., полная дата рождения, гражданство, адрес места жительства, код контингента.

4.12. При анонимном тестировании (без паспорта) указывается только цифровой код, включающий порядковый номер освидетельствуемого, год рождения, место жительства (субъект Российской Федерации). Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого не указывается.

4.13. Результаты исследования по телефону не сообщаются.

4.14. Для привлечения и удержания пациентов в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции залогом успеха является создание психологически благоприятной среды. Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с врачом, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего поведения в связи с ВИЧ-инфекцией.

4.15. Оказание психологического давления, принуждение, запугивание, осуждение и пренебрежительное отношение должны быть исключены из взаимодействия медицинских работников с пациентами, т. к. использование таких приемов является барьером получению медицинской помощи.

5. ЧТО ДАЕТ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ

5.1. Сдавшему тест.

При положительном результате:

- доступ к необходимому медицинскому уходу (определение стадии ВИЧ-инфекции, назначение АРВТ, профилактика

оппортунистических заболеваний, вакцинация, обследование на наличие других ИППП и туберкулеза, прочие медицинские процедуры);

• осознанную возможность изменить свое поведение с целью уберечь других людей от заражения;

• шанс разумно перепланировать свою жизнь исходя из новых обстоятельств.

5.2. При отрицательном результате:

• мотивацию изменить поведение для предотвращения инфицирования ВИЧ в будущем;

• медицинский уход в связи с другими заболеваниями, не связанными с ВИЧ;

• возможность получить консультирование по проблеме ВИЧ-инфекции и связанного с ней рискованного поведения.

5.3. Другому человеку:

• если у беременной женщины получен положительный результат теста на ВИЧ, специальные меры профилактики могут снизить риск инфицирования будущего ребенка. Добровольное тестирование и консультирование беременных женщин позволяет вовремя предложить им профилактическое лечение, необходимое для сохранения здоровья будущего ребенка.

5.4. Общественному здравоохранению:

• тестирование на антитела к ВИЧ способствует безопасности донорской крови и органов;

• эпидемиологические данные об актуальных формах рискованного поведения в отношении передачи ВИЧ необходимы для разработки эффективных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

5.5. Перечисленные возможности могут реализоваться только при условии проведения эффективного до- и послетестового консультирования.

5.6. *Тестирование на антитела к ВИЧ – не то же самое, что профилактика ВИЧ-инфекции*. Само по себе получение результата анализа не гарантирует изменения поведения. Единственное, что связывает тестирование с принятием решения об изменении поведения, – это качественное до- и после тестовое консультирование.

5.7. Консультирование при обследовании на антитела ВИЧ регламентировано российским законодательством, и владеть навыками консультирования, равно как и проводить его до-и после тестирования на ВИЧ, должен врач любой специальности.

5.8. Общепринятым в клинической практике должно стать получение зафиксированного на специальном бланке информированного согласия пациента.

6. Дотестовое консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ как профилактика передачи ВИЧ

6.1. Дотестовое консультирование представляет собой конфиденциальный диалог между клиентом и работником здравоохранения с целью обсуждения теста на антитела к ВИЧ и возможных последствий в связи со знанием своего ВИЧ-статуса. Такое консультирование

• ведет к принятию информированного решения о проведении теста

• или отказу от прохождения теста.

6.2. Объем дотестового консультирования определен санитарными правилами СП 3.1.5.2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

6.3. Все пациенты, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от него.

6.4. Всем отказавшимся от тестирования необходимо предоставить информацию о путях передачи ВИЧ, профилактике ВИЧ-инфекции, а также рассказать, где они могут получить дополнительную информацию о ВИЧ-инфекции, если у них возникнет такая потребность в будущем.

6.5. Специалисты, проводящие консультирование, должны уметь довести до сведения пациента основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, а также рассказать о

• путях передачи ВИЧ;

• способах защиты от заражения ВИЧ;

• видах медицинской и психосоциальной помощи, которые могут получить люди, инфицированные ВИЧ.

6.6. Пациентам необходимо предоставить контактные телефоны и адреса соответствующих медицинских учреждений и психосоциальных служб.

6.7. Групповое дотестовое консультирование целесообразно проводить в таких учреждениях, как:

• учреждения, предоставляющие амбулаторное тестирование и консультирование (например, кабинеты добровольного/анонимного обследования на ВИЧ).

• наркологические диспансеры.

• дерматовенерологические диспансеры.

• противотуберкулезные диспансеры.

• женские консультации.

6.8. В ходе беседы перед тестированием на антитела к ВИЧ как при индивидуальном, так и при групповом консультировании необходимо осветить следующие вопросы:

• формы поведения, сопряженные с риском заражения ВИЧ.

• польза от прохождения тестирования, включая спектр видов помощи, доступной для пациентов с положительным результатом тестирования на ВИЧ.

• пути передачи ВИЧ, меры профилактики; процедура тестирования.

• возможные последствия выяснения ВИЧ-статуса (для личной жизни, практические выводы).

• порядок получения информированного согласия на тестирование.

• порядок выдачи результатов тестирования.

• пути получения дальнейшей помощи.

6.9. Дотестовое консультирование также может включать в себя такие мероприятия, как:

• предоставление презервативов;

• направление на программы по уменьшению вреда для потребителей инъекционных наркотиков (например, обмен игл);

• направление в соответствующие службы (например, если пациент ведет половую жизнь, связанную с высоким риском, то его следует направить в дерматовенерологический диспансер, при наличии у пациента кашля – в противотуберкулезный диспансер).

Таблица 1. Этапы дотестового консультирования

Этап дотестового консультирования	Содержание этапа
Вводный	
Предгтавьтесь. Спросите. как обращаться к посетителю. Обсудите вопрос конфиденциальности	«Все, о чем мы с Вами будем говорить, останется между нами, если Вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-либо еще». Врач должен подробно объяснить, какую информацию считают конфиденциальной
А. Получение и оценка информации	
1. Определите наличие или отгутствие факторов риска	Выясните следующие вопросы: особенности полового поведения пацien-та; частота смены им половых партнеров; использование презервативов: наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров пациента; факты внутривенного употребления пациентом наркотиков; наличие среди половых партнеров пациента лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови; использование продуктов крови; пересадка органов, нестерильные проникающие процедуры

Этап дотестового консультирования	Содержание этапа
2. Оцените: понимает ли пациент предоставляемую информацию; задумывается ли об изменении рискованного поведения; как он будет реагировать в случае положительного результата тестирования; есть ли у него возможность получить необходимую поддержку	Важно оценить способность конгультируе-мого усвоить предоставляемую информацию. Известны случаи, когда слова врача о том, что «ВИЧ-инфекция и СПИД - разные вещи» воспринимались буквально и консультируемые, думая, что им не грозит СПИД, выказывали намерение вернуться к прежнему образу жизни. Если консультант обнаружил факторы риска и может предполагать, что результат тестирования окажется положительным. уточнение того, что думает обратившийся о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования и кто поддержит его в случае положитель ного результата. позволит консультанту эффективно действовать в ситуации сообщения положительного результата
3. Оцените знания пациента о ВИЧ-инфекции	Задайте вопрос: «Что Вы знаетео ВИЧ-инфекции, СПИ-Де?»
Б. Предоставление информации	
1. о ВИЧ-инфекции	Выявите представления пациента об этом заболеваниии обсудите неверные
2. 0 предлагаемом тесте	Выявите и обсудите неверные представления о планируемом тесте. Так, оговорите, что присутствие антител к ВИЧ - доказательство наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях ни в настоящем, ни в будущем. Необходимо также рассказать пациенту о периоде «окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением в крови антител к нему). В течение этого периода человек уже заражен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Объясните, что нужно делать, чтобы в этот период (3-6 мес с момента возможного заражения) не приобрести и не передать ВИЧ: отказаться от донорства; использовать презервативы при каждом половом контакте; пользоваться одноразовыми шприцами и иглами при внутривенном употреблении наркотиков и не делиться им и с другими; соблюдать стерильность раствора наркотика и емкости, из которой его набирают
В. Обсуждение вероятных последствий тестирования	
Убедитесь в том. что пациент понимает. что означают понятия «положительныгі», «отрицательный». «неопределенный результат» применительно к результату теста. Обсудите возможные реакции пациента на результат (особенно положительный). Оцените возможные последствия тестирования. Оцените возможность изменения рискованного поведения. если оно имело место	
Г. Получение информированного согласия на прохождение тестирования	
Получите информированное согласие на проведение теста. Обсудите время проведения послетестового консультирования. Подведите итоги	Предоставьте пациенту время для обмы-вания затронутых при консультировании вопросов. Спросите пациента, согласен ли он пройти тестирование. Предложите заполнить и подписать бланк информированного согласия (см. приложение 6) в двух экземпляра. Один экземпляр выдайте на руки обследуемомту

6.10. При проведении индивидуального дотестового консультирования рекомендуется следующий алгоритм:

• Начните консультирование с обоснования важности обсуждения вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией. Получите согласие на консультирование. Выясните, что знает обследуемый о ВИЧ-инфекции. Обсудите возможности, предоставляемые знанием своего ВИЧ-статуса.

• Обсудите вопрос конфиденциальности.

• Определите наличие или отсутствие *факторов риска*: выясните особенности полового поведения; частоту смены половых партнеров; использование презервативов; наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров; внутривенное употребление наркотиков; наличие среди половых партнеров лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови, использование продуктов крови, пересадка органов, нестерильные проникающие процедуры.

• Оцените, понимает ли пациент предоставляемую информацию, задумывается ли об изменении рискованного поведения, может ли получить необходимую поддержку, как он будет себя вести в случае положительного результата тестирования. Выявите и обсудите неверные представления о ВИЧ-инфекции.

• Выявите и обсудите неверные представления о планируемом тесте. Так, оговорите, что присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить, ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях, ни в настоящем, ни в будущем. Необходимо также разъяснить наличие «окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются.

• Объясните, что нужно делать, чтобы не приобрести и не передать инфекцию ВИЧ в этот период времени (3–6 мес.): отказаться от донорства, использовать презервативы при половых контактах. При невозможности отказаться от внутривенного употребления наркотиков пользоваться одноразовыми шприцами и иглами, не передавая их другим потребителям, следить за стерильностью раствора наркотика и емкости, из которой он набирается. Воздержаться от нанесения татуировок. Убедитесь в том, что пациент понимает, что означает *положительный, отрицательный и неопределенный результат*.

• Обсудите, *как будет реагировать пациент на результат* (особенно положительный при наличии рискованного поведения). Оцените возможные последствия тестирования. Оцените, задумался ли пациент об *изменении рискованного поведения*, если оно имело место.

• Подчеркните важность получения результатов тестирования.

• Получите согласие на прохождение теста.

• Назначьте время послетестового консультирования для сообщения результата.

6.11. В результате дотестового консультирования пациент:

• получает информацию о ВИЧ-инфекции, тесте на антитела к ВИЧ, мерах профилактики ВИЧ-инфекции, возможных последствиях тестирования;

• получает объективную оценку наличия в его жизни риска заразиться ВИЧ-инфекцией;

• принимает осознанное решение о прохождении обследования на антитела к ВИЧ;

• обдумывает возможности изменения своего поведения, рискованного в плане заражения ВИЧ.

6.12. По завершении консультирования рекомендуется спросить пациента:

• какого результата тестирования он ожидает и почему;

• что он будет делать, если получит не тот результат, на который рассчитывает;

• что изменится в его жизни, если результат окажется положительным;

• что изменится в его жизни, если результат окажется отрицательным.

6.13. ***Результаты исследования по телефону не сообщают.***

6.14. Период ожидания результатов тестирования может иметь большое значение для принятия человеком решения об изменении рискованного поведения. В этот период многие впервые задумываются о ВИЧ-инфекции, как о личной проблеме и осознают необходимость перемен.

6.15. Пренебрежение возможностями дотестового консультирования (к примеру, автоматическое занесение анализа на антитела к ВИЧ в перечень лабораторных методов обследо-

вания) не позволяет врачам эффективно заниматься профилактической работой и нарушает права пациентов.

6.16. Результат тестирования может оказаться отрицательным, неопределенным или положительным.

7. ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

7.1. Послетестовое консультирование представляет собой конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и работником здравоохранения с целью:

- обсуждения результатов теста на антитела к ВИЧ,
- предоставления соответствующей информации,
- оказания поддержки и направления к другим специалистам,
- а также с целью поощрения поведения, которое снижает риск заражения (если результаты теста отрицательны), или снижает риск передачи ВИЧ другим, если они положительны (т.е. пациент инфицирован).

7.2. Послетестовое консультирование должно проводиться при:

- отрицательном результате (пациент из групп низкого и высокого риска);
- неопределенном результате;
- положительном результате.

7.3. Объем послетестового консультирования определен санитарными правилами СП 3.1.5.2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

7.4. Послетестовое консультирование при отрицательном результате как профилактика передачи ВИЧ.

На практике медицинские работники не во всех случаях проводят послетестовое консультирование, особенно при получении отрицательного результата. Это является упущением: в связи с тем, что пациенты практикуют рискованное поведение в отношении заражения ВИЧ, отрицательный результат сам по себе может не отражать реальной ситуации, если последний по времени эпизод рискованного поведения произошел в течение менее 3 мес. до момента обследования. Кроме того, пренебрежение послетестовым консультированием не позволяет изменить поведение пациентов на менее опасное. Риск заражения и передачи ВИЧ сохраняется.

Содержание после тестового консультирования определяется степенью риска инфицирования ВИЧ у пациента, которую устанавливают во время дотестового консультирования. Поэтому важно, чтобы до и послетестовое консультирование проводил один и тот же специалист.

Таблица 2. Послетестовое консультирование при отрицательном результате исследования

Если риск инфицированхя низким	Если риск инфицированхя высокий
Кратко напомните основную информацию. предоставленную до тестирования (можно попросить пациента самого «вспомнить» услышанное). Обсудите вопросы наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Подведите итоги	Обсудите значение полученного результата. Повторите основную информацию. предоставленную до тестмрования. Напомните пациенту о наличии периода «окна». Порекомендуйте пройти повторное тестирование через 3-6 мес. Верньпесь к вопросу наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.Обсудите необходимость использования презервативов. При наличии в анамнезе сведений об употреблении наркотиков обратите внимание пациента на необходимость соблюдения стерильности шприцев и игл. раствора наркотика, емкости, из которой его набирают, и недопустимость использования их совместно с другими людьми. Подведите итоги

7.5. Послетестовое консультирование при неопределенном результате

При тестировании крови на антитела к ВИЧ методом иммунного блоттинга – ИБ существует вероятность получения неопределенного результата. Причиной такого результата теста могут быть ошибки при постановке теста; наличие у пациента других острых и хронических заболеваний; явление сероконверсии.

При получении неопределенного результата врач:

- обсуждает с пациентом значение полученного результата;
- объясняет, при каких обстоятельствах бывает неопределенный результат;
- объясняет, что для исключения ошибки необходимо повторить тест;
- рекомендует придерживаться менее опасного в отношении передачи ВИЧ поведения – использовать презерватив при половых контактах; при внутривенном введении наркотиков соблюдать стерильность раствора наркотика, емкости, из которой набирают раствор, шприцев и игл и не использовать их совместно с другими людьми;
- направляет пациента в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где тот будет находиться под наблюдением.

7.6. Послетестовое консультирование при положительном результате как профилактика передачи ВИЧ

Консультирование при получении положительного результата является кризисным. Обследуемому должна быть оказана психологическая поддержка.

О положительном результате теста на ВИЧ пациенту сообщает врач, назначивший обследование, или специалист, проводивший до – тестовое консультирование.

При получении положительного результата тестирования на ВИЧ, специалист должен:

- сообщить положительный результат теста в ясной и краткой форме;
- предоставить время для восприятия этого известия;
- оценить реакцию пациента на сообщение о наличии антител к ВИЧ;
- ответить на вопросы обследуемого;
- выслушать мысли и опасения пациента относительно положительного результата тестирования;
- выслушать рассказ пациента о чувствах, касающихся ВИЧ-инфекции, его возможные страхи и опасения;
- по возможности избегать рассуждений о перспективах пациента. Пояснить, что более подробно этот вопрос будет обсуждаться после завершения обследования в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом;
- объяснить в простых словах, что такое ВИЧ, как он влияет на иммунную систему, разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- объяснить, что *диагноз ВИЧ-инфекции, стадия заболевания* будут окончательно определены в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом врачом инфекционистом на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных;
- обратить внимание на важность соблюдения наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции, ИППП, которые могут угнетать иммунитет и способствовать прогрессированию заболевания;
- рекомендовать использовать презервативы при сексуальных контактах, при употреблении наркотиков пользоваться одноразовыми шприцами и иглами, не передавая их другим потребителям, следить за стерильностью раствора наркотика и емкости, из которой его набирают;
- объяснить ответственность за изменение поведения для избегания передачи возбудителя;
- предложить подписать бланк информирования об обнаружении антител к ВИЧ (см. приложение 2);

• в случае необходимости повторно побеседовать с пациентом.

Пациента направляют в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для установления окончательного диагноза и постановки на диспансерный учет. Консультант должен дать пациенту координаты территориального Центра СПИД, а также предварительно договориться с коллегами из центра о предстоящем визите пациента.

Диспансерное наблюдение и лечение при ВИЧ-инфекции проводится на основе добровольности, других законных способов мотивации обследуемых на выполнение рекомендаций кроме правильно проведенного консультирования у специалистов не имеется.

Таким образом, консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ – не только обязательный, но и эффективный способ индивидуальной профилактической работы с людьми по вопросам ВИЧ-инфекции. Многие люди впервые задумываются об этом заболевании применительно к себе, осознают индивидуальную степень риска, получают необходимую информацию, т. е. делают первый шаг к изменению поведения.

Квалифицированное консультирование помогает людям овладеть ситуацией в случае получения ими положительного результата тестирования и тем самым вносит существенный вклад в профилактику самоубийств и других поступков, продиктованных отчаянием.

8. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Контроль и оценка качества и содержания консультирования – необходимое условие обеспечения наиболее высоких стандартов ТиК. То же самое справедливо и в отношении контроля и оценки качества тестирования – методов лабораторного исследования и обеспечения расходными материалами.

Применительно к отдельным пациентам контроль и оценка качества ТиК предполагает ответы на следующие вопросы:

Состоялась ли беседа с консультантом до тестирования на антитела к ВИЧ?

Оценка качества до – тестового консультирования – были ли затронуты следующие темы?

• Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ.

• Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, процедура тестирования, значение отрицательного и положительного результатов тестирования, возможные последствия выяснения ВИЧ-статуса.

• Способность справиться с известием о положительном результате тестирования.

• Возможные потребности и имеющиеся источники поддержки.

• Индивидуальный план снижения риска.

• Получение дальнейшей медицинской помощи.

• Направление в те или иные службы при необходимости.

Достаточно ли было времени, чтобы полностью разобраться в этих вопросах?

Действительно ли информированное согласие было дано без какого-либо принуждения?

Проверил ли консультант уровень усвоения информации и устранил ли недопонимание каких-либо фактов?

Состоялась ли беседа с консультантом после тестирования на антитела к ВИЧ?

8.1. **Оценка качества послетестового консультирования – верны ли следующие утверждения?**

• О результате тестирования было сообщено простым и понятным языком.

• Консультант удостоверился в том, что пациент осознал результат тестирования.

• Обсуждались значение результата тестирования, последствия выяснения ВИЧ-статуса, круг лиц, которым предполагается сообщить о результате тестирования.

• Консультант помог справиться с первой эмоциональной реакцией на известие о положительном ВИЧ-статусе.

• Предлагались варианты поддержки.

• Обсуждались дальнейшие пути получения медицинской помощи и поддержки.

• Были выданы направления в те или иные службы (при необходимости).

8.2. **Удовлетворенность тестированием и консультированием**

• Удобно ли расположено учреждение?

• Каково было в среднем время ожидания?

• Проявил ли консультант необходимую степень понимания?

• Было ли организовано дальнейшее оказание медицинской помощи?

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВТ (ВААРТ) (высокоактивная) антиретровирусная терапия
ВИЧ вирус иммунодефицита человека.
ДКТ добровольное консультирование и тестирование
ИБ иммунный блоттинг
ИППП инфекции, передающиеся половым путем
ЛПУ лечебно-профилактическое учреждение
ТиК тестирование и консультирование

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСЕ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

(ПРИВОДИТСЯ В СОКРАЩЕНИИ)

Разработчики протокола:

Научно-практический Центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей (ФГБУ «РКИБ» Минздрава России) Л.Ю. Афонина
Е.Е. Воронин
Ю.А. Фомин

Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом (ХФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора) Ю.А. Козырина
О.Г. Юрин
В.В. Покровский

ДАТА РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА: ЯНВАРЬ 2013 Г.

Коды МКБ-10:

B20-B24. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]

B20 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней

B21 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде злокачественных новообразований

B22 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточненных болезней

B23 Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других состояний

B24 Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная

R75. Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ] - неокончательные

результаты обследования у младенце

Z20.6. Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]

Z21. Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ

Показания к применению:

- ВИЧ-инфекция у беременных;
- перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологические показания (половой контакт с больным ВИЧ-инфекцией или парентеральное употребление психоактивных веществ в период беременности).

Уровень внедрения:

Клинический протокол предназначен для организаторов здравоохранения, эпидемиологов, инфекционистов, гинекологов и акушеров, педиатров, неонатологов, преподавателей и студентов медицинских вузов.

СОКРАЩЕНИЯ

АРВП Антиретровирусные препараты
АРВТ Антиретровирусная терапия
ВИЧ Вирус иммунодефицита человека
ВН Вирусная нагрузка - количество копий РНК **ВИЧ** в 1 мл плазмы
ДНК Дезоксирибонуклеиновая кислота
ИП Ингибиторы протеазы ВИЧ
ИФА Иммуноферментный анализ
НИОТ Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
ННИОТ Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
КС Кесарево сечение
ПЦР Полимеразная цепная реакция
РНК Рибонуклеиновая кислота
СПИД Синдром приобретенного иммунодефицита
Ф-АЗТ Фосфазид
ABC Абакавир
ATV Атазанавир
ddl Диданозин
DRV Дарунавир
d4T Ставудин
EFV Эфавиренз
ETR Этравирин
FPV Фосампренавир
IDV Индинавир
LPV/RTV Лопинавир/ритонавир
NFV Нелфинавир
NVP Невирапин
RAL Ралтегравир
RTV Ритонавир
SQV-INV Саквинавир-инвираза (твердые капсулы)
TDF Тенофовир
T-20 Энфувиртид
ZDV Зидовудин
3TC Ламивудин

ВВЕДЕНИЕ

Рост числа людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и увеличение доли женщин среди них, а также ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин определяют чрезвычайную актуальность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

В качестве мероприятий, проводимых в рамках этой профилактики, важны своевременная диагностика ВИЧ-инфекции и выявление факторов высокого риска заражения ВИЧ у беременных, химиопрофилактика, проводимая с помощью антиретровирусных препаратов (АРВП) женщине и ребенку, тактика ведения беременности и родов, а также ведение ребенка в первые полтора года жизни, включающее отказ от грудного вскармливания.

Тактика профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку определяется совокупностью эпидемиологических, клинических и лабораторных показателей и подбирается для каждой конкретной женщины после консультирования с соответствующими специалистами.

Показано, что наиболее важным фактором, влияющим на вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду и ребенку, является концентрация вируса в крови женщины (так называемая вирусная нагрузка - ВН) во время беременности и родов, поэтому важно достичь ее неопределяемого уровня как можно раньше во время беременности. Это можно сделать с помощью антиретровирусной терапии (АРВТ), проводимой в период беременности и являющейся, таким образом, важнейшим компонентом в комплексе мероприятий, проводимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Назначение АРВП ВИЧ-инфицированной женщине может быть необходимо не только для предотвращения заражения ребенка, но и с целью лечения самой женщины. При назначении АРВТ необходимо минимизировать возможное неблагоприятное воздействие АРВП на плод, что особенно актуально в I триместре беременности. Поэтому сроки начала приема АРВП у беременной должны быть оптимальны с точки зрения эффективности лечения женщины, эффективности химиопрофилактики заражения ребенка и безопасности плода. Эти сроки определяются стадией ВИЧ-инфекции, количеством CD4-лимфоцитов и ВН.

Мероприятия, проводимые на трех этапах профилактики вертикального заражения ВИЧ (во время беременности, родов и в период новорожденности), связаны между собой. Например, если АРВТ в период беременности не проводилась или была недостаточно эффективной (не удалось добиться снижения ВН перед родами до уровня ниже 1000 копий/мл), роды рекомендуется проводить путем планового кесарева сечения (КС), а не естественным путем, а ребенку назначить не только зидовудин (ZDV), но и невирапин (NVP).

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Для своевременного выявления ВИЧ-инфекции и проведения мероприятий по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ (включая назначение АРВТ) необходимо обследовать всех беременных и их половых партнеров в установленные сроки.

Рекомендуется обследовать на антитела к ВИЧ:

- всех женщин, у которых диагностирована беременность;
- половых партнеров всех женщин, поставленных на учет по беременности.

Частота обследования на антитела к ВИЧ беременных и их половых партнеров:

- всех беременных - при постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 28-30 нед.;
- беременных, не обследованных ранее во время беременности или обследованных только до 28-й недели беременности - при обращении в медицинские учреждения, при поступлении на роды

(эспресс-методом с дальнейшим подтверждением стандартным методом);

- беременных, имеющих ВИЧ-инфицированных партнеров, а также беременных, употребляющих психоактивные вещества, обследовать на антитела к ВИЧ при постановке на учет, затем через каждые 3 мес., а также тестировать экспресс-методом (с дальнейшим подтверждением стандартным методом) при поступлении на роды, независимо от количества исследований во время беременности;
- половых партнеров - однократно при постановке беременной на учет.

При выявлении положительных результатов пациента направляют для дальнейшего обследования в Центр по борьбе со СПИДом (или другое учреждение, осуществляющее наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией согласно региональным порядкам), повторные плановые обследования с целью выявления ВИЧ-инфекции в таком случае не проводятся.

При получении сомнительных, а при высоком эпидемиологическом риске инфицирования - и отрицательных результатов ИФА, рекомендуется использовать методы определения нуклеиновых кислот (ДНК или РНК) ВИЧ. При получении положительного результата ПЦР, свидетельствующего о наличии ВИЧ-инфекции у беременной, рекомендуется назначить ей АРВТ, независимо от срока гестации; продолжить АРВТ в течение всей беременности и в родах; назначить химиопрофилактику ребенку. Тактика ведения беременности и родов определяется индивидуально в соответствии с клинической ситуацией.

2. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ ВИЧ

При проведении обследования на наличие ВИЧ-инфекции необходимо проводить консультирование (до- и послетестовое), объясняющее важность проведения обследования для предотвращения инфицирования ребенка ВИЧ.

При проведении дотестового консультирования необходимо заполнить форму информированного согласия на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию в двух экземплярах: одна форма выдается на руки обследуемому лицу, другая сохраняется в медицинском учреждении (Профилактика ВИЧ-инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10. Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1).

При дотестовом консультировании, помимо стандартных вопросов, обсуждаемых при любом тестировании на ВИЧ (что такое ВИЧ-инфекция, как можно предупредить заражение ВИЧ, для чего проводится тест, какие могут быть результаты тестирования), с беременной женщиной обсуждаются специфические вопросы:

- риск передачи ВИЧ ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании;
- проведение профилактики передачи ВИЧ ребенку в случае выявления ВИЧ-инфекции у женщины;
- возможность привлечения к обследованию полового партнера (партнеров);
- постоянное и правильное использование презерватива при каждом половом контакте.

Во время послетестового консультирования необходимо повторить информацию, предоставленную пациентке до тестирования. При послетестовом консультировании беременных, оказавшихся ВИЧ-инфицированными, следует более подробно остановиться на методах снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку и безопасного вскармливания ребенка.

3. ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА

3.1. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной

Наблюдение беременной с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а также беременных с высоким риском инфицирования ВИЧ осуществляется совместно врачом-инфекционистом и врачом акушером-гинекологом. В зависимости от практики, принятой в данном регионе, это может быть инфекционист Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или другой врач, осуществляющий диспансерное наблюдение и лечение больных ВИЧ-инфекцией в данном регионе, а также акушер-гинеколог женской консультации по месту жительства и/ или акушер-гинеколог Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Врач акушер-гинеколог предоставляет инфекционисту информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований, назначаемой терапии; инфекционист предоставляет информацию о режиме АРВТ, ее эффективности, переносимости, результатах проведенных им лабораторных исследований, дает рекомендации о целесообразности или нецелесообразности проведения родоразрешения путем планового КС для снижения риска передачи ВИЧ в родах.

Беременная женщина с ВИЧ-инфекцией должна получить тот объем лечебно-диагностической помощи, который предусмотрен существующими рекомендациями, протоколами и стандартами медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и беременным.

3.2. Родоразрешение

3.2.1. Естественные роды

Все акушерские манипуляции, которые могут привести к нарушению целостности кожных покровов ребенка в период родов (перинео/эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, инвазивный мониторинг плода), должны быть строго обоснованы, не рекомендуется проведение данных процедур в рутинном порядке.

Для женщин, не получавших АРВТ в период беременности, крайне нежелательна продолжительность безводного периода более 4-6 часов, так как риск инфицирования ребенка увеличивается.

3.2.2. Кесарево сечение

По акушерским показаниям родоразрешение ВИЧ-инфицированной беременной женщины путем планового или экстренного КС может проводиться на общих основаниях.

Плановое КС с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку проводится по достижении 38 нед. беременности при отсутствии признаков родовой деятельности по следующим показаниям:

- ВН перед родами > 1000 копий/мл;
- ВН перед родами неизвестна;
- настоятельно рекомендуется проведение планового КС в тех случаях, когда АРВТ не проводилась во время беременности и/или невозможно применить АРВП в родах.

3.2.3. Гигиеническая обработка ребенка после родов

Сразу после рождения ребенку необходимо промыть глаза водой и провести гигиеническое купание в растворе хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 л воды); при невозможности использования хлоргексидина ребенка купают в воде с мылом.

3.3. Вскармливание ребенка

Прикладывание ребенка к груди или вскармливание молоком ВИЧ-инфицированной женщины увеличивает риск его заражения ВИЧ. Дополнительными факторами риска при грудном вскармли-

вании служат трещины сосков, абсцесс молочной железы у матери, стоматит у ребенка.

Для предотвращения заражения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, не следует прикладывать их к груди и кормить материнским молоком, а сразу после рождения переводить исключительно на искусственное вскармливание.

Консультировать ВИЧ-инфицированную женщину о необходимости искусственного вскармливания ребенка начинают во время беременности. Пациентке предоставляют информацию о дополнительном риске заражения ребенка ВИЧ при грудном вскармливании, а также обсуждают с ней вопросы, связанные с выбором заменителей грудного молока. В родильном доме перед родами и после них с женщиной вновь проводится консультирование по вопросам вскармливания ребенка и настоятельно рекомендуется не прикладывать его к груди. При выписке из родильного дома необходимо подробно, на доступном языке разъяснить матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, как готовить смесь для вскармливания.

Если женщина, несмотря на проводимое консультирование, приняла осознанное решение кормить грудью (или смеси для искусственного вскармливания ребенка отсутствуют), необходимо провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене, назначить АРВТ с целью химиопрофилактики на весь период грудного вскармливания и 7 дней после его прекращения. В дальнейшем АРВТ, назначенная с целью химиопрофилактики, может быть продолжена при наличии показаний.

Схемы терапии кормящих ВИЧ-инфицированных женщин выбираются по общим принципам назначения АРВТ взрослым, изложенным в соответствующих протоколах и руководствах.

4. ПРИМЕНЕНИЕ АРВП ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

4.1. Общие принципы химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку осуществляется путем назначения АРВП женщине в период беременности и родов, а также новорожденному. В исключительных случаях (если женщина вопреки рекомендациям не отказывается от грудного вскармливания ребенка) эти препараты назначаются с профилактической целью женщине и в период грудного вскармливания.

АРВП, назначаемые беременной, подавляют размножение ВИЧ, что приводит к уменьшению (в идеале до неопределяемого уровня) его концентрации в крови. В результате «контагиозность» крови беременной падает и риск попадания вируса в организм плода и ребенка во время беременности и родов существенно понижается. Кроме того, АРВП могут проникать через плацентарный барьер в организм ребенка и обеспечивать защиту от заражения. АРВП, назначаемые новорожденному, должны предотвратить заражение, если вирус попал в организм ребенка во время родов.

АРВТ для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показана всем беременным ВИЧ-инфицированным женщинам, *независимо от клинических проявлений, ВН и количества CD4-лимфоцитов.*

Кроме того, АРВП должны быть назначены по следующим эпидемиологическим показаниям:

- ВИЧ-негативной беременной в период родов, если во время беременности она употребляла наркотики парентерально или имела половые контакты с ВИЧ-позитивным половым партнером;
- ВИЧ-позитивному партнеру, независимо от наличия у него показаний к началу АРВТ и от ВИЧ-статуса беременной - на протяжении всей беременности и грудного вскармливания (если оно проводится), в дальнейшем - по показаниям;
- ребенку, родившемуся у ВИЧ-негативной женщины, если имеются данные, что мать употребляла наркотики в последние 3 мес. беременности;
- ребенку, родившемуся у женщины, о ВИЧ-статусе которой нет данных.

Наиболее эффективное снижение уровня передачи ВИЧ достигается в том случае, если:

- в период беременности применяются высокоактивные схемы АРВТ;
- продолжительность лечения во время беременности достаточна для достижения неопределяемого уровня ВН;
- АРВП применяются без перерывов на всех трех этапах (при беременности, в родах и у ребенка);
- осуществляется мониторинг ВН как показателя, наиболее быстро и адекватно отражающего успешность проводимой АРВТ.

4.2. Применение АРВП для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности

Наиболее ранним и эффективным вмешательством, направленным на предотвращение передачи ВИЧ, которое можно осуществить после установления диагноза ВИЧ-инфекции у беременной, является химиопрофилактика с помощью АРВП. Поэтому, если ВИЧ-инфицированная женщина не получала АРВТ, то в случае наступления у нее беременности, которую планируется сохранить, необходимо назначить АРВТ для профилактики заражения ребенка.

Если беременность наступает у женщины, уже получающей АРВТ, то терапию продолжают. Она будет являться и химиопрофилактикой заражения ребенка. В этой ситуации не рекомендуется отменять АРВТ в I триместре беременности (ранее такая рекомендация существовала), так как это может привести к выраженному увеличению ВН и ухудшению клинико-лабораторных показателей и, как следствие, повышению вероятности инфицирования ребенка.

Ребенок может быть инфицирован от матери в течение всей беременности, однако эта вероятность существенно возрастает после 35 нед. гестации и в родах, составляя около 80%. Поэтому цель назначения АРВТ беременной - добиться неопределяемого уровня ВН как можно раньше во время беременности, но особенно важно - к 34-36-й неделе.

Выбор АРВП у беременных осуществляется с учетом их эффективности, безопасности для матери и плода/ребенка, переносимости.

АРВП назначаются беременным только по схемам высокоактивной АРВТ, которая должна включать не менее трех АРВП: 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) плюс ингибитор протеазы (ИП) либо ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ); в исключительных случаях возможно назначение ингибитора интегразы в качестве четвертого препарата или схемы, состоящей из трех НИОТ.

Для составления схемы АРВТ у беременной следует в первую очередь рассмотреть возможность назначения препаратов из группы предпочтительных, а при невозможности их применения - из группы альтернативных.

В течение всей беременности не рекомендуется использовать АРВП, эффективность, безопасность и фармакокинетика которых недостаточно изучены, за исключением случаев, когда эти препараты являются незаменимыми.

В схему АРВТ у беременной рекомендуется включить ZDV; при наличии противопоказаний к его использованию - заменить его препаратом из группы альтернативных.

Не рекомендуется назначать беременной комбинацию диданозин (ddI) + ставудин (d4T) (потенциально высокая токсичность и возможность развития тяжелого лактоацидоза).

Не рекомендуется назначать беременной NVP при уровне CD4-лимфоцитов > 250 клеток/мкл (возможность развития иммуноопосредованной гепатотоксичности).

Не рекомендуется назначать эфавиренз (EFV) в I триместре беременности (тератогенное действие).

Если беременность наступила у женщины, уже получающей АРВТ, рекомендуется продолжить текущую схему, если она эффективна, безопасна и хорошо переносится. Если в схему лечения входят препараты, не рекомендуемые для применения у беременных или недостаточно изученные, вопрос об их замене решается в индивидуальном порядке на основе оценки риска и пользы для матери и плода с учетом мнения пациентки.

4.2.1. Сроки и тактика начала приема АРВП в период беременности

Сроки и тактика начала АРВТ во время беременности определяются сроком беременности и наличием у женщины показаний для назначения АРВТ.

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности менее 13 нед. (или у ВИЧ-инфицированной женщины обнаружена беременность, соответствующая этому сроку) рекомендуется:

- если у женщины имеются показания к началу АРВТ - начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности;
- если у женщины выявлена ВН > 100 000 копий/мл (высокий риск заражения плода) - начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности;
- если показания к АРВТ (за исключением беременности) отсутствуют - начать прием АРВП сразу после окончания I триместра беременности.

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности от 13 до 27нед (или ВИЧ-инфицированная женщина обратилась в эти сроки), рекомендуется начать АРВТ, независимо от наличия или отсутствия других, помимо беременности, показаний к АРВТ.

Если ВИЧ-инфицированная беременная поступает под наблюдение на сроке гестации менее 28 нед., выбор схемы АРВТ осуществляется после обследования с учетом полученных результатов.

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности 28 нед и более (или ВИЧ-инфицированная беременная обратилась в эти сроки), рекомендуется незамедлительно начать АРВТ по схеме лопинавир/ритонавир (LPV/r) + зидовудин/ламивудин (ZDV/3TC). Прием препаратов следует начать сразу после забора крови для исследований, проводимых перед началом АРВТ (определение уровней РНК ВИЧ, CD4-лимфоцитов, общий и биохимический анализы крови), не дожидаясь их результатов. В случае необходимости после получения результатов лабораторных исследований (например, выявление низкого уровня гемоглобина), назначенная схема может быть скорректирована.

4.2.2. Оценка эффективности и безопасности применения АРВП у беременных

Эффективность АРВТ оценивается по динамике ВН, CD4-лимфоцитов, клинических проявлений. Показатель ВН является наиболее быстро реагирующим и значимым.

Исследование ВН проводится:

- при первичном обследовании беременной, инфицированной ВИЧ;
- перед началом АРВТ (если предыдущее обследование проведено более 4 нед. назад);
- при проведении АРВТ - каждые 4 нед., до снижения ВН ниже определяемого уровня, затем не реже 1 раза в 12 нед.;
- настоятельно рекомендуется исследовать ВН на сроке беременности 34-36 нед. для определения тактики ведения родов и выбора схемы профилактики ВИЧ у ребенка.

Исследование CD4-лимфоцитов проводится:

- при первичном обследовании беременной, инфицированной ВИЧ;
- перед началом АРВТ (если предыдущее обследование проведено более 4 нед. назад);
- при проведении АРВТ - через 4 и 12 нед. от начала лечения, затем не реже 1 раза в 12 нед.

Безопасность АРВТ у беременных оценивается на общих основаниях в соответствии с Российскими рекомендациями, протоколами и инструкциями по применению АРВП.

Замена схемы АРВТ в связи с недостаточной эффективностью или переносимостью у беременных осуществляется на общих основаниях по результатам оценки эффективности и безопасности в соответствии с Российскими рекомендациями с учетом особенностей выбора АРВП, наиболее безопасных для плода и беременной.

4.2.3. Консультирование беременных женщин, получающих АРВП

Перед началом химиопрофилактики проводится консультирование беременной с разъяснением целей назначения АРВП - предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку и/или поддержание здоровья женщины.

- Женщину информируют о том, что при соблюдении всех требований приема АРВП (в период беременности и родов, а также ребенком) и полной замене грудного вскармливания искусственным риск заражения ребенка ВИЧ снижается до менее 2%.
- Подробно разъясняется схема химиопрофилактики. Дается информация о важности соблюдения режима приема АРВП, их возможных побочных эффектах.
- Женщине предлагается подписать «Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному».

При каждом последующем визите в ходе консультирования подчеркивается важность приверженности к АРВТ, выясняются причины, по которым возможны пропуски приема препаратов, и способы предотвращения таких нарушений.

Для формирования мотивации беременной на отказ от грудного вскармливания консультирование по этому вопросу целесообразно начать в период беременности.

4.3. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов

Во время родов для предотвращения передачи ВИЧ используются усиленная химиопрофилактика и (по показаниям) оперативное родоразрешение.

В родах всем женщинам следует назначить внутривенно ZDV, независимо от наличия и схемы АРВТ. Если в период беременности применялся d4T, его следует отменить на время инфузии ZDV.

- *Внутривенная инфузия ZDV:* при родах через естественные родовые пути - из расчета 2 мг/кг в течение первого часа родовой деятельности, затем из расчета 1 мг/кг/час до пересечения пуповины; при плановом КС расчет дозы как при естественных родах, введение препарата начинают за 3 часа до операции.
- Применение NVP в родах у женщин, получающих АРВТ, нецелесообразно, поскольку не показало дополнительной эффективности.
- У женщин, не получавших АРВТ в период беременности, при невозможности применить в родах внутривенное введение ZDV в качестве альтернативы возможно назначить его перорально в дозе 300 мг каждые 4 часа до завершения родов.

Следует учитывать, что по эффективности влияния на уровень передачи ВИЧ-инфекции ребенку во время родов пероральный прием ZDV значительно уступает его внутривенному введению. Поэтому при невозможности ввести препарат внутривенно предпочтительно применить схему, включающую однократный прием NVP (1 таблетка 200 мг) + ZDV/3TC, ко-

торый назначается в стандартной терапевти-ческой дозе и принимается еще в течение 7 дней после родов. При этом женщину не выписывают из родильного дома до окончания приема ZDV/3TC.

4.4. Назначение АРВП новорожденному для профилактики заражения ВИЧ

Выбор АРВП с целью химиопрофилактики у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, и сроки начала их приема зависят от интенсивности и эффективности проведения химиопрофилактики во время беременности и родов.

- Если у ВИЧ-позитивной матери перед родами (на сроке беременности 34 нед. и более) был неопределяемый уровень ВН, ребенку с первых 6-8 часов жизни назначается раствор ZDV перорально; курс составляет 6 нед.
- Если химиопрофилактика новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям (обследование на ВИЧ в родах не проводилось или дало отрицательный результат, но у женщины во время беременности был половой контакт с больным ВИЧ-инфекцией или парентеральное употребление психоактивных веществ), ребенку назначаются NVP в виде суспензии для перорального применения однократно (т. е. 1 доза) сразу после рождения и ZDV в виде раствора для приема внутрь с первых часов жизни (продолжать в течение 6 нед.).
- Во всех остальных случаях ребенку ВИЧ-позитивной матери назначается следующая схема: раствор ZDV перорально в течение 6 нед. + NVP троекратно по схеме:

1-я доза - сразу после рождения (если мать не получала АРВТ) или в течение первых 48 часов жизни (если мать получала АРВТ),

2-я доза - через 48 часов после 1-й,

3-я доза - через 96 часов после 2-й.

Ребенка не выписывают из родильного дома до окончания курса лечения NVP.

Детская доза ZDV для проведения химиопрофилактики в течение 6 недель

Срок беременности, нед.	Разовая доза		Количество приемов в сутки
	пероральный раствор, мг/кг	раствор для внутривенного введения, мг/кг	
>35	4	3	2
	Первые 2 нед. жизни		
>30< 35	2	1,5	2
	Старше 2 нед.		
	3	2,3	2
	Первые 4 нед. жизни		
< 30	2	1,5	2
	Старше 4 нед.		
	3	2,3	2

В случае проблем с приверженностью к лечению возможна следующая схема назначения *ZDV* 2 раза в сутки с фиксированной разовой дозой на протяжении 6 нед.:

Срок беременности	Масса тела ребенка при рождении, кг	Разовая доза
> 35 нед	< 2,5	10 мг (1,0 мл)
	>2,5	15 мг (1,5 мл)

Детская доза NVP для проведения химиопрофилактики. Разовая доза NVP составляет 2 мг/кг массы тела. Возможен упрощенный расчет разовой дозы препарата: 12 мг (1,2 мл), если масса тела при рождении > 2 кг, и 8 мг (0,8 мл) при массе тела < 2 кг.

4.5. Прием АРВП после родов

Прием АРВП продолжается в течение беременности и родов. После завершения беременности рекомендуется продолжить АРВТ всем женщинам, независимо от того, были ли у них показания к началу АРВТ ранее.

Если женщина принимает решение прекратить АРВТ, то тактика ее отмены зависит от применяемой схемы. Если применялась схема на основе ННИОТ, следует учитывать, что они имеют длительный период полувыведения и низкий барьер резистентности. Поэтому при одновременной отмене всех АРВП НИОТ выводятся в течение суток, а ННИОТ циркулирует в крови еще несколько дней, что приводит к эффекту неполноценной монотерапии и может явиться причиной формирования лекарственной устойчивости. Если АРВТ решено прекратить, отменяют ННИОТ, а прием 2 НИОТ продолжается в течение 1-2 нед., после чего их отменяют. Если применялась схема на основе ИП, можно прекратить ее прием, отменив все препараты одновременно.

Если женщина приняла решение о грудном вскармливании ребенка, АРВТ продолжают в течение всего периода грудного вскармливания и еще в течение 7 дней после его прекращения.

5. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АРВП У МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ, И ВЫБОР СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Тактика назначения АРВП беременной и ребенку, а также выбор профилактической схемы зависят от многих факторов (стадии ВИЧ-инфекции, уровня CD4-лимфоцитов, ВН, сроков поступления беременной под наблюдение, сопутствующих заболеваний и состояний, характера вскармливания ребенка и др.) и представлены ниже при описании клинических ситуаций.

5.1. АРВТ у женщин, нуждающихся в ней и не исключающих возможную беременность

Планируемая беременность не является противопоказанием к АРВТ, наоборот, ее назначение станет химиопрофилактикой заражения ребенка. Выбор схемы АРВТ проводится в соответствии с действующими Российскими рекомендациями (протоколами).

При наступлении беременности действовать в соответствии с рекомендациями, приведенными ниже.

5.2. АРВТ во время беременности

5.2.1. Беременность наступила у женщины, получающей АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции

Рекомендуется:

- продолжить текущую схему АРВТ, если она эффективна и безопасна;
- не прерывать прием АРВП в течение I триместра, даже если клинический, вирусологический (ВН ниже уровня определения) и иммунологический (уровень CD4-лимфоцитов > 350 клеток/мкл) эффекты АРВТ уже достигнуты, однако по решению беременной возможна отмена АРВТ на период до 13 нед. гестации;
- если женщина получала комбинацию ddI + d4T, заменить оба препарата или один из них на НИОТ из группы предпочтительных, а при невозможности - альтернативных;
- если женщина получала ЕРУ, заменить его на более безопасный препарат из группы ННИОТ или ИП:
  - наиболее оптимальным в этой ситуации следует считать назначение схемы с ИП;

• если EFV заменяют на NVP, следует сразу назначить терапевтическую дозу 200 мг 2 раза в сутки, что связано со сниженной эффективностью АРВТ при назначении половинной дозы N VP в течение 2 нед.;

• при отсутствии альтернативы применение ЕРУ возможно после окончания I триместра беременности;

• если женщина не получала ZDV, по возможности включить его в состав схемы вместо одного из НИОТ (при отсутствии противопоказаний и с учетом сопутствующих заболеваний и состояний);

• возможна замена АРВП с недостаточно изученной у беременных фармакокинетикой и безопасностью на препараты из группы предпочтительных или (при невозможности их использования) альтернативных. Окончательное решение о целесообразности такой замены принимает беременная после консультации с лечащим врачом;

• при выявлении вирусологической неэффективности провести тест на резистентность и осуществить подбор АРВП с учетом полученных результатов;

• при недостаточной эффективности (вирусологической, иммунологической, клинической) или безопасности (побочные действия, возможная тератогенность) текущей схемы АРВТ произвести замену препарата(ов) на общих основаниях в соответствии с Российскими рекомендациями с учетом особенностей выбора АРВП у беременных;

• при отсутствии альтернатив (резистентность к АРВП из группы предпочтительных, альтернативных и используемых в особых случаях, их непереносимость) продолжить АРВТ по схеме, начатой до беременности.

Не рекомендуется:

- отменять на всем протяжении беременности, а также после родов комбинацию тенофовир (TDF) + 3TC у женщин с хроническим гепатитом В, получающих эти препараты в схеме лечения (это может привести к обострению гепатита). Если в состав схемы АРВТ, начатой до беременности, входил один из этих препаратов, его прием следует продолжить в течение всей беременности и после родов, а второй НИОТ рекомендуется заменить на ZDV (если к нему нет противопоказан).

5.2.2. Беременная нуждается в лечении ВИЧ-инфекции

Рекомендуется:

- использовать у беременных показания к лечению ВИЧ-инфекции в соответствии с Российскими рекомендациями;

- назначить АРВТ сразу после выявления показаний к лечению, независимо от срока беременности;

• учитывать особенности выбора АРВП, составления схем и приема АРВП у беременных.

5.2.3. Беременная не нуждается в лечении ВИЧ-инфекции

Рекомендуется:

- если при поступлении под наблюдение срок беременности не превышает 12 нед., начало приема АРВП отложить до окончания I триместра беременности;

- при ВН > 100 000 копий/мл и/или стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции (стадия 2) начать АРВТ, независимо от срока гестации;

- если беременная поступает под наблюдение на сроке гестации свыше 12, но менее 28 нед., начать прием АРВП как можно раньше после получения результатов клинического и лабораторного (включая ВН и уровень CD4-лимфоцитов) обследования;

- проводить АРВТ только в режиме *высокоактивной* АРВТ;

- включить в состав схемы ZDV (при отсутствии противопоказаний и с учетом сопутствующих заболеваний и состояний).

5.2.4. Беременная с ВИЧ-инфекцией поступила под наблюдение на сроке 28 нед. и более

Рекомендуется:

- начать АРВТ как можно скорее, независимо от срока гестации (даже если до родов остается несколько дней), не дожидаясь получения результатов исследования CD4-лимфоцитов и ВН (кровь для проведения этих исследований рекомендуется забрать до начала приема препаратов, чтобы в дальнейшем использовать результаты для оценки эффективности терапии и решения вопроса о ее продлении или прекращении после родов);

- назначить предпочтительную схему АРВТ у беременных: ZDV+3TC + LPV/RTV.

5.3. Способ родоразрешения

5.3.1. ВН перед родами (в 34-36 нед. беременности) <1000 копий/мл

Рекомендуется:

- родоразрешение через естественные родовые пути;

- щадящее ведение родов (следует избегать инвазивных и травматичных для матери и плода процедур);

- по возможности сокращение безводного периода до 4-6 часов.

5.3.2. ВН перед родами (в 34-36 нед. беременности) > 1000 копий/мл или неизвестна

Рекомендуется:

- провести родоразрешение путем планового КС;

- *настоятельно рекомендуется* провести плановое КС у женщин, не получавших АРВТ во время беременности;

- при поступлении в учреждение родовспоможения с признаками родовой деятельности - щадящее ведение родов (следует по возможности избегать инвазивных и травматичных для матери и плода процедур), возможное сокращение безводного периода до 4 часов.

5.4. Применение АРВП во время родов

5.4.1. Женщины, начавшие прием АРВП во время беременности

Рекомендуется:

- продолжить прием всех АРВП;

- при применении в период беременности d4T его отменяют на время инфузии ZDV, затем возобновляют прием.

5.4.2. Независимо от АРВТ во время беременности

Рекомендуется:

- назначить в течение периода родов ZDV внутривенно, инфузию рекомендуется начать при начале родовой деятельности или за 3 часа до КС и закончить после пересечения пуповины.

5.4.3. Эпидемиологические показания для назначения химиопрофилактики во время родов

Рекомендуется:

- назначить АРВП при:

• невозможности проведения тестирования на антитела к ВИЧ экспресс-методом в роддоме, если в период настоящей беременности отмечены случаи парентерального употребления психоактивных веществ;

• отрицательном результате обследования на ВИЧ в роддоме экспресс-методом, если с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ прошло менее 12 нед. или при наличии незащищенных половых контактов с ВИЧ-инфицированным партнером в период беременности.

5.5. АРВТ у женщин после родов

5.5.1. Женщина получает АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции

Рекомендуется:

- продолжить прием АРВП после родов по ранее назначенной схеме [исключение составляет LPV/RTV: увеличенную во II и III триместрах беременности дозу (3 таблетки х 2 раза в сутки) после родов рекомендуется снизить до терапевтической дозы (2 таблетки х 2 раза в сутки)].

5.5.2. Женщина, получавшая АРВТ для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, не нуждается в лечении ВИЧ-инфекции

Рекомендуется:

- вопрос о прекращении или продолжении АРВТ после окончания родового периода решать индивидуально с учетом мнения женщины;
- при выявлении у беременной ВИЧ-инфекции в стадии первичных проявлений (стадии 2А и 2Б) и/или ВН > 100 000 копий/мл продолжить прием АРВП до обследования и решения вопроса о необходимости дальнейшего проведения АРВТ;
- если женщина приняла решение не продолжать АРВТ после родов, но получала ННИОТ во время беременности, после его отмены продолжить прием 2 НИОТ в течение 7-14 дней.

5.5.3. Женщина не обследована во время беременности

Рекомендуется:

- после родов в кратчайшие сроки провести полное клинико-лабораторное (в том числе иммунологическое и вирусологическое) обследование для решения вопроса о необходимости продолжения или назначения АРВТ.

5.5.4. Женщина проводит грудное вскармливание

Кормление ребенка грудью, прикладывание его к материнской груди и кормление сцеженным грудным молоком существенно повышает риск заражения ребенка.

Рекомендуется:

- •если женщина, несмотря на предупреждения, приняла решение кормить ребенка грудью:
- провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене;
- назначить АРВТ с целью химиопрофилактики на весь период грудного вскармливания плюс 7 дней после его прекращения, после чего АРВТ отменить при отсутствии у женщины показаний к лечению ВИЧ-инфекции (если женщина получала ННИОТ, после его отмены продолжить прием 2 НИОТ в течение 7 дней);
- если ВИЧ-инфекция выявлена у кормящей женщины после родов:
- провести консультирование с матерью по вопросу отказа от грудного вскармливания;
- сразу перевести ребенка на исключительно искусственное вскармливание;
- если женщина приняла решение не прекращать грудного вскармливания ребенка:

• провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене;

• назначить АРВТ с целью химиопрофилактики на весь период грудного вскармливания плюс 7 дней после его прекращения, после чего АРВТ отменить при отсутствии у женщины показаний к лечению ВИЧ-инфекции (если женщина получала ННИОТ, после его отмены продолжить прием 2 НИОТ в течение 7 дней).

5.6. Назначение АРВП ребенку с целью профилактики заражения ВИЧ

5.6.1. ВН у матери перед родами (в 34-36 нед. беременности) ниже уровня определения

Рекомендуется:

- через 6-8 часов после рождения начать давать ZDV в виде раствора для приема внутрь; продолжать в течение 6 нед.;
- при получении двух положительных результатов обследования на генетический материал ВИЧ (ДНК и/или РНК) у ребенка профилактику ZDV прекратить и решить вопрос о назначении комбинированной АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции.

5.6.2. ВН у матери перед родами (в 34-36 нед. беременности) выше уровня определения или неизвестна

Рекомендуется:

- как можно раньше после рождения начать давать ZDV в виде раствора для приема внутрь (продолжать в течение 6 нед.) + NVP в виде суспензии для перорального применения трехкратно (3 дозы):

1-я доза - в первые 48 часов после рождения,

2-я доза - через 48 часов после 1-й,

3-я доза - через 96 часов после 2-й;

- осуществлять выписку из акушерского стационара только по завершении курса химиопрофилактики NVP;
- при получении двух положительных результатов обследования на генетический материал ВИЧ (ДНК и/или РНК) у ребенка профилактику ZDV прекратить и решить вопрос о назначении комбинированной АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции.

5.6.3. Мать ребенка не получала АРВП во время беременности и/или родов

Рекомендуется:

- как можно раньше после рождения начать давать ZDV в виде раствора для приема внутрь (продолжать в течение 6 нед.) + NVP в виде суспензии для перорального применения трехкратно (3 дозы):

1-я доза - в первые часы после рождения,

2-я доза - через 48 часов после 1-й,

3-я доза - через 96 часов после 2-й;

- осуществлять выписку из акушерского стационара только по завершении курса профилактики КУР;
- если ВИЧ-инфекция выявлена у матери после родов, профилактика у ребенка проводится по указанной схеме в тех случаях, когда:

• ребенка не прикладывали к груди и его возраст не превышает 3 суток (72 часов);

• с момента последнего прикладывания к груди прошло не более 3 суток (72 часов);

• при получении двух положительных результатов обследования на генетический материал ВИЧ (ДНК и/или РНК ВИЧ) у ребенка профилактику 2БУ прекратить и решить вопрос о назначении комбинированной АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции.

5.6.4. Эпидемиологические показания для назначения АРВП ребенку

Рекомендуется:

- назначить АРВП:

• если у матери в период настоящей беременности имело место парентеральное употребление психоактивных веществ, а результаты обследования на антитела к ВИЧ в роддоме отсутствуют;

• при отрицательном результате обследований на антитела к ВИЧ (в том числе и в роддоме), если в период настоящей беременности имели

место незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером или мать употребляла психоактивные вещества внутривенно.

6. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АРВП У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ОСОБЫХ КАТЕГОРИЙ

6.1. Беременные с туберкулезом

Рекомендуется:

- обследовать на туберкулез всех беременных с ВИЧ-инфекцией;
- руководствоваться Российскими рекомендациями по ведению больных ВИЧ-инфекцией с туберкулезом;
- руководствоваться общими принципами назначения АРВТ у беременных;
- назначить противотуберкулезные препараты и АРВП, независимо от срока беременности;
- начать лечение туберкулеза; в течение 2-8 нед. (в зависимости от количества CD4-лимфоцитов и времени, остающегося до родов) начать АРВТ.

Выбор схемы АРВТ осуществляют индивидуально, учитывая среди прочих факторов:

- срок беременности;

- безопасность АРВТ для матери и плода;
- эффективность;
- профиль побочных действий;
- особенности фармакокинетики АРВП в сочетании с рифампицином.

Особенности применения противотуберкулезных препаратов у ВИЧ-инфицированных пациентов связаны с множественными лекарственными взаимодействиями рифампицина и рифабутина с АРВП через систему цитохрома Р450.

Использование рифабутина в сочетании с АРВП

При необходимости сочетать АРВТ и лечение туберкулеза приоритет отдают схемам с использованием рифабутина, так как он значительно снижает концентрацию большинства АРВП. Несмотря на то, что рифабутин также вступает во взаимодействие с АРВП, он может применяться в сочетании с большинством из них:

- EFV снижает концентрацию рифабутина на 35%;
- LPV/RTV, атазанавир/ритонавир (ATV/RTV), нелфинавир (HFV), индинавир/ритонавир (IDV/RTV) повышают концентрацию рифабутина в 2-3 раза;
- все НИОТ и NVP не оказывают существенного влияния на метаболизм рифабутина.

При назначении рифабутина рекомендуются следующие схемы АРВТ у беременных:

- 2 НИОТ + LPV/RTV [или ATV/RTV, или саквинавир/ ритонавир (SQV/RTV)]: суточную дозу рифабутина уменьшают до 150 мг в сутки - через день или 3 раза в неделю;
- 2 НИОТ + NVP: рифабутин назначают в стандартной дозе 300 мг в сутки - ежедневно или 3 раза в неделю;
- 3 НИОТ [абакавир (ABC) + 3TC + ZDV]: рифабутин назначают в стандартной дозе 300 мг в сутки - ежедневно или 3 раза в неделю; показания к применению схемы:
  - беременные, не получающие АРВТ: ВН < 100 000 копий/мл;
  - беременные, получающие АРВТ: достигнута вирусологическая эффективность, т. е. ВН ниже уровня определения;
- 2 НИОТ + EFV: рифабутин назначают в дозе 450 мг в сутки ежедневно или 600 мг в сутки 3 раза в неделю; АРВТ назначают по окончании I триместра беременности.

Использование рифампицина в сочетании с АРВТ

Рифампицин является мощным индуктором системы цитохрома Р450, он значительно ускоряет метаболизм АРВП ИП и ННИОТ: концентрация ИП может снижаться более чем на 75%, NVP - на 20-58%, EFV - на 25%; совместное применение рифампицина с ИП не рекомендуется, с NVP не рекомендуется большинством экспертов.

Если в схеме противотуберкулезной терапии необходимо применять рифампицин, рекомендуется назначение у беременных следующих схем АРВТ:

ABC + ZDV+3TC:

- беременные, не получающие АРВТ: ВН < 100 000 копий/мл;
- беременные, получающие АРВТ: достигнута вирусологическая эффективность, т. е. ВН ниже уровня определения; 2 НИОТ + NVP:
- при уровне CD4-лимфоцитов < 250 клеток/мкл;
- эта схема может быть назначена при отсутствии альтернатив; необходимо проводить тщательный мониторинг эффективности АРВТ (исследование ВН). Ряд экспертов не рекомендуют назначать совместно рифампицин и КУР в связи с существенным снижением содержания КУР;

2 НИОТ + EFV:

- при отсутствии альтернатив по завершении I триместра беременности.

Указанные выше АРВП при их совместном применении с рифабутином или рифампицином назначают в стандартных дозах, применяемых у беременных.

6.2. Беременные с хроническим гепатитом В (В+D)

Рекомендуется:

- обследовать на гепатит В (ГВ) всех ВИЧ-инфицированных беременных;
- руководствоваться Российскими рекомендациями по ведению больных, коинфицированных ВИЧ и вирусом ГВ (В+D);
- руководствоваться общими принципами назначения АРВТ у беременных;
- если беременность наступила у женщины, получающей АРВТ:
  - не рекомендуется отменять на всем протяжении беременности (включая I триместр), а также после родов комбинацию TDF + 3TC (это может привести к обострению гепатита);
  - если в состав схемы входил TDF или 3TC, его прием следует продолжить в течение всей беременности и после родов, а второй НИОТ рекомендуется заменить на ZDV;
  - если беременная нуждается в АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции и/или есть показания для лечения ГВ: назначить схему TDF + 3TC (обладают активностью в отношении вируса ГВ) + LPV/RTV (при невозможности - альтернативные ИП); начать АРВТ, независимо от срока беременности; продолжать терапию на протяжении беременности, в родах и после родов;
  - если у беременной нет показаний для АРВТ с целью лечения ВИЧ-инфекции, а также нет показаний для лечения ГВ: начать профилактический курс АРВТ как можно раньше после окончания I триместра беременности; по возможности не включать в схему TDF и 3TC; продолжать терапию в течение беременности и родов, после чего отменить;
  - перед назначением АРВТ провести консультирование по вопросам возможных проявлений гепатотоксичности АРВП; проводить оценку уровня печеночных трансаминаз через 2 нед. от начала АРВТ, затем не реже 1 раза в месяц;
  - вакцинировать детей против ГВ четырехкратно по схеме: в 1-й день жизни; возрасте 1 мес.; в возрасте 2 мес.; в возрасте 12 мес. (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»).

Не рекомендуется:

- проводить специфическое лечение ГВ у беременных с использованием интерферона альфа и пегилированного интерферона альфа.

Наличие ГВ у ВИЧ-инфицированной беременной не является дополнительным показанием к плановому КС.

6.3. Беременные с хроническим гепатитом С

Рекомендуется:

- обследовать на гепатит С (ГС) всех ВИЧ-инфицированных беременных;
- назначать АРВТ ВИЧ-инфицированным беременным с хроническим ГС в соответствии с Российскими рекомендациями;
- перед назначением АРВТ провести консультирование по вопросам возможных проявлений гепатотоксичности АРВП; проводить оценку уровня печеночных трансаминаз через 2 нед. от начала АРВТ, затем не реже 1 раза в месяц.

Не рекомендуется:

- проводить специфическое лечение ГС у беременных с использованием интерферона альфа и пегилированного интерферона альфа.

Противопоказано:

- назначение рибавирина.

Наличие ГС у ВИЧ-инфицированной беременной не является дополнительным показанием к плановому КС.

6.4. Беременные с анемией

Рекомендуется:

- при анемии легкой (уровень гемоглобина 120-90 г/л) и средней (уровень гемоглобина в пределах 90-70 г/л) степени тяжести вместо ZDV назначить фосфазид (Ф-АЗТ);
- при тяжелой (уровень гемоглобина < 70 г/л) анемии вместо ZDV и Ф-АЗТ рекомендуется назначить ABC или d4T, а при их непереносимости - TDF (избегать назначения этого препарата у беременных с ко-инфекцией ВИЧ и ГВ, не нуждающихся в лечении ВИЧ и ГВ).

7. ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Конечным критерием, свидетельствующим об эффективности принятых мер по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, является факт отсутствия заражения ребенка ВИЧ.

Особенности диагностики ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным контактом обусловлены трансплацентарным проникновением материнских ВИЧ-специфических антител, обнаружение которых возможно в возрасте до 18 мес., жизни и не является признаком заражения ВИЧ.

Поэтому диагноз ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и не достигших 18-месячного возраста, может быть поставлен на основании клинических данных (СПИД-индикаторные заболевания) или путем обнаружения у ребенка генетического материала ВИЧ (ДНК или РНК). Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и достигших возраста 18 мес., осуществляется так же, как у взрослых.

Нуклеиновые кислоты ВИЧ (ДНК или РНК) определяются методами молекулярной диагностики. В лимфоцитах периферической крови выявляется провирусная ДНК ВИЧ или проводится подсчет количества копий РНК ВИЧ в плазме крови.

Для определения нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами необходимо использовать коммерческие тест-системы с высокой (выше 98%) чувствительностью и специфичностью, что позволит выявить очень незначительные количества генетического материала ВИЧ, в том числе и на фоне получения ребенком АРВП.

У детей, инфицированных ВИЧ антенатально, нуклеиновые кислоты ВИЧ выявляются в первые дни после рождения, а у детей, заразившихся перед родами и в родах - с 10-14-дневного возраста. К возрасту 1 мес. ДНК или РНК ВИЧ могут быть обнаружены у 98% детей, инфицированных ВИЧ.

Поскольку решение вопроса о том, произошло ли инфицирование ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, важно не только для оценки эффективности проведенных профилактических мероприятий, но и для определения тактики ведения ребенка (необходимость назначения АР ВТ, проведения или отмены химиопрофилактики пневмоцистной пневмонии, тактики вакцинации), обследование, направленное на выявление генетического материала ВИЧ, должно быть проведено всем таким детям. Исследование проводится как минимум двукратно и позволяет выявить у ребенка ВИЧ-инфекцию уже в возрасте 2-3 мес. При первом отрицательном результате для повторных исследований на ДНК (РНК) ВИЧ следует использовать одну и ту же тест-систему.

Первое обследование детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на ДНК или РНК ВИЧ рекомендуется проводить в возрасте 4-6 нед.

Повторное исследование проводится в зависимости от полученного результата:

- при первом положительном результате как можно раньше;
- при первом отрицательном результате - в возрасте 4-6 мес.

Если у ребенка ВИЧ-инфицированной матери с рождения выявляются клинические признаки внутриутробной инфекции, исследование, направленное на выявление ДНК или РНК ВИЧ, рекомендуется провести в первые дни жизни (но не использовать для этого пуповинную кровь). При получении положительного результата повторное исследование (повторно взятой порции крови) проводится как можно раньше.

Если ребенок получает профилактический курс АРВТ по эпидемиологическим показаниям, рекомендуется провести молекулярно-диагностическое исследование в возрасте 14 дней (для решения вопроса о целесообразности его дальнейшего проведения). При получении положительного результата повторное исследование (повторно взятой порции крови) проводится как можно раньше.

Получение двух положительных результатов исследований на ДНК и/или РНК ВИЧ является лабораторным критерием, достоверно подтверждающим ВИЧ-инфекцию.

Получение двух отрицательных результатов исследований на ДНК или РНК ВИЧ, один из которых взят в возрасте не менее 1 мес., а второй - в возрасте не менее 4 мес., свидетельствует против диагноза ВИЧ-инфекции.

Диспансерное наблюдение ребенка по перинатальному контакту продолжается до исчезновения у него материнских антител.

Критерии подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями:

- получены 2 и больше положительных результата определения нуклеиновых кислот ВИЧ

или/и

- получены положительные результаты обследования на антитела к ВИЧ (в возрасте 18 мес. и старше),

или/и

- наличие у ребенка клинических проявлений ВИЧ-инфекции (СПИД-индикаторные заболевания), при этом установлено, что его мать ВИЧ-инфицирована.

Снятие с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, при использовании методов молекулярной диагностики проводится в возрасте 6 мес., и старше при одновременном наличии следующих условий:

- получены 2 и больше отрицательных результата исследования ДНК (и/или РНК) ВИЧ, одно из которых выполнено в возрасте 1 мес. и старше и одно - в возрасте 4 мес., и старше;
- получены 2 и больше отрицательных результата исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА;
- отсутствуют клинические проявления ВИЧ-инфекции;
- ребенка не прикладывали к груди ВИЧ-инфицированной женщины;
- отсутствует выраженная гипогаммаглобулинемия на момент исследования крови на антитела к ВИЧ (уровень сывороточных гамма-глобулинов снижен на 2 и более стандартных отклонения или содержание в сыворотке 1§C < 500 мг/дл, 1§M < 40 мг/дл.).

Снятие с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, не обследованных молекулярно-диагностическим методом, проводится в возрасте 18 мес. и старше при одновременном наличии следующих условий:

- получен отрицательный результат исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА;
- отсутствует выраженная гипогаммаглобулинемия на момент исследования крови на антитела к ВИЧ;
- отсутствуют клинические проявления ВИЧ-инфекции;
- ребенка не прикладывали к груди ВИЧ-инфицированной женщины в течение последних 12 мес.