



8. *Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи : метод. рекомендации / Е. И. Полубенцева, Г. Э. Улумбекова, К. И. Сайткулов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.*

Т. В. Конышева, Н. В. Ножкина, А. С. Подымова

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ КОНТИНГЕНТОВ ОСОБОГО РИСКА

В Свердловской области эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции расценивается как одна из наиболее неблагоприятных среди регионов России: по данным на 01.07.2011 г. в области зарегистрировано 50 574 случая ВИЧ-инфекции, показатель распространенности составил 1146,88 на 100 тысяч населения, превысив среднероссийский уровень в 2,0 раза. Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории области, при этом в 22 муниципальных образованиях уровень пораженности населения ВИЧ-инфекцией более 1%. Отмечается увеличение случаев ВИЧ-инфекции среди социально-адаптированных слоев населения, 85% выявленных в 2011 году – лица в возрасте 18–39 лет. Ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции остается внутривенное употребление наркотиков – в 2011 году 54,8% (в 2010 году – 45,7%), среди мужчин – 70,1%; наряду с этим распространен половой путь – 42,3%, особенно среди женщин – 62,9%.

Среди общего количества ВИЧ-инфицированных жителей Свердловской области на долю лиц, составляющих категорию подозреваемых, обвиняемых и осужденных, в 2009 году приходилось 29,6%, из них 12,5% находились в местах лишения свободы (МЛС). Концентрация ВИЧ-инфицированных (ВИЧ+) в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) значительно выше, чем в других группах населения, также как распространенность сопутствующих социаль-

но-значимых инфекций. Вместе с тем заключенные являются организованной группой, с которой необходимо осуществлять работу по профилактике ВИЧ-инфекции, повышению приверженности диспансерному наблюдению и лечению как в условиях лишения свободы, так и после выхода из исправительных учреждений [1].

С целью ограничения распространения ВИЧ-инфекции лицами, пребывавшими в МЛС, в области осуществляется комплекс межведомственных организационных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий силами Министерства здравоохранения, Главного управления федеральной службы исполнения наказаний России по Свердловской области (ГУФСИН), общественных организаций при патронаже Уполномоченного по правам человека Свердловской области и научном сопровождении Уральской государственной медицинской академии [2]. С 2006 года в учреждениях УИС области начата реализация программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу и туберкулезу», финансируемой Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией через фонд «Российское здравоохранение» и направления «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Для повышения качества оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам, находящимся в местах лишения свободы и освобождающимся из заключения, издан совместный приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и ГУФСИН России по Свердловской области от 11.07.2006 г. № 548/1151 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами ВИЧ-инфицированных лиц, находящихся в учреждениях ГУФСИН по Свердловской области» [3]. В 2007 году между Министерством здравоохранения Свердловской области в лице Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (ОЦ СПИД) и ГУФСИН России по Свердловской области заключено «Соглашение о порядке взаимодействия в области работы по ВИЧ/СПИД». В соответствии с соглашением ГУФСИН СО обязуется проводить: мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции; диспансерное наблюдение, обследование и лечение ВИЧ-инфицированных лиц; проведение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) нуждающимся; социально-психологическую подготовку освобождающихся ВИЧ-инфицированных лиц; предоставлять информацию о вновь выявлен-

ных случаях ВИЧ-инфекции, о содержащихся в учреждениях ВИЧ-лиц, стадиях заболевания, обследованных на иммунологический статус, подлежащих лечению, получающих антиретровирусную терапию, прервавших лечение. ОЦ СПИД в рамках данного соглашения обязан: проводить повторные обследования на ВИЧ и иммунологические исследования у ВИЧ-позитивных осужденных и подследственных; оказывать консультативную помощь по лечению ВИЧ-инфицированным и проведению медико-социальной экспертизы; выдавать антиретровирусные препараты осужденным и подследственным; проводить мероприятия по социально-психологической подготовке освобождающихся из МЛС ВИЧ-инфицированных.

В 2008–2009 гг. в области осуществлялась целевая программа «Содействие трудовой занятости осужденных к наказанию в виде лишения свободы и предупреждение распространения в учреждениях уголовно-исполнительной системы, расположенных на территории Свердловской области, ВИЧ-инфекции, туберкулеза». В развитие форм межведомственного взаимодействия на базе ОЦ СПИД была создана специальная структура – «социальное бюро» (СБ) с целью обеспечить более эффективное медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, освобождающихся из мест лишения свободы, для формирования у них приверженности к диспансерному наблюдению и лечению, менее рискованного в эпидемическом аспекте поведения в обществе. В основе деятельности СБ – внедрение подхода, предусматривающего участие в профилактической работе междисциплинарных команд – бригад специалистов, в состав которых включается медицинский персонал, психолог, социальный работник.

Целью исследования была оценка эффективности форм взаимодействия медицинских служб гражданского здравоохранения и ГУФСИН при организации диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных лиц, пребывавших в местах лишения свободы на территории Свердловской области. Оно было выполнено на базе 42 учреждений УИС Свердловской области, Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и его филиалов. Основная целевая группа сформирована из ВИЧ-инфицированных лиц, пребывавших в МЛС на территории Свердловской области, в возрасте 18 лет и старше, состоящих на учете в ОЦ СПИД и его филиалах в Западном управленческом округе

(г. Первоуральск) и Горнозаводском управленческом округе (г. Нижний Тагил) – всего 3209 человек. Группа сравнения – зарегистрированные лица с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, жители Екатеринбурга, Первоуральска, Нижнего Тагила, в возрасте 18 лет и старше, не пребывавшие в МЛС, – всего 17 399 чел. Временной период исследования – с 2000 по 2010 гг.

Эпидемическая ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди спецконтингента учреждений УИС на территории Свердловской области находится под контролем с 1997 года, когда были зарегистрированы первые случаи выявления ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях. За весь период наблюдения показатели выявляемости ВИЧ-инфекции среди заключенных превышали соответствующие показатели среди населения области, а в 2008–2009 гг. превышение составило 5,2 раза. Наиболее высокий уровень выявляемости был отмечен в период вспышки ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 2001 году, когда у заключенных он достиг 43,1 на 1000 обследованных, а среди населения области – 12,3%; затем после снижения к 2006 году у заключенных до 14,8% вновь произошел рост – к 2009 году до 39,7%. Такая тенденция последних лет, с одной стороны, является подтверждением роста распространенности заболевания в области в целом и в среде заключенных с нарастающим темпом, а с другой обусловлена повышением качества обследования лиц из групп риска на ВИЧ-инфекцию.

По данным ГУФСИН СО, за период с 2001 по 2010 г. число ВИЧ-инфицированных, содержащихся в закрытых учреждениях УИС, возросло на 92% и превысило 4000 чел. (в год), а их доля от общего числа ВИЧ-инфицированных в области колебалась от 17,5% до 10,2%. В последние годы циркуляция ВИЧ-инфицированных (поступающих и освободившихся) в учреждениях УИС ежегодно превышала 1000 человек, а доля освободившихся составляла более 23% от числа ВИЧ+, ежегодно находившихся в МЛС. Более 90% ВИЧ+ лиц спецконтингента УИС составляют жители Свердловской области, в том числе более трети – жители г. Екатеринбурга; преобладают мужчины – 83,4%, что характерно для контингента осужденных. Практически все ВИЧ-позитивные заключенные старше 18 лет, около 80,0% – в возрасте до 30 лет, 1 чел. несовершеннолетний.

На основе анализа персонифицированной базы данных и первичной документации были изучены особенности медико-социальных

характеристик целевой группы ВИЧ-инфицированных осужденных. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании низкого социального статуса: 46,5 % имели начальное и неполное среднее образование; неработающих 70,1 % среди женщин и 51,5 % среди мужчин; в зарегистрированном браке состояли лишь 15,6 % женщин и 11,5 % мужчин, а в незарегистрированном – 37,5 и 25,0 % соответственно; при этом имели детей 62,7 % женщин и 21,6 % мужчин; на наличие в семье ВИЧ-инфицированных указали 36,7 % женщин и 22,0 % мужчин. Более отягощенный опыт пребывания в заключении характерен для мужчин, среди которых 72,0 % находились в МЛС до постановки на диспансерный учет и 73,3 % – после (среди женщин 61,7 % и 55,0 % соответственно, $p < 0,05$); срок заключения более 2 лет имели 69,3 % мужчин и 51,3 % женщин, а 5 лет и более – 36,7 % мужчин.

У большей части осужденных (72,5 %) ВИЧ-инфекция была выявлена в условиях заключения (73,1 % мужчин и 67,5 % женщин), что свидетельствует о важной роли медицинских учреждений УИС в выявлении ВИЧ-инфицированных среди спецконтингента. Более половины выявлены в 2000–2003 гг., то есть к моменту исследования они уже имели длительность заболевания 7–10 лет, что соответствует периоду перехода из латентной стадии в стадию вторичных заболеваний, требующую назначения высокоактивной антиретровирусной терапии. Следует отметить, что в последние годы (2008–2009 гг.) достоверно возросла доля выявленных ВИЧ+ женщин среди выявленных в УИС – до 18,3 % по сравнению с 10,3 % в 2000–2003 гг. и 11,3 % в 2004–2007 гг.

В медицинских учреждениях гражданского здравоохранения было выявлено 27,5 %, преимущественно в учреждениях общего профиля, из них среди женщин более 40 % в женских консультациях (код 109); существенная доля приходится также на токсикологические и наркологические отделения, особенно у мужчин (27,1 %), а в ОЦ СПИД – у 15,8 % мужчин и 12,0 % женщин. Прохождение исследования на ВИЧ было самостоятельным осознанным решением только для 3,2 % лиц (код 118), наиболее часто оно сопровождало обращение за медицинской помощью – 86,3 %, 9,1 % случаев составили обследования в качестве контактного лица, 2,8 % – при сдаче крови в качестве донора (код 108), 1,8 % – по эпидемиологическим показаниям (код 120). Среди выявленных в ЛПУ лишь 55,3 % были информированы о наличии заболевания по месту выявления, остальные направлялись для информирования

в ОЦ СПИД. Вследствие этого, около половины неинформированных (46,9%) узнали о своем диагнозе позднее чем через полгода после выявления, в том числе 24,0% – спустя несколько лет, что является фактором, способствующим распространению инфекции. В учреждениях УИС доля информированных о диагнозе по месту первичного выявления значимо выше – 87,8% ($p < 0,001$).

На момент выявления инфекции 73,2% входили в возрастную группу 18–29 лет, средний возраст составил 25 лет, минимальный – 12 лет. Путь заражения ВИЧ в подавляющем большинстве случаев наркотический – у 98,4% мужчин и 93,8% женщин, 1,5% мужчин и 6,2% женщин инфицировались половым гетеросексуальным путем. При этом за период 2000–2009 гг. доля наркотического пути заражения среди осужденных осталась практически неизменной, в отличие от популяции в целом, где существенно нарастает удельный вес полового пути. В этой связи следует признать обоснованным необходимость реализации в среде осужденных программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, разрабатываемых для потребителей инъекционных наркотиков.

Распределение по стадиям ВИЧ-инфекции среди осужденных в целом соответствует распределению среди категории ВИЧ-инфицированных не осужденных и общей тенденции естественного развития заболевания: почти у половины (46,1%) диагностирована стадия 4 (вторичных заболеваний), в том числе 4А – у 23,8%, 4Б – у 13,6% и наиболее тяжелая 4В – у 8,7%. Данная стадия характерна для 52,7% осужденных, выявленных в период 2000–2003 гг., 42,8% – выявленных в 2004–2007 гг., а из числа выявленных в 2008–2009 гг. доля составила 21,0%, что говорит о поздней диагностике этой группы инфицированных.

В структуре вторичных заболеваний основную часть (77,4%) составила болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней, в том числе с проявлениями кандидоза (23,4%), других вирусных инфекций, в основном вирусом опоясывающего герпеса (14,8%), микобактериальной инфекции (12,1%).

Практически у всех ВИЧ+ осужденных, обследованных в условиях ОЦ СПИД (99,8%), имеются сопутствующие заболевания. Число установленных диагнозов колебалось от 1 до 14, в среднем 3,7 на человека, у женщин 4,3 по сравнению с 3,5 у мужчин, $p < 0,01$. Наиболее часто выявлялись психические расстройства и расстройства поведе-

ния (класс V по МКБ-X) – 94,5 на 100 обследованных, среди мужчин значительно чаще, чем среди женщин – 96,3 по сравнению с 88,8 ($p < 0,05$), при этом у подавляющего большинства пациентов выявлены синдромы зависимостей – от наркотических веществ, преимущественно опиодов – 94,0%, хронический алкоголизм – 8,0% (у мужчин 9,4). На втором месте инфекционные болезни (класс I) – 93,5 на 100 обследованных. Особенно высока распространенность хронического вирусного гепатита С – 92,7 на 100 обследованных, причем у 63,8% мужчин и 76,7% женщин этот диагноз впервые был установлен при постановке на диспансерный учет в ОЦ СПИД ($p < 0,05$). Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, перенесли 26,5% мужчин и 41,7% женщин ($p < 0,05$), в структуре 34,0% составил сифилис, 29,9% – гонококковая инфекция. Частота туберкулеза составила 21,4 на 100 обследованных, среди мужчин в 2,9 раза выше, чем у женщин (25,4 и 8,9 на 100 соответственно, $p < 0,05$); преобладал туберкулез органов дыхания (95,9%). На третьем месте в структуре сопутствующих заболеваний у мужчин – болезни органов пищеварения – 22,2%, у каждого седьмого – болезни органов дыхания. У женщин высока распространенность болезней мочеполовой системы (47,7 на 100 обследованных), болезней органов пищеварения (38,1).

Основным поведенческим фактором риска в отношении передачи ВИЧ-инфекции в целевой группе является употребление наркотиков, которое отмечено в анамнезе у 94,0% как мужчин, так и женщин, что полностью согласуется с данными о преобладании наркотического пути заражения ВИЧ-инфекцией среди осужденных. Стаж внутривенного употребления наркотиков до выявления инфекции колебался от нескольких инъекций до 18 лет, в среднем 4,8 года у мужчин и 4,0 года у женщин, стаж употребления 5 лет и более имели более 40% осужденных. Практически все ПИН использовали нестерильные шприцы или общую посуду; более 50% указали на ежедневное употребление наркотиков в анамнезе, 4% освободившихся сообщили об употреблении наркотиков в МЛС. Продолжили употребление наркотиков 73,6% вышедших из заключения мужчин и 59,5% женщин, активно употребляли во время диспансерного наблюдения – 39,4%.

В исследуемой целевой группе распространены формы сексуального поведения, опасные в отношении передачи ВИЧ-инфекции половым партнерам: рискованные половые контакты (77,2%), в том числе случайные половые связи, отсутствие постоянного полового партнера.

половые контакты с ПИН, серодискордантность половых отношений (25,5% мужчин и 35,4% женщин), при этом нерегулярно использовали или не использовали презервативы 67% мужчин и 92% женщин ($p < 0,005$). Ситуацию усугубляет высокая распространенность употребления алкоголя (89,3%) как среди мужчин, так и женщин, в том числе 30,4% употребляют чаще 1 раза в неделю.

Для оценки эффективности внедряемых профилактических мер по отношению к контингенту ВИЧ-инфицированных осужденных нами проведен сравнительный анализ динамики показателей, характеризующих приверженность лиц данной группы диспансерному наблюдению и лечению. Сравнение выполнено за 3 временных периода, различающихся организационными формами и объемом профилактического воздействия: 1 – начальный период, 2000–2005 гг.; 2 – период действия проектов Глобального фонда и национального проекта «Здоровье» по программам противодействия ВИЧ-инфекции среди заключенных, 2006–2007 гг.; 3 – период функционирования новых межведомственных форм медико-социального сопровождения ВИЧ+ осужденных: социального бюро, мультипрофессиональных команд, 2008–2010 г.

Анализ базы данных показал, что охват диспансерным наблюдением в ОЦ СПИД и его филиалах за период 2000–2005 гг. был самым низким – в среднем 31,9% от числа находящихся вне МЛС (29,4% среди мужчин и 53,4% среди женщин, $p < 0,05$). В последующий период 2006–2007 гг., когда начали действовать программы Глобального фонда и нацпроекта «Здоровье», охват диспансеризацией удалось несколько повысить – до 35,8%, однако статистически значимый рост данного показателя отмечен лишь в период 2008–2010 гг., когда были реализованы дополнительные мероприятия по организации социальных бюро и мультипрофессиональных команд – в среднем до 50,5%, среди мужчин до 47,8%, у женщин до 72,4%. Динамика комплекса показателей, характеризующих приверженность осужденных диспансерному наблюдению, представлена в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, практически по всем показателям отмечается положительная динамика, в большинстве случаев статистически достоверная, по мере расширения программ профилактической и медико-социальной работы с целевой группой. Особенно существенные изменения отмечаются в группе лиц, охваченных деятельностью социального бюро и мультипрофессиональных команд, как при со-

поставлении с периодами до внедрения данных форм работы (2000–2005 гг. и 2006–2007 гг.), так и в сравнении с контингентом не охваченных деятельностью СБ в 2008–2010 гг.

Таблица 1

Динамика показателей приверженности диспансерному наблюдению ВИЧ-инфицированных осужденных, 2000–2010 гг., %

Показатели	2000–2005 г.	2006–2007 г.	2008–2010 гг.		
			в среднем	в том числе:	
				охваченны СБ	не охваченны СБ
Охват Д-наблюдением в ОЦ СПИД, от числа подлежащих: – от всех выявленных – от находящихся вне МЛС	29,3* 31,9*	32,7 35,8#	41,3* 50,5*	– 64,1#**	– 47,4**
Явились для постановки на Д-учет: – из впервые выявленных – из ранее не состоявших	31,9 –	19,3#* 9,5#*	59,6* 16,0*	60,0# 32,9#**	58,8 10,2**
Срок первичной явки после выявления (освобождения): – в течение 1 месяца – от 1 месяца до 1 года – более года	51,6 30,3 18,1	33,7#* 18,5#* 47,8#*	51,4* 47,5* 1,1*	54,7# 43,8# 1,5#	46,6 52,3 1,0
Наблюдались в ОЦ СПИД, от числа явившихся, – в том числе не реже 1 раза в год	69,4 7,6*	68,8 37,5#*	69,0 60,9*	74,1 68,1#**	62,4 53,5**
Прекратили наблюдение после первичной явки и не возобновили через год и более	47,1*	38,9#	32,5*	25,5#**	39,6**
Проходили Д в течение календарного года	47,2	27,8#*	50,0*	70,0#**	45,0**
Выполнение норматива Д-посещений (среди проходивших Д в течение года)	53,8*	52,6#*	65,0*	67,6#	65,2

*) различия по сравнению с предыдущим периодом достоверны, $p < 0,05$; **) различия между группами, охваченной и не охваченной деятельностью СБ, достоверны, $p < 0,05$; #) различия между группой, охваченной деятельностью СБ, и периодом 2006–2007 гг. достоверны, $p < 0,05$.

При анализе удалось выяснить степень влияния некоторых факторов медико-социального характера на приверженность диспан-

серному наблюдению в целевой группе. Как видно из материалов, приведенных в табл. 2, наиболее значимый вклад в регулярность диспансерного наблюдения вносит наличие у пациента стадии вторичных заболеваний. В нашем исследовании при постановке на диспансерный учет в период 2000–2005 гг. 2,4% ВИЧ-инфицированных осужденных имели стадию вторичных заболеваний (стадия 4), а у 97,6% была субклиническая стадия (стадия 3). В последующие годы доля лиц, имеющих при взятии на диспансерный учет более тяжелой 4 стадии заболевания, увеличилась за счет лиц, не встававших ранее на учет и выявленных впервые – в период 2006–2007 гг. до 23,6% (29,7% у мужчин и 4,5% у женщин), а в 2008–2010 гг. – до 25,4%.

Таблица 2

Вклад медико-социальных факторов в приверженность диспансерному наблюдению ВИЧ-инфицированных осужденных

Факторы	Вклад фактора
4 стадия заболевания	1,76
Выявление ВИЧ-инфекции в учреждении УИС	1,62
Консультация психолога при постановке на Д-учет	1,59
Наличие 2 и более сопутствующих заболеваний	1,42
Наличие ВИЧ-инфекции у супруга	1,35
Наличие туберкулеза	1,27
Возраст при выявлении ВИЧ-инфекции 30 лет и старше	1,24
Прием антиретровирусной терапии	1,18

Утяжеление ВИЧ-инфекции и переход ее в стадию вторичных заболеваний требует назначения пациентам специфического лечения. Важная роль в проведении ВААРТ для лиц, пребывающих в МЛС, принадлежит учреждениям УИС. С 2006 года лечение ВИЧ-инфицированных заключенных обеспечивается в рамках программ, финансируемых Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и нацпроектом «Здоровье». Специалисты ОЦ СПИД включены в состав клинико-экспертной комиссии ГУФСИН для решения вопросов назначения ВААРТ и контроля ее проведения, осуществляют разработку методических материалов для сотрудников УИС, обучение врачей по вопросам назначения ВААРТ и формированию приверженности лечению. На базе лабораторий ОЦ СПИД организовано проведение исследований иммунологического статус-

са и вирусной нагрузки, необходимых для определения нуждаемости в ВААРТ и ее эффективности; через аптеку ОЦ СПИД осуществлялись поставки препаратов. По данным ГУФСИН, показатель охвата нуждавшихся в ВААРТ среди ВИЧ+ заключенных в 2009 г. достиг 97,5 %, в 2010 г. ВААРТ получали около 18 % ВИЧ-позитивных из числа спецконтингента УИС.

Выполненный анализ показал, что на протяжении 2006–2010 гг. около половины ВИЧ+ осужденным, получавшим лечение, впервые специфическая терапия была назначена именно в заключении, в 2010 г. их доля превысила 60 %. Среди получающих ВААРТ имеет место позднее начало терапии, хотя отмечается достоверно значимая положительная динамика по этому показателю. Так, в 2007 году в стадии 4А начали принимать терапию лишь 15,2 %, в 2008–2009 г. – около 38 %, а в 2010 г. показатель вырос до 50,0 % ($p < 0,05$). Впервые начали принимать препараты в наиболее тяжелой стадии 4В (за которой следует терминальная стадия) в 2007 г. – 37,0 %, в 2010 г. – 26,2 %.

Серьезной проблемой является недостаточная приверженность ВИЧ-инфицированных осужденных лечению. Так, за период 2006–2010 гг. в условиях ОЦ СПИД проходили лечение в среднем лишь 67 % нуждавшихся (из числа находившихся на свободе). В связи с этим важно оценить эффективность новых форм работы с пациентами, пребывавшими в МЛС, по мотивированию их на лечение. Проведенный анализ показал, что в группе лиц, получавших медико-социальное сопровождение специалистов социального бюро, отмечаются более благополучные значения по комплексу показателей, характеризующих приверженность лечению, в сравнении с пациентами, не вовлеченными в деятельность СБ: достоверно ниже частота нарушений схем ВААРТ (62,2 % по сравнению с 76,6 % соответственно), в том числе срывы на срок более 2 недель – 29,7 % и 42,2 % соответственно, пропуски в приеме препаратов – 26,8 % и 50,0 % соответственно, опоздания в приеме дозы препарата – 15,0 % и 28,8 %, $p < 0,05$ (табл. 3).

Лица, прошедшие через СБ, после выхода на свободу при приеме ВААРТ меньше нуждались в сопровождении специалистами мультипрофессиональных команд ОЦ СПИД: охват составил 64,8 % по сравнению с 70,0 % из лиц, не прошедших через СБ в МЛС. Осужденным после СБ потребовалось в 2,5 раза меньше консультаций психолога по сравнению с неохваченными СБ (в среднем 0,6 на 1 принимавшего по сравнению с 1,5 соответственно, $p < 0,05$) и в 1,3 раза меньше кон-

сультаций на 1 обратившегося; в 2 раза меньше консультаций социального работника на 1 принимавшего ВААРТ и в 1,4 раза – на 1 обратившегося; в 1,3 раза меньше активных вызовов в ОЦ СПИДа для контроля или возобновления лечения.

Таблица 3

Показатели приверженности ВААРТ среди ВИЧ-инфицированных осужденных, получавших терапию в ОЦ СПИД, 2008–2010 гг., на 100

Показатели	охвачены СБ	не охвачены СБ
% подлежавших ВААРТ от числа ВИЧ+	43,6	46,2
Охват в ОЦ СПИД, % от числа нуждавшихся	68,7	64,8
Лечились регулярно, на 100 лечившихся	37,8	23,4*
Выявлены нарушения, всего в том числе:	62,2	76,6*
- срывы приема препаратов (до 2 недель)	5,5	13,8*
- прервали ВААРТ (более 2 недель)	29,7	42,2*
- перерывы в приеме препаратов до 2 мес.	10,6	25,3*
- пропуски приема дозы препарата	26,8	50,0*
- опоздания в приеме препарата	15,0	28,8*
- отсутствие приема одного из препаратов	3,1	7,5

*) различия между группами, охваченной и не охваченной деятельностью СБ, достоверны, $p < 0,05$.

Таким образом, в условиях развития эпидемии ВИЧ/СПИД в Свердловской области осужденные являются одной из наиболее эпидемически значимых социальных групп, для которой характерны высокая распространенность ВИЧ-инфекции, синдромов наркотической и алкогольной зависимости, рискованные формы поведения и низкая мотивация к профилактике и лечению. В последние годы продолжается рост численности ВИЧ-инфицированных среди лиц, пребывавших в местах заключения, нарастает доля пациентов со стадией вторичных заболеваний, что обуславливает необходимость активного внедрения межведомственных программ профилактики, лечения и социально-психологической реабилитации, адаптированных для данного контингента.

Результаты оценки внедрения в учреждениях уголовно-исполнительной системы программ Глобального фонда и национального проекта «Здоровье» свидетельствуют о повышении доступности для за-



ключенных мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Организация медико-социального сопровождения осужденных при выходе на свободу в форме социальных бюро и деятельности мультипрофессиональных команд специалистов способствует повышению приверженности данного контингента диспансерному наблюдению и лечению.

Литература

1. *Аргументы* в пользу действий. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции. Серия аналитических обзоров / пер. с англ. – Женева, ООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2007. – 26 с.
2. *Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в местах лишения свободы*: метод. пособие / И. А. Комарницкий, А. С. Подымова, О. Г. Прохорова, Н. В. Эйсмонт, А. Е. Огурцов, Д. А. Винокуров. – Екатеринбург, 2008. – 134 с.
3. *Приказ* Министерства здравоохранения Свердловской области и Главного управления федеральной службы исполнения наказаний России по Свердловской области от 11.07.2006 г. № 548/1151 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами ВИЧ-инфицированных лиц, находящихся в учреждениях ГУФСИН по Свердловской области».

В. А. Дюльдин, М. Ю. Александров

Курганский областной центр лицензирования
медицинской и фармацевтической деятельности,
Курганская поликлиника № 4, г. Курган

ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК УСЛОВИЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лицензирование – это универсальное и эффективное средство государственного регулирования экономики, которое наиболее юридически полно проработано и, в отличие от иных средств разрешительных режимов, является ограничителем свободы предпринимательской деятельности в целях защиты прав отдельных граждан и общества в целом, а также публичных интересов государства.