

**АКТУАЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ  
ПАЦИЕНТАМ**

Россия относится к странам с высокой степенью развития эпидемии ВИЧ-инфекции: начиная с 1987 г., зарегистрировано более 630 тыс. случаев, из них более 90% выявлены за последние 5 лет. Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией россиян составляет 0,42%. Зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции с большей долей вероятности отражают лишь часть реального количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД в стране. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации живут до 2 млн ВИЧ-инфицированных (2-3% взрослого населения).

60% всех случаев ВИЧ-инфекции сосредоточено в 10 регионах Российской Федерации. К наиболее неблагополучным по заболеваемости субъектам РФ относятся г. Санкт-Петербург, Самарская, Иркутская, Ленинградская, Свердловская, Оренбургская, Тюменская, Ульяновская и Челябинская области, Ханты-Мансийский автономный округ. В этих регионах ранее сформировался большой резервуар инфекции среди потребителей наркотических средств, и к концу 2009 г. от 0,5 до 1,5% всего населения были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные.

Свердловская область относится к числу регионов, неблагополучных по распространенности ВИЧ-инфекции и занимает 4 ранговое место среди всех субъектов РФ. На 1 декабря 2011 г. в Свердловской области официально зарегистрировано 53 тыс. случаев ВИЧ-инфекции. Показатель пораженности населения области достиг 1,2%, что втрое превышает среднероссийский показатель. Ежедневно выявляется до 15 новых случаев ВИЧ-инфекции. Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории Свердловской области. В 12 муниципальных образованиях отмечен чрезвычайно высокий уровень пораженности – более 1,5% населения.

Главной причиной заражения ВИЧ-инфекцией продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков (более 70% от всех лиц с известными причинами заражения). Наряду с этим, за последние 5 лет в области активизировалась передача инфекции от уязвимых групп к

основному населению половым путем. Так, если в 2000 г. половым путем инфицировались только 4% граждан, то в 2011 г. – 42,3%. При этом в 2009-2010 гг. половой путь заражения ВИЧ был преобладающим. Однако в 2011 году вновь наблюдается увеличение наркотического пути передачи – 55% (в 2010 г. – 45,7%), в том числе среди мужчин – 70,1%. 90% ВИЧ-инфицированных, выявленных в текущем году, это люди в возрасте 18-39 лет. Каждый третий относится к работающим гражданам. Наиболее поражены ВИЧ-инфекцией лица в возрасте 20-49 лет. В данной возрастной группе ВИЧ-инфекцией поражен каждый тридцатый.

В общей структуре ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины (56%). Однако удельный вес новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин неуклонно возрастает, при этом в 2011 г. в возрастной группе 15–25 лет уже отмечено превышение случаев инфицирования среди женщин по сравнению с мужчинами (4,8% женщин и 0,9% мужчин в данной возрастной группе).

Феминизация эпидемии ведет к росту числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, что порождает ряд проблем социально-экономического характера: финансовое обеспечение наблюдения и лечения, отказы от детей, социальное сиротство. В настоящее время в области родилось 8560 детей от ВИЧ-инфицированных мам (20% от общего числа рожденных детей в Российской Федерации). Из числа детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей в период до 2011 г., отказных детей 525. В настоящее время число отказов снижено в 1,5 раза. Между тем этот уровень по-прежнему высок – каждая 18-я женщина оформляет отказ от ребенка. Отказы от детей по причине ВИЧ-инфекции (12%) в 2 раза превышают показатель отказов от здоровых детей (6%). Общие затраты на содержание отказных детей в домах ребенка и детских домах составляют ежегодно 239,2 млн р. Если бы данные дети остались в семье, экономия финансовых средств составила бы 940 млн р. в год.

Семьи, имеющие ВИЧ-инфицированных детей, часто сталкиваются с проявлениями дискриминации в различных учреждениях, в том числе в медицинских, социальных и образовательных учреждениях, что приводит к социальной уязвимости данной группы и, как следствие, к снижению возможности получения различных видов помощи в соответствующих учреждениях.

Еще одной особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции последних лет является нарастание числа больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, нуждающихся в специфической антиретровирусной терапии, что связано с резким подъемом заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2000–2001 гг. Своевременно назначенная антиретровирусная терапия является гарантией повышения качества жизни больного ВИЧ-инфекцией и профилактической мерой, снижающей опасность распространения ВИЧ-инфекции. Однако нарушение схемы лечения приводит к снижению концентрации лекарств в организме, что способствует активному размножению вируса, появлению устойчивости вируса к лекарственным препаратам и приводит к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции среди населения. Поэтому важно формирование у пациентов высокого уровня приверженности к приему лекарств.

Существующие на сегодняшний день программы приверженности ВИЧ-инфицированных пациентов к антиретровирусной терапии в учреждениях здравоохранения муниципальных образований недостаточно эффективны из-за отсутствия в штате психологов и социальных работников, либо по причине отсутствия практики привлечения данных специалистов к работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Распространение ВИЧ-инфекции зачастую связано с девиантным поведением (употребление психоактивных веществ, беспорядочные половые связи и т.д.) и социальной уязвимостью отдельных групп населения. С другой стороны, распространение ВИЧ-инфекции влечет за собой тяжелые социальные последствия – снижение качества жизни, в том числе за счет снижения трудоспособности и, как следствие, материального благосостояния, дискриминации ВИЧ-инфицированных граждан, что формирует трудную жизненную ситуацию и потребность в социально-психологических, социально-правовых, социально-трудовых и других социальных услугах. Таким образом, оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам сопряжено с большим количеством немедицинских проблем.

Поэтому представляется целесообразным, чтобы оказание качественной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным носило комплексный медико-психосоциальный характер. Создание системы комплексной медико-психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам является актуальной задачей сегодняшнего дня.

В связи с этим, в ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», помимо специализированной медицинской помощи, для ВИЧ-инфицированных пациентов в полном объеме организована психосоциальная помощь. В учреждении и его филиалах работают 20 психологов и специалистов по социальной работе. Помощь пациентам осуществляется мультипрофессиональной командой – врачом, психологом, специалистом по социальной работе и «равным» консультантом.

Кроме этого, большинство потребностей ВИЧ-инфицированных граждан может быть решено в рамках межведомственного взаимодействия при выполнении государственных услуг по обеспечению профилактических мероприятий и социального обслуживания.

Оказание комплексной медико-психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам, направленной на поддержку семьи, профилактику социального сиротства, регламентировано приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства социальной защиты населения Свердловской области от 16.09.2011 г./19.09.2011 г. № 918-п/838 «Об организации взаимодействия системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области». В рамках данного приказа к оказанию помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Свердловской области активно привлекаются психологи и социальные работники учреждений социального обслуживания населения.

Благодаря применению технологии оказания комплексной медико-психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным удается поддерживать необходимый уровень лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: охват диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных составляет 87,8% от числа подлежащих (норматив – 80%); охват ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией составляет 92%. В связи с активным назначением антиретровирусной терапии всем нуждающимся отмечается снижение более чем вдвое показателя летальности и впервые появилась тенденция к стабилизации смертности. Отмечается рост числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс химиопрофилактики во время беременности, в родах, новорожденному, позволяющий снизить до минимально-

го уровня передачу ВИЧ-инфекции от матери ребенку: 2005 г. – 18,7%, 2011 год – 88,2%. Наконец, наблюдается устойчивая тенденция уменьшения доли молодежи среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных: в 2002 г. – 21,2%, в 2011 г. – 3,2%.

*Т.С.Рыжкова, Н.С.Тимченко*

### **КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

В России одним из наиболее обсуждаемых специалистами и широкой общественностью вопросов в последнее время является проблема повышения качества оказания медицинских услуг. Под качеством медицинской помощи обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки [1].

Традиционно качество медицинской помощи оценивается по трем общим направлениям: структуре, процессу и исходам [2]. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе: материальных ресурсов (например, приспособлений и оборудования), персонала (например, его численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (например, методы возмещения расходов, система оценки работы врачей другими врачами). Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность. Исход описывает результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента, включая изменения в его сознании и поведении, удовлетворенность больного врачебным и медсестринским обслуживанием, биологические изменения заболевания, осложнения лечения, заболеваемость и смертность.

При оценке качества медицинской помощи приоритетное значение имеют медико-биологические показатели состояния здоровья па-