

*Коньшева Т.В.*

## Организация лечения ВИЧ-инфицированных осужденных в пенитенциарном и гражданском здравоохранении Свердловской области

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

*Konyshcheva T.V.*

### Prisoners Living with HIV Treatment in Prison and Civil Health Systems in Sverdlovsk Region

#### Резюме

Оценена результативность внедрения антиретровирусной терапии и медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных в Свердловской области. Использованы методы ретроспективного и проспективного наблюдения, статистический, социологический. Целевая группа – ВИЧ-инфицированные лица, имевшие опыт пребывания в заключении – 3209 человек. Установлено, что в результате национального проекта «Здоровье» охват заключенных АРВТ достиг 95,0%, обследованиями на иммунный статус – 89,0%, летальность снизилась до 1,9%. Внедрение межведомственной модели организации медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных на основе мультипрофессионального подхода способствовало увеличению доли лиц, достигших иммунологических критериев эффективности лечения до 92,6%, повышению приверженности диспансерному наблюдению и лечению после освобождения: увеличению доли продолживших наблюдение после выхода на свободу – в 1,3 раза, своевременных явок – в 1,8 раза; снижению частоты срывов АРВТ в 2,5 раза.

**Ключевые слова:** осужденные, ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, приверженность, медико-социальное сопровождение

#### Summary

The effectiveness of antiretroviral therapy and client management for prisoners living with HIV in the Sverdlovsk region is evaluated. The methods of retrospective and prospective monitoring, statistical, sociological were used. The basic group included 3209 prisoners and former prisoners living with HIV. As a result of the national Health project ART coverage reached 95.0% of the prison population, surveys on the immune status – 89.0%, lethality has decreased to 1.9%. Due to intersectoral model of medical and social support for prisoners living with HIV increased the percentage of persons who have attained the immunological criteria for effective treatment – to 92.6%, adherence to medical observation and treatment after release from prison: the percentage of continuing their surveillance after his release increased in 1.3 times, timely appearances – in 1.8 times; the frequency of breakdowns of ART reduced in 2.5 times.

**Key words:** prisoners, HIV-infection, antiretroviral therapy, adherence, client management

#### Введение

Активизация усилий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции через обеспечение всеобщего доступа к профилактике, диагностике и лечению является одной из Целей развития тысячелетия, принятых ООН [1]. В России на конец 2011 г. зарегистрировано более 650 тысяч случаев, а впервые выявлено за год более 62000 случаев [2]. Нарастание числа ВИЧ-инфицированных лиц приводит к повышению потребности в антиретровирусной терапии (АРВТ).

Особую эпидемическую и медико-социальную значимость по ВИЧ/СПИДу представляют контингенты лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях и освободившихся после заключения. Пораженность ВИЧ-инфекцией заключенных существенно превышает аналогичный показатель среди населения. Пенитенциарная медицина дает возможность вовлечь в получение медицинской помощи лиц, труднодоступных для общественного здравоохранения, но, как правило, не имеет механизмов для обеспечения непрерывности терапии

при освобождении заключенных [3]. Выход из заключения часто приводит к перерыву в лечении, и достигнутые улучшения в состоянии здоровья могут быть сведены на нет [4], что требует особых медико-организационных подходов к целевой группе заключенных.

**Цель исследования** – оценить результативность внедрения антиретровирусной терапии в учреждениях уголовно-исполнительной системы Свердловской области и разработать пути совершенствования организационных преимущественности лечения ВИЧ-инфицированных заключенных и освободившихся.

## Материалы и методы

Методом ретроспективного и текущего наблюдения выполнен медико-статистический анализ данных первичной медицинской документации, электронной персонализированной базы данных и отчетов Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и его филиалов (ОЦ СПИД) и 41 учреждений Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний России по Свердловской области (ГУФСИН СО) за 1999-2011 г. Целевая группа – ВИЧ-инфицированные лица, имевшие опыт пребывания в заключении (далее «осужденные») – всего 3209 человек, в том числе принимавшие АРВТ – 530 человек; внутри которой выполнена сравнительная оценка приверженности АРВТ в двух подгруппах – охваченных комплексным медико-социальным сопровождением (основная группа – 159 чел.) и не охваченных медико-социальным сопровождением (контроль – 371 чел). Полученная информация использовалась с соблюдением конфиденциальности. Статистическая обработка выполнена в программах Microsoft Excel, STATISTICA 6.0, Vortex 7.0.8, достоверность определялась по критериям Стьюдента и хи-квадрат.

## Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что среди заключенных Свердловской области в последние годы наблюдается утяжеление течения ВИЧ-инфекции, характеризующееся быстрым ростом доли лиц в стадии вторичных заболеваний (стадия 4) – к 2010 г. в 3,5 раза по сравнению с 2006 г.,  $p < 0,001$  (рис. 1), что влечет за собой нарастание числа нуждающихся в АРВТ – до 24,5% в 2010 г.

Накопление среди заключенных лиц со стадией 4 ВИЧ-инфекции при отсутствии надлежащего лечения в период 2004-2007 г. обусловило рост летальности с 0,5% до 2,7% ( $p < 0,001$ ). В структуре причин смерти преобладают причины, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией (72,0%), в том числе 61,7% – туберкулез, что в 1,8 раза выше, чем среди ЛЖВС области ( $p < 0,001$ ) и 10,3% – СПИД.

Антиретровирусная терапия и специфические методы обследования при ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе России внедрены в рамках реализации национального проекта «Здоровье». В Свердловской области финансирование мероприятий по внедрению АРВТ для заключенных с 2007 по 2010 г. увеличилось в 15,6 раз. Однако, ряд проблем организационного характера не позволял обеспечивать выполнение стандартов оказания медицинской помощи: низкая укомплектованность врачами, не предусмотрены ставки врачей-инфекционистов, отсутствовали лаборатории для проведения необходимых исследований. Все это в условиях роста числа ВИЧ-инфицированных заключенных обусловило необходимость усиления межведомственного взаимодействия пенитенциарного и гражданского здравоохранения для решения задач противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Свердловской области.

В области был принят совместный приказ Министерства здравоохранения и ГУФСИН СО (2006 г.), в соответствии с которым организовано проведение исследований заключенным в лабораториях ОЦ СПИД и получение антиретровирусных препаратов из ОЦ СПИД; создана совместная клиничко-экспертная комиссия ГУФСИН СО и ОЦ СПИД для решения вопросов назначения АРВТ и ее контроля; специалистами ОЦ СПИД обучен медицинский персонал уголовно-исполнительной системы (УИС) правилам АРВТ и формирования приверженности терапии. Для дальнейшего сотрудничества подписано «Соглашение о порядке взаимодействия в области работы по ВИЧ/СПИД» между ГУФСИН СО и Минздравом области (2008 г.) по вопросам обеспечения диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных, консультативной помощи при лечении, социально-психологической подготовки освобождающихся.



Рисунок 1. Динамика доли ВИЧ-инфицированных заключенных в стадии вторичных заболеваний и числа нуждающихся в АРВТ, 2006-2010 гг., %

**Таблица 1. Динамика внедрения АРВТ среди заключенных в Свердловской области, 2006-2010 гг., %**

Показатели	2006	2007	2008	2009	2010
Доля нуждавшихся в АРВТ от ЛЖВС	9,1	10,5	17,3	19,6	24,5*
Охват нуждавшихся АРВТ	9,1	87,0	87,9	82,0	95,0*
Доля принимавших АРВТ от ЛЖВС	1,0	9,1	15,2	16,1	23,2*
Трехкомпонентные схемы	100,0	98,4	99,3	100,0	99,3
Схемы с комбинированными препаратами	40,0	55,6	72,9	83,0	61,4
Доля стадии 4А на начало АРВТ	20,0	53,8	51,9	43,6	65,2*

\* различия по сравнению с 2006 г. достоверны ( $p < 0,001$ )

Реализуемые межведомственные мероприятия сделали более доступными специфические методы обследования и АРВТ. Так, к 2010 г. охват обследованиями на иммунный статус и вирусную нагрузку увеличился, соответственно, в 1,5 (до 89,0%) и 49,5 раз (до 39,6%) ( $p < 0,001$ ).

Среди лиц, имевших опыт пребывания в МЛС, 53% АРВТ впервые была назначена в условиях заключения. Как представлено в табл. 1, доля принимавших АРВТ от числа ЛЖВС в местах лишения свободы (МЛС), с 2006 по 2010 гг. возросла от 1,0 до 23,2% ( $p < 0,001$ ). При этом охват АРВТ достиг 95,0% (вырос в 10,4 раза,  $p < 0,001$ ), что выше, чем по области в целом (89,0%) и соответствует нормативам, установленным для достижения национальных целей по обеспечению универсального доступа к лечению при ВИЧ-инфекции (не менее 80%) [5]. Трехкомпонентные схемы лечения назначены более 98% заключенным. С повышением доступности АРВТ возросла доля получивших терапию своевременно в стадии 4А – в 2010 г. до 65,2%.

Положительным следствием внедрения АРВТ является снижение летальности ВИЧ-инфицированных заключенных после 2007 г. – с 2,7 до 1,9% в 2009-2010 гг.,  $p < 0,001$ ; в 2010 году летальность среди ЛЖВС в МЛС в 1,3 раза ниже, чем среди ЛЖВС области в целом – 2,5% ( $p < 0,05$ ).

Анализ показал, что в условиях закрытых учреждений соблюдение схем приема препаратов достаточно высокое: прерывали терапию 4,3±0,4% заключенных, в то время как после освобождения прекратили прием препаратов 28,7%, а 76,6% принимавших допускали нарушения в схеме приема, в том числе прервали АРВТ на срок более 2 недель – 42,2%, допускали пропуски приема препаратов – 50,0%, опоздания – 28,8%. Это привело к тому, что у 26,8% терапия оказалась неэффективной и потребовала смены схемы приема.

При анонимном анкетировании установлено, что в качестве основных причин прекращения и перерывов в АРВТ ВИЧ-инфицированные указали: выход из учреждения УИС (43,5%), сомнения в правильности диагноза (26,1%), нежелание принимать препараты (17,4%), трудности в соблюдении режима приема (13,0%).

По данным анкетирования медицинских и социальных работников УИС, случаи нарушений приема АРВТ отметили 83,8% опрошенных. Основными причинами низкой приверженности были указаны: неверие в успех лечения (66,7%), отсутствие мотивации на сохранение здоровья (29,2%), сомнение в правильности диагноза ВИЧ-инфекции (16,7%). Результаты анкетирования получили подтверждение и в ходе работы с фокус-группами, где в качестве причин также были названы: «социальная дезадаптация», «маргинальность», «отсутствие жизненных приоритетов» у заключенных.

Нами была выявлена степень влияния ряда факторов медико-социального характера на приверженность АРВТ среди лиц, освободившихся из мест лишения свободы (табл. 2). Анализ показал, что наиболее значимый вклад в регулярность приема препаратов вносят: прохождение пациентом 2-х и более консультаций психолога при подготовке к АРВТ, наличие туберкулеза, образовательный уровень, поддержка социального окружения, редкое употребление алкоголя, прекращение употребления наркотиков во время приема АРВТ.

Полученные данные свидетельствуют, что для достижения ожидаемой медицинской и социальной результативности программ доступности АРВТ для заключенных необходимо решать задачи по формированию их мотивации к продолжению диспансерного наблюдения и лечения после выхода на свободу и обеспечению преемственности между пенитенциарным и гражданским здравоохранением. С этой целью в Свердловской области с 2008 года разработаны и внедрены

**Таблица 2. Вклад медико-социальных факторов в приверженность антиретровирусной терапии освободившихся ВИЧ-инфицированных**

Факторы	Вклад фактора
Наличие 2 и более консультаций психолога при подготовке к АРВТ	1,55
Наличие туберкулеза	1,46
Образование не ниже среднего специального	1,46
Поддержка социального окружения	1,44
Редкое употребление алкоголя (менее 1 раза в неделю)	1,42
Прекращение употребления наркотиков во время приема АРВТ	1,28

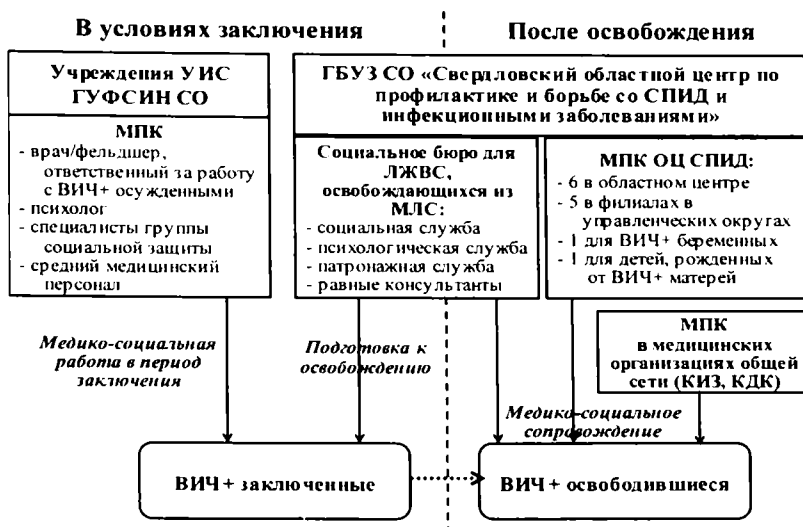


Схема 1. Мультипрофессиональные команды, оказывающие медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным осужденным в Свердловской области

медико-организационные технологии, основанные на мультипрофессиональном подходе, отличительными особенностями которых явились: специфическая целевая группа - ВИЧ-инфицированные заключенные и освобожденные; межведомственный уровень взаимодействия служб, участвующих в ресоциализации освобожденных лиц; расширение функций специалистов за счет деятельности по повышению приверженности диспансерному наблюдению и лечению.

В Свердловской области мультипрофессиональный подход при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных осужденных реализуется путем создания различных видов мультипрофессиональных команд специалистов (МПК), таких как: 20 МПК учреждений УИС, 13 МПК ОЦСПИД и 10 МПК при КИЗ/КДК центральных районных и городских больниц, социальное бюро для ЛЖВС, освобождающихся из мест лишения свободы (схема 1). В состав МПК включаются врач/фельдшер, психолог, специалист по социальной работе, средний медицинский персонал.

В задачи МПК входят: проведение и контроль диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных; формирование и поддержание приверженности наблюдению и лечению; социально-психологическая помощь, взаимодействие со специалистами диспансеров, учреждений соцзащиты населения и общественными организациями. При этом обеспечивается согласованная деятельность на разных этапах контакта ВИЧ-инфицированного с медико-социальными службами: в период заключения, при подготовке к освобождению и после освобождения.

Особым разделом деятельности МПК УИС является подготовка ВИЧ-инфицированных к освобождению. В рамках подготовки к освобождению проводится: социально-психологическая поддержка; мотивирование на продолжение диспансерного наблюдения и лечения на свободе; взаимодействие с гражданскими социальными

службами в целях решения проблем заключенных, которые могут возникнуть после освобождения; выдача на руки освобождающемуся направления в ОЦСПИД /КИЗ/КДК и препаратов на 1 месяц для продолжения АРВТ на свободе; передача медицинских данных об освобожденных в ОЦ СПИД для обеспечения преемственности.

Новой организационной формой МПК является социальное бюро для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, освобождающихся из мест лишения свободы (СБ), созданное в ОЦ СПИД с филиалами в управленческих округах. Социальное бюро включает социальную, психологическую, патружную службы, равных консультантов. Его деятельность направлена на три целевые группы: сотрудники МПК учреждений УИС; ВИЧ-инфицированные заключенные, готовящиеся к освобождению; ВИЧ-инфицированные, освобожденные из мест лишения свободы.

Социальное бюро осуществляет методическую и консультативную помощь, обучение сотрудников УИС навыкам работы по формированию приверженности больных диспансерному наблюдению и лечению. За 6 месяцев до окончания срока заключения проводится обучение заключенных с мотивированием на продолжение диспансерного наблюдения и лечения после освобождения, предоставляется информация об учреждениях медицинской и социальной помощи. Освобожденные мотивируют на удержание в программах диспансерного наблюдения и лечения, оказывают социально-психологическую поддержку, активно привлекают лиц, не вставших на диспансерный учет в течение 3 месяцев после освобождения, взаимодействуя с учреждениями социальной защиты на основе совместного приказа Минздрава и Минсоцзащиты области.

Оценка результатов внедрения в Свердловской области мультипрофессионального подхода при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных

**Таблица 3. Сравнительная оценка результатов внедрения мультипрофессионального подхода при медико-социальном сопровождении освободившихся ВИЧ-инфицированных**

Показатели	Охвачены МПК	Не охвачены МПК
Регулярно принимали АРВТ, на 100 лечившихся	37,8	23,4*
Выявлены нарушения, всего	62,2	76,6*
в том числе: - срывы приема препаратов (до 2 нед)	5,5	13,8*
- прервали АРВТ (более 2 недель)	29,7	42,2*
- перерывы в приеме препаратов до 2 месяцев	10,6	25,3*
- пропуски приема дозы препарата	26,8	50,0*
- опоздания в приеме препарата	15,0	28,8*
Повышение числа лимфоцитов CD4 через год после начала АРВТ на 25 мкл и более,	92,6	65,2*
в том числе на 50/мкл и более	77,8	47,8*
Снижение вирусной нагрузки до <400 копий/мл к 24-й неделе лечения	88,9	75,0*

осужденных свидетельствует о положительных изменениях, подтверждаемых при сравнительном анализе динамики комплекса показателей приверженности диспансерному наблюдению и лечению среди освободившихся лиц за различные периоды наблюдений.

Так, оценка динамики постановки на диспансерный учет в ОЦ СПИД ВИЧ-инфицированных лиц, имевших опыт пребывания в заключении, показала, что мероприятия по медико-социальному сопровождению привели к статистически значимому росту числа вставших на учет в 1,4 раза - в среднем до  $50,5 \pm 1,0\%$  ( $p < 0,001$ ). Среди освободившихся ВИЧ-инфицированных наблюдался рост продолживших наблюдение после выхода на свободу - в 1,3 раза по сравнению (до  $73,8 \pm 2,1\%$  от числа освободившихся из МЛС,  $p < 0,001$ ). Особенно увеличилась доля своевременных явок (в течение месяца после освобождения) - соответственно, в 1,8 раза (до  $41,4 \pm 2,3\%$ ,  $p < 0,001$ ), а в течение года после освобождения явились 71% освободившихся.

Как видно из рис. 2, по комплексу показателей, характеризующих приверженность лечению, в группе ВИЧ-инфицированных, охваченных деятельностью мультипрофессиональных команд и социального бюро по сравнению с пациентами, не охваченными медико-социальным сопровождением, достоверно ниже частота нарушений схем АРВТ ( $62,2 \pm 4,6\%$  по сравнению с  $76,6 \pm 3,1\%$ , соответственно), в том числе срывов в приеме на срок до 2 недель - в 2,5 раза, более 2 недель - в 1,4 раза; также ниже в 1,9 раз частота пропусков и опозданий в приеме препарата,  $p < 0,05$ .

Среди лиц, охваченных МПК, значимо большая доля достигших критериев эффективности лечения, установленных в ВОЗ в «Клинических протоколах лечения и помощи при ВИЧ/СПИДе» [6]: повышение числа лимфоцитов CD4 через год после начала АРВТ на 25/мкл и более - у 92,6%, в том числе на 50/мкл и более - у 77,8% (по сравнению с 65,2% и 47,8%, соответственно); снижение вирусной нагрузки до <400 копий/мл через 6 мес. после начала лечения - у 88,9% ( $p < 0,05$ ).

## Выводы

Реализуемые в пенитенциарной системе мероприятия национального проекта «Здоровье» сделали более доступными для заключенных специфические методы обследования и АРВТ: охват обследованиями на иммунный статус достиг 89,0%, охват АРВТ - 95,0%, летальность ВИЧ-инфицированных заключенных снизилась до 2,5%.

Внедрение в Свердловской области межведомственной модели организации медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных на основе мультипрофессионального подхода способствовало достижению статистически достоверных положительных результатов в повышении приверженности освободившихся заключенных диспансерному наблюдению и лечению: увеличению доли вставших на диспансерный учет, продолживших наблюдение после выхода на свободу, доли своевременных явок; снижению частоты срывов в приеме АРВТ на срок до 2 недель - в 2,5 раза, более 2 недель - в 1,4 раза, пропусков и опозданий в приеме препаратов - в 1,9 раза; повышению доли лиц, достигших иммунологических критериев эффективности лечения - до 92,6%.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования работы по формированию приверженности ВИЧ-инфицированных лиц из числа спецконтингента УИС диспансерному наблюдению и лечению, как в условиях заключения, так и после освобождения, на основе развития форм межведомственного взаимодействия с учетом специфики данного контингента. ■

**Конышева Т.В., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург; Адрес для переписки - 620146, г. Екатеринбург, ул.Московская, д.214, кор.1, кв.91, тел: 8-909-701-63-18, 214-86-61 (р); email: konisheva@list.ru**

## Литература:

1. Кайгородова Т. В. Новое осознание здоровья на глобальном уровне. Цели развития тысячелетия ООН. Управление здравоохранением 2010; 3(28): 8-15.
2. ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень № 36. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,

- Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом; 2012.
3. Здоровье в исправительных учреждениях: руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008.
  4. Юргенс Р. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения, ЮНЭЙДС, ООН; 2007.
  5. Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции: методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 сентября 2007 г. № 6965 – РХ. В: Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. Т.2. Эпидемический надзор за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. М.: 2007. 349-395.
  6. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе: Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ; 2007.