

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального учреждения
«Уральский государственный медицинский университет»

О.Г. Прохорова, Н.В. Ножкина, А.С. Подымова

**СОВРЕМЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ
МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЕ МОДЕЛИ
ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Практическое руководство

Екатеринбург
2015

УДК 614.2:614.446:616.98.578.828 Н1В
3 40

*Печатается по решению цикловой методической комиссии
по социально-гуманитарным дисциплинам
ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России*

*Рекомендовано к изданию Ученым советом
медико-профилактического факультета УГМУ
(протокол от 29 мая 2015 года №9)*

*Рецензент:
д.м.н., проф. Е.В. Ползик
Ответственный секретарь:
д.м.н. Н.В. Ножкина*

М 42 *Современные межведомственные модели организации профилактики ВИЧ-инфекции [Текст] / О.Г. Прохорова, Н.В. Ножкина, А.С. Подымова ; Уральский гос. мед. университет. — Екатеринбург : Издательство УГМУ, 2015. — 168 с. — ISBN 978-5-85895-721-6*

Настоящая монография посвящена рассмотрению вопросов организации противодействия распространению ВИЧ-инфекции в масштабе крупного субъекта Российской Федерации. На примере Свердловской области проанализированы современные особенности распространения ВИЧ-инфекции среди уязвимых контингентов населения, проведена оценка результативности мероприятий федеральных и областных программ по организации профилактики ВИЧ-инфекции, представлены основные направления комплексного подхода к совершенствованию организации первичной, вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции на межведомственном уровне.

Монография предназначена руководителям и специалистам медицинских организаций, учреждений образования и учреждений социального обслуживания населения.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ (обзор литературы)	7
1.1. Тенденции развития эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции	7
1.2. Особенности организации профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи, женщин и детей	15
ГЛАВА 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	25
2.1. Распространение ВИЧ-инфекции среди молодежи 15–19 лет	29
2.2. Региональные особенности эпидемической ситуации по ВИЧ- инфекции среди женщин и детей	35
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» И ОБЛАСТНЫХ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	50
3.1. Организация межведомственного взаимодействия в противодействии распространению ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях	50
3.2. Межведомственный подход в организации превентивного обучения по профилактике ВИЧ-инфекции	60
3.3. Межведомственное взаимодействие в организации вторичной профилактики ВИЧ-инфекции	71
3.4. Межведомственная модель организации медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных	78

ГЛАВА 4.	
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	93
4.1. Развитие первичной профилактики ВИЧ-инфекции	98
4.2. Совершенствование мер вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции	102
4.3. Усиление межведомственной деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции в муниципальных образованиях	108
4.4. Совершенствование нормативно-правовой, методической базы и финансовой поддержки профилактики ВИЧ-инфекции	110
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	113
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	122
ПРИЛОЖЕНИЯ	143
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	166

ВВЕДЕНИЕ

Противодействие угрозе распространения ВИЧ/СПИДа является одним из важнейших направлений политики в области здоровья и безопасности в мире, которое реализуется в соответствии с Политической декларацией ООН по ВИЧ/СПИДу (2011 г.), Глобальной стратегией ВОЗ и Программой по борьбе с ВИЧ-инфекцией (2014 г.). Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции является неотъемлемой частью усилий по достижению глобальных целей развития тысячелетия (2000 г.) и Европейской политики «Здоровье 2020» (Larson H. J., 2011; Essajee S., 2011; McClure C., 2011; Holmes C., 2014).

В Российской Федерации уровень пораженности населения ВИЧ-инфекцией в среднем достиг 0,48%, а в ряде регионов превышает 1%. Продолжается рост впервые выявленных случаев, в том числе на поздних стадиях заболевания. При сохранении наркотического пути передачи возросла роль полового пути заражения, в связи с чем особой опасности инфицирования подвергается молодая часть населения, а также женщины и дети при перинатальной передаче инфекции (Скворцова В. И., 2014; Онищенко Г. Г., 2014; Покровский В. В., 2013, 2014; Стародубов В. И., 2012, 2013; Ладная Н. Н., 2014; Латышева И. Б., 2014; Яковлева Т. В., 2012, и др.).

Свердловская область относится к регионам с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, что в значительной мере обусловлено неблагоприятными последствиями вспышки наркомании и ВИЧ-инфекции в конце 90-х — начале 2000-х годов и сохраняющимся нелегальным наркотрафиком. На начало 2015 года в области зарегистрировано 73 500 случаев ВИЧ-инфекции, показатель пораженности составил 1428,1 на 100 тысяч населения. Главной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в Свердловской области остается немедицинское инъекционное

введение наркотиков (более 63,0%), наряду с этим активизировалась передача ВИЧ половым путем. В 2000 году половым путем инфицировались 4,4% граждан, в 2014 году — 44,1%, при этом женщины заражаются преимущественно половым путем (66,5%).

В связи с возрастающей социальной значимостью проблемы ВИЧ/СПИДа, на ограничение распространения инфекции направлены задачи крупных федеральных программ — приоритетного национального проекта «Здоровье» (2006–2013 гг.) и Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на период до 2020 года, что позволяет усилить организационно-экономические позиции системы противодействия эпидемии.

В научной литературе в исследованиях ряда авторов представлены обоснования эффективных подходов к организации защиты населения, в том числе молодого репродуктивно активного поколения и детей в условиях нарастания эпидемии ВИЧ-инфекции (Мазус А. И., 2009; Таишева Л. А., 2009; Жолобов В. Е., 2011; Ястребова Е. Б., 2011). Отмечается необходимость дальнейшей их разработки и более широкого изучения в связи с процессами реорганизации, которые происходят в последние годы в отечественной и региональных системах здравоохранения.

Активизация усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации определяет актуальность более глубокого изучения региональных особенностей медико-организационных аспектов противодействия эпидемии, особенно среди высоко восприимчивых к заражению демографических групп населения, для оптимизации профилактических программ.

Авторы выражают признательность за активное участие в реализации программ межведомственного взаимодействия в системе ограничения распространения ВИЧ-инфекции: первому заместителю министра социальной политики Свердловской области Е. Э. Лайковской, начальнику отдела охраны прав детей и комплексной безопасности в системе образования В. Л. Баженовой, директору ГБОУ СО для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Ладо» И. В. Пестовой.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Тенденции развития эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2012 году в мире насчитывалось более 35 млн людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Распространенность ВИЧ-инфекции в мире достигла 0,5%. Число новых случаев снизилось до 2,3 млн, что на 50% ниже, чем в 2001 г., однако по прогнозам количество ЛЖВС и экономическое бремя ВИЧ-инфекции возрастет и она станет одним из наиболее дорогостоящих хронических заболеваний. ВИЧ/СПИД занимает 6-е место среди ведущих причин смерти в мире, а в странах с низким уровнем дохода — 3-е место (после инфекций дыхательных путей и диарейных заболеваний) — 7,8%; в возрастной группе 15–29 лет — 2-е место (2004 г.), а в группе 30–44 лет — 1-е место. В 2012 году в мире умерло 1,6 млн ВИЧ-инфицированных, коэффициент смертности от СПИДа — 56 на 100 тыс. населения. Среди причин утраченных лет жизни (индекс DALY) ВИЧ-инфекция находится на 6-м месте (около 5% в 2012 г.) (WHO, 2010, 2013, 2014).

В Европейском регионе более половины бремени в связи с инфекционными заболеваниями связано с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией продолжает расти, особенно в восточной части, где эпидемия распространяется наиболее быстрыми в мире темпами. В 2012 году заболеваемость достигла 7,8 на 100000 населения, а в Восточной Европе — 22,0; наиболее высокие показатели зарегистрированы в Украине (37,1), Эстонии (23,5) и Молдове (21,3). В то время как в мире более 80% новых случаев происходят в результате половых контактов, в Восточной Европе основным путем пере-

дачи остается наркотический (WHO, 2007, 2009, 2012, 2013; UNAIDS, 2009, 2010).

В Российской Федерации после непродолжительного снижения заболеваемости ВИЧ-инфекции в начале 2000-х гг. с 2005 года наблюдается рост, связанный с нарастанием гетеросексуального пути передачи (Зверев С. Я., 2010; Иванова Э. С. и соавт., 2014). К концу 2013 г. в России общее число инфицированных ВИЧ достигло 800 тысяч. Лидируют по кумулятивному числу ВИЧ-инфицированных Свердловская (66,5 тыс. человек) и Самарская (55,7 тыс.) области, г. Санкт-Петербург (54,6 тыс.), г. Москва (49,1 тыс.), Московская область (46,0 тыс.). Пораженность достигла 468,8 на 100 тыс. населения; в 21 регионе — более 0,5%, в 6 регионах превысила 1%, среди которых Иркутская (1517,2), Самарская (1405,2), Свердловская (1293,2) области (Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Тушина О. И., 2014). Сохраняется высокий уровень первичной заболеваемости — в 2013 г. 55,6 на 100 тысяч населения, наибольшее количество новых случаев на 100 тысяч населения зарегистрировано в Кемеровской (225,0), Томской (183,0), Свердловской (170,5), Новосибирской (137,7), Иркутской (135,3) областях. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ СПИД), 2014 г., основным путем заражения остается употребление наркотиков (55% среди новых случаев), 43% составили гетеросексуальные контакты, 1% — гомосексуальные. Смертность достигла 7,2 на 100 тыс. населения, 30% умерли вследствие развития собственно ВИЧ-инфекции; среди них у более 60% причиной смерти стал туберкулез. Эксперты прогнозируют удвоение числа ВИЧ-положительных россиян в течение 5–6 лет и увеличение смертности, связанной с ВИЧ-инфекцией (Нечаева О. Б., 2014).

Рост случаев заражения половым путем, вовлечение в эпидемический процесс женщин и детей позволяют говорить о качественном изменении эпидемии ВИЧ. В эпидемию вовлекаются лица, не относящиеся к группам особо высокого риска (Лебедев П. В., 2008). Молодежь, женщины и дети отнесены ООН к группам населения, подвергающимся повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией и потому требующим приоритетного внимания (Операрио Д., 2008). ВИЧ-инфекция

отнесена ВОЗ к группе заболеваний, последствия которых оказывают влияние на здоровье молодых людей, и включена в приоритетные проблемы для данной группы. По оценкам ЮНЭЙДС, более 4,3 млн молодых людей в мире живут с ВИЧ, из них 2,2 млн подростков в возрасте 10–19 лет (6,5% от всех ЛЖВС). В 2012 году распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–24 года составила 0,3%, а в возрасте 15–19 лет — 0,8%. Среди новых случаев 39% выявлено у 15–24-летних, а заболеваемость составила 300,0 на 100 тысяч лиц данной группы (WHO, UNAIDS, 2013).

Молодых людей делают уязвимыми к ВИЧ-инфекции недостаток информации о ВИЧ, экономический и образовательный статус. Более уязвимы молодые люди, употребляющие наркотики, работники секс-бизнеса, выпускники детских воспитательных учреждений. Наиболее распространенный возраст начала употребления наркотиков — 15–19 лет. На сексуальные контакты в возрасте до 15 лет указали среди мальчиков от 15% в Словакии, до 46–48% — в Румынии, Армении, среди девочек — от 2–3% в Армении и Македонии до 71% в Гренландии, при этом до 35% не используют презервативы. В странах Европейского региона молодые люди в возрасте 15–25 лет указали, что эпидемия ВИЧ-инфекции побудила их предпринять меры предосторожности при сексуальных контактах (71%), поиск более постоянного сексуального партнера (42%). Не пропорционально уязвимы для ВИЧ-инфекции девочки и молодые женщины, особенно в странах с преобладающим гетеросексуальным механизмом передачи, в мире женщины в возрасте 15–24 лет составляют 64% среди ЛЖВС (WHO, 2008, 2011, 2012; UNICEF, 2008, 2010).

В России в 2012 году пораженность ВИЧ-инфекцией в возрастной группе 15–19 лет составила 0,06%, в группе 20–24 года — 0,36%; в молодом возрасте пораженность выше у женщин по сравнению с мужчинами: среди 15–19-летних — в 2,7 раза (0,08%), среди 20–24-летних — в 1,6 раза (0,45%). Среди вновь выявленных наблюдается сокращение доли молодежи 15–19 лет с 24,7% в 2000 году до 1,4%, в 15–17 лет — с 1,1% в 2005 году до 0,4%; заболеваемость подростков снизилась с 10,2 до 6,1 на 100 тысяч. Однако увеличива-

ется число больных, выявленных на поздних стадиях в более старшем возрасте, следовательно, проблема профилактики и выявления ВИЧ среди молодежи не может считаться решенной (Нечаева О. Б., Эйсмонт Н. В., 2011).

В отечественных научных исследованиях подтверждается высокая распространенность рискованного поведения среди подростков и молодежи в России. Так, среди подростков 15–17 лет в 10 городах РФ (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Нальчик, Ставрополь, Сургут, Омск, Томск, Владивосток, Тверь) опыт сексуальных контактов имели 77%; минимальный возраст начала половой жизни составил 13 лет, средний — 15,5 лет. Более половины меняли половых партнеров, не применяли средства защиты 39% девушек и 59% юношей (Васильева М. Ю., 2012; Паренкова И. А., 2012). Среди студенток в Москве только 18% контролировали свою безопасность при сексуальных контактах (Малышева О. А., 2011); в республике Башкортостан на случайные половые связи указали 32,6% девушек-подростков (Ахтямова С. Х., 2012). Опыт употребления наркотиков имели в Москве 28,7% 15–17-летних юношей (Андроненков И. А., 2011); в Московской области среди учащихся школ — каждый 20-й мальчик и каждая 16-я девочка, среди учащихся политехнических училищ — каждый 5-й мальчик и каждая 10-я девочка (Эйсмонт Н. В., 2014). В Нижегородской области 12,5% студентов и школьников индифферентно относятся к проблеме наркомании, в ближайшем окружении у 24% есть наркозависимые (Лацплес П. Р., 2012). Распространенность опыта употребления наркотиков среди уличных подростков в 8 регионах России (Улан-Удэ, Томск, Казань, Оренбург, Вологда, Нижний Новгород, Псков, Санкт-Петербург) — 39,2% (Батлук Ю. В. и соавт., 2011); в Ставропольском крае — 92,8% (Францева В. О., 2011).

Исследования распространенности ВИЧ-инфекции среди подростков в последнее десятилетие малочисленны. В Республике Башкортостан было установлено, что риск заразиться ВИЧ-инфекцией у 15–17-летних в этом регионе выше в сельской местности, чем в городской (Арасланова С. А., 2006). В Краснодарском крае было определено, что средняя продолжительность жизни от момента постановки диагноза ВИЧ-

инфекции в возрасте 15–19 лет в случае отсутствия лечения составила $11,9 \pm 0,3$ лет, а число недожитых лет — 42,4 года (Лебедев П. В., 2008).

Женщины в силу своих биологических и социальных особенностей более уязвимы к заражению ВИЧ-инфекцией, особенно женщины групп риска и партнеры мужчин из групп риска. Для женщин незащищенные половые контакты стоят на 2-м месте (5,5%) среди факторов риска утраченных лет здоровой жизни DALY (у мужчин 6-е место). В 2012 году в мире насчитывалось 17,7 млн ВИЧ-инфицированных женщин, или 50% от общего числа ЛЖВС; среди новых случаев — 47% (WHO, 2009; UNAIDS, 2013).

Особое значение имеет ВИЧ-инфекция среди беременных женщин, выявление которых указывает на включение в эпидемический процесс групп населения с отсутствующим или скрытым поведенческим риском. Распространенность ВИЧ среди беременных является одним из показателей ВОЗ, определяющих стадию развития эпидемии — при его значении выше 1% стадия определяется как генерализованная. В мире численность этой группы с 2005 года остается стабильной — около 1,5 млн (WHO, 2000, 2011).

В мире ВИЧ-инфекция является одной из ведущих причин смерти женщин репродуктивного возраста и повышает уровень материнской смертности. В 2009 году оценочное число беременных, умерших по причине ВИЧ, в мире составило 42000–60000 человек; большая часть — в странах Африки к Югу от Сахары, в то время как в странах с высоким уровнем доходов их число фактически равнялось нулю (WHO, 2011, 2013).

В России к концу 2013 г. количество ВИЧ-инфицированных женщин возросло до 291 тысячи (36,4% всех случаев). По данным ФНМЦ СПИД (2014 г.), начиная с 2004 года женщины составляют 40–43% среди новых случаев инфекции. Инфицирование происходит преимущественно при гетеросексуальных контактах (68%), в то время как среди мужчин — при употреблении наркотиков (74%) (Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Тушина О. И., 2014).

Удельный вес женщин с ВИЧ среди беременных с 2003 года увеличился с 0,3% до 0,75%, пораженность достигла 0,5%,

а в 15 регионах — более 1%, лидирует Самарская область (2,6%) (Ладная Н. Н., 2014). В 2013 г. у беременных выявлено 133,5 новых случаев на 100 тыс. обследованных (на 6,3% больше, чем в 2012 г.), а в 6 регионах — более 300 на 100 тыс.: Кемеровская (484,1), Самарская (382,1), Свердловская (353,0), Томская (343,1), Тюменская (314,7), Иркутская (307,6) области; у трети имеются показания для АРВТ (Латышева И. Б., Додонов К. Н., Воронин Е. Е., 2012). Материнская смертность ВИЧ-инфицированных в 3 раза выше, чем среди общей популяции — 75,0 по сравнению с 21,2 на 100 тыс. живорожденных; у более половины причина смерти — наркомания и СПИД (Баранов И. И., Токова З. З., 2012).

Изучению региональных аспектов распространения ВИЧ-инфекции среди женщин в последнее пятилетие посвящено ограниченное число научных исследований. Так, в диссертационных работах имеется информация по результатам исследований, выполненных в период до 2011 года в условиях мегаполиса — в г. Санкт-Петербурге, с позиций клинико-эпидемиологических подходов (профиль «акушерство и гинекология», «инфекционные заболевания») — в 2014 году. В частности, отмечено, что в Санкт-Петербурге 55,7% женщин имели длительность заболевания 1–3 года, хронический вирусный гепатит С выявлен у 56,1%; высока частота искусственных аборт: один — у 62%, два и более — у 20,2% (Жолобов В. Е., 2011; Ястребова Е. Б., 2011; Самарина А. В., 2014). В Ставропольском крае исследованиями подтверждена повышенная социальная уязвимость женщин по сравнению с мужчинами (Филоненко Н. Г., 2009).

Ряд исследований посвящен медико-социальным оценкам репродуктивного анамнеза и поведенческих характеристик ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Данные по Московской области свидетельствуют, что 66% беременных с ВИЧ-инфекцией не осознают ответственность за свое здоровье и здоровье ребенка, у 28% распространены беспорядочные половые связи (Растегаева И. Н., 2013). В Санкт-Петербурге в данной группе женщин каждая седьмая беременность, закончившаяся родами, была незапланированной, а среди матерей, передавших инфекцию ребенку, — 88%, доля абортов в анамнезе — у более

80% (Самарина А. В., 2014), в официальном браке находились 41%, материально не обеспечены — 39%, каждая шестая имела проблемы с правоохранительными органами (Ястребова Е. Б., Жолобов В. Е., Рахманова А. Г., 2011). В Тюменской области отмечено, что у 52,4% поступивших на роды беременность была незапланированной; среди них по сравнению с ВИЧ-отрицательными выше доля лиц с неполным средним образованием (13,8% по сравнению с 4,0%), выше частота аборт в анамнезе (53,4% в сравнении с 38,0%) и реже использование контрацепции (39,6% и 78,8%), лишь треть имели постоянную работу (по сравнению с 63%) (Горбунова О. П., 2008). В Иркутской области доля отказов от детей у ВИЧ-инфицированных матерей 14,9%, а мотивация на сохранение беременности была лишь у 54,6% (Плотникова Ю. К., 2009).

Приводятся данные о распространенности социально значимых заболеваний у ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Иркутской, Мурманской, Оренбургской, Пермской, Тюменской, Ростовской областях, Алтайском, Хабаровском, Красноярском, Приморском краях: употребление наркотиков — 50%; ИППП — 37%, вирусные гепатиты — 48%, психические заболевания — 28,8% (Денисенко В. Б., Симованьян Э. Н., 2013; Рассказова М. Е. и соавт., 2012; Руденко Ю. А., 2013).

Вовлечение в эпидемию ВИЧ-инфекции женщин ведет к инфицированию детей. Без профилактических вмешательств риск заражения оценивается от 20% до 45%: 5–10% во время беременности, 10–20% — в родах и 5–20% — при грудном вскармливании. По данным ВОЗ, в мире в 2011 году от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1,47 млн детей. В 2012 г. насчитывалось 3,3 млн ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 15 лет (9% от общего числа ЛЖВС), новые случаи среди детей составили 260 тыс., или 11% от всех новых случаев, более 90% из них инфицированы от матери. Вертикальный путь передачи характерен для стран с низким и средним уровнем дохода — в Европейском регионе он составил только 1,0% среди новых случаев (WHO, UNAIDS, 2011, 2014).

ВИЧ-инфекция у новорожденных создает пожизненное хроническое состояние, сокращает продолжительность жизни и способствует росту социальных и экономических издержек.

У детей, заразившихся во время родов, прогрессирование заболевания происходит уже в первые месяцы жизни; без лечения 30% умирают в течение первого года жизни. Наиболее распространенными причинами смерти являются респираторные инфекции, диарея и туберкулез. В структуре причин смерти детей до 5 лет СПИД занимает 9-е место (2%), а в возрасте 10–14 лет — 11%. В 2012 году от причин, связанных со СПИДом, умерли 210 тыс. детей (13% от всех умерших ЛЖВС) (WHO, 2013, 2014; UNICEF, 2008; UNAIDS, 2013).

В России за весь период эпидемии от ВИЧ-инфицированных матерей родилось более 112 тысяч детей, из них у 6635 подтверждена ВИЧ-инфекция (Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Тушина О. И., 2014). В 2013 году родилось 14420 чел. — 0,8% от числа детей, родившихся в России (по сравнению с 0,5% в 2005 году), диагноз подтвержден у 6,1% детей (Нечаева О. Б., 2014). Кумулятивная численность детей с диагнозом ВИЧ-инфекция, установленным в возрасте до 15 лет, достигла 7733 (1% от числа всех зарегистрированных случаев), из которых 75,5% инфицированы от матери; умерло 658 детей. Наибольшее число детей — в Свердловской (907 чел.), Московской (553 чел.) и Самарской (518 чел.) областях (ФНМЦ СПИД, 2014). Без попечения родителей остались 17,4% (Латышева И. Б., Воронин Е. Е., 2013).

По данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» (2014 г.), в 2013 году показатель первичной заболеваемости ВИЧ среди детей и подростков (0–17 лет) остался на уровне 2012 года и составил 3,8 на 100 000 детского населения.

Изучению региональных аспектов здоровья детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, посвящены исследования, которые показали, что в Санкт-Петербурге и Самарской области у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией установлена высокая частота поражений нервной системы (83%), внутриутробных инфекций (39,5%), повышение соматической и инфекционной заболеваемости (Познякова Е. А., 2011; Фомина М. Ю., 2009). В Иркутской области ВИЧ-инфицированные матери в 96% употребляли наркотики, во время беременности — — 58%, злоупотребляли алкоголем 35%

(Евсеева М. Г., 2010). Дети с подтвержденным диагнозом перинатальной ВИЧ-инфекции, лишенные родительского попечения, по данным 2011 года, составили около 10% от числа ВИЧ-инфицированных детей, из них только 12% усыновлены или находятся под опекуном (Додонов К. Н., 2011). Чаще отказываются от ребенка женщины, не наблюдавшиеся в женской консультации, — 23% (Латышева И. Б., Додонов К. Н., Воронин Е. Е., 2011). В Санкт-Петербурге основными мотивами отказа от ребенка являлись: наркозависимость матери (100%) и злоупотребление алкоголем (70,4%), рождение ребенка вне брака (96,5%), нежеланный ребенок (88,3%) (Образцова В. М., 2010). Во Владивостоке большинство матерей детей-отказников страдали алкоголизмом — 70,4%, наркоманией — 53,6% (Чиждова Л. А., 2012).

В Свердловской области были выполнены научные исследования, в которых отмечена распространенность рискованного сексуального поведения среди подростков (Кузнецова Ю. Н., 2011). Показана высокая уязвимость ВИЧ-инфицированных женщин к туберкулезу — среди заболевших туберкулезом женщин ЛЖВС составили 18,2%, среди умерших от туберкулеза — 16,8%, женский пол признан одним из социальных индикаторов риска смерти ЛЖВС от туберкулеза (Кожекина Н. В., 2011; Подымова А. С., 2004; Эйсмонт Н. В., 2013). В группе женщин-заключенных при их меньшей доле в гендерном составе заключенных распространенность ВИЧ-инфекции в 1,8 раза выше, чем среди заключенных-мужчин (Коньшева Т. В. и соавт., 2012).

1.2. Особенности организации профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи, женщин и детей

Мировой и отечественный опыт показывает, что программы среди молодежи и женщин репродуктивного возраста являются ключевыми точками противодействия ВИЧ-инфекции и необходимым компонентом мероприятий по достижению целей развития тысячелетия ООН: борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями (цель №6), уменьшение детской смертности (цель №4), улучшение здоровья матерей (цель №5). Международные руководящие принципы ООН

по ВИЧ/СПИДу, изложенные в Политических декларациях Генеральной Ассамблеи ООН (2001, 2006, 2011 гг.), предписывают государствам необходимость обеспечить молодежи, женщинам и детям доступ к образованию по вопросам ВИЧ-инфекции и средствам минимизации риска заражения, услугам служб здравоохранения (UNAIDS, 2013).

Многoletний опыт мирового сообщества показал, что барьером, который можно противопоставить ВИЧ-инфекции, является превентивное образование молодежи с целью повышения информированности по вопросам профилактики и изменения поведения для уменьшения риска заражения. Однако не во всех странах уделяется должное внимание профилактике ВИЧ/СПИДа в данной возрастной группе. Правильные знания о ВИЧ-инфекции имеют лишь 34% молодых людей при целевом показателе 95% (WHO, 2012, 2014).

Широкие возможности для охвата подростков профилактической информацией предоставляет школьный сектор образования. Обучение по вопросам ВИЧ-инфекции учащихся включено ООН в рекомендации для сектора образования. Образовательные программы в школе имеют преимущества в наличии готовой целевой аудитории. Более эффективны программы, основанные на сотрудничестве здравоохранения, учителей, администраторов, социальных работников, с поддержкой родителей и общества. Принципами образовательных программ являются: адаптация по полу, возрасту и ВИЧ-статусу; предоставление достоверной информации; учет психосоциальных факторов; мониторинг эффективности в повышении знаний, приобретении навыков и изменения поведения (WHO, 2006, 2008, 2009; UNAIDS, UNICEF, 2008).

В России система охраны здоровья школьников предполагает использование превентивных медицинских технологий, интегрированных в учебный процесс. Обучение может проводиться в виде специальных курсов на уроках или во время внеклассных мероприятий, более эффективны интерактивные методы и обучение на основе жизненных навыков. Вопросы ВИЧ-инфекции должны включаться в учебные программы всех уровней образования — от общеобразовательных школ до высших учебных заведений (Покровский В. В., 2013).

Исследования, посвященные программам по профилактике ВИЧ-инфекции среди школьников и молодежи, ограничены. Они показали недостаточную информированность о ВИЧ-инфекции в данной группе населения. Так, в 10 регионах России (Красноярский край, Татарстан, г. Санкт-Петербург, Тверская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Вологодская, Томская области, Республика Бурятия) на риск инфицирования ВИЧ указали лишь 24% респондентов в возрасте 15–29 лет (Алексеева Е. Г. и соавт., 2010). В Республике Татарстан 88% молодежи высказали неудовлетворенность своей информированностью в области ВИЧ/СПИДа (Таишева Л. А., 2009). Источниками информации о мерах профилактики для подростков в возрасте 15–17 лет, по данным исследования в 9 городах России (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Нальчик, Ставрополь, Сургут, Омск, Томск, Владивосток), являлись сеть Интернет (87%), друзья (81%), родители (67%), занятия в школе (54%), СМИ (49%), специализированные книги и брошюры (44%), медицинские работники — лишь 23% (Васильева М. Ю., 2012). В Калужской области для студентов источниками информации о ВИЧ-инфекции явились консультации специалистов (77%), мнение сверстников (47%) и Интернет (32%) (Симонова Е. Г., 2010). В Республике Башкортостан среди учащихся девушек средний возраст получения первых знаний о половой жизни составил 12,9 года (Ахтямова С. Х., 2012). В Самарской области 88% родителей школьников считают необходимым проведение профилактической работы по профилактике ИППП среди детей (Торшина И. Е., 2012).

Вместе с тем, программы профилактики ВИЧ-инфекции часто не выделяют молодых людей в качестве особой целевой группы. Так, в г. Москва усиление обучающего компонента положено в основу организации школы «АнтиВИЧ/СПИД» (Мазус А. И., 2009). В Республике Татарстан обучение осуществлялось с участием некоммерческих организаций (Таишева Л. А., 2009). В Самарской области программы профилактики направлены на ПИН (Царев С. А., 2013). В Оренбургской области не было получено подтверждения влияния санитарно-просветительской работы среди «уязвимых контингентов» на изменение эпидемиологических показателей распространения ВИЧ-инфекции (Самойлов М. И., 2008).

В ряде регионов имеется опыт применения образовательных программ по профилактике распространенных социально значимых заболеваний среди молодежи, наиболее часто при ИППП, наркомании: в Челябинской области (Демина М. А., 2011), г. Оренбурге (Калинина Е. А., 2009), Москве (Васильева М. Ю., 2012), Московской области (Шурыгина Т. Е., 2011), Кемеровской области (Глумов С. А., 2009). В 10 регионах России (Красноярский край, Татарстан, г. Санкт-Петербург, Тверская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Вологодская, Томская области, Республика Бурятия) апробирован метод гигиенического образования на основе массовых коммуникаций (Алексеева Е. Г., 2013), в Удмуртской республике использовались просветительские акции, тематические дискотеки, встречи в молодежных клубах (Кузьмин Е. Г., 2007), в Дальневосточном федеральном округе — семинары-тренинги (Батлук Ю. В., Артоболевский Д. В., Воробьевский О. И., 2011), в Республике Башкортостан информирование сельских школьников с привлечением медицинских работников, учителей и родителей (Арасланова С. А., 2006), в Ханты-Мансийском автономном округе — метод «равный — равному» (Лощева Т. З., 2006).

В Свердловской области научное сопровождение осуществлялось при реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи в группах высокого риска — ПИН, заключенных (Канарский И. А., 2004; Коньшева Т. В., 2013; Ножкина Н. В., Канарский И. А., Пауэр Р., 2002).

Улучшение оказания помощи при ВИЧ-инфекции является одной из задач Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей ООН (2010 г.). ЮНЭЙДС в Глобальном плане ликвидации новых ВИЧ-инфекций среди детей и сохранение жизни их матерей призывает к 2015 году уменьшить число новых случаев среди детей на 90% по сравнению с 2009 годом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией женщин репродуктивного возраста — на 50%, неудовлетворенный спрос на услуги по планированию семьи — до нуля, частоту вертикальной передачи — менее 2% при отсутствии грудного вскармливания и до 5% при грудном вскармливании, материнскую смертность, связанную с ВИЧ-инфекцией, — на 90% (WHO, UNICEF, 2012).

Для сокращения передачи ВИЧ от матери к ребенку необходим комплексный подход, состоящий из четырех направлений: первичная профилактика среди женщин детородного возраста; предотвращение нежелательных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин; профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР); лечение, уход и поддержка ВИЧ-инфицированных матерей и детей. ВОЗ выделила стратегические направления ППМР на 2010–2015 гг.: достижение полного охвата услугами профилактики передачи ВИЧ детям, интеграцию услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и программ репродуктивного здоровья, поддержку систем здравоохранения, мониторинг, межведомственное сотрудничество. Приоритетные действия различаются в зависимости от характера местной эпидемии. Мониторинг ППМР включает оценку числа случаев ВИЧ-инфекции у новорожденных, выживаемости детей до года, охват ППМР. ВОЗ рекомендует тестирование всех беременных женщин с повторным проведением анализа в третьем триместре беременности или вскоре после родов (2013). Вместе с тем охват обследованием на ВИЧ в рамках ППМР недостаточный — в мире в среднем 37% (2012 г.); охват тестированием партнеров-мужчин в странах с низким и средним уровнем дохода лишь 5%. Нежелательные беременности у ВИЧ-инфицированных женщин (в мире от 50% до 90%) повышают риск вертикальной передачи инфекции и отказа от детей. Наиболее эффективным вмешательством для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции ребенку является прием женщиной антиретровирусных препаратов во время беременности и в период грудного вскармливания. При отсутствии АРВТ уменьшить скорость передачи в родах можно при родоразрешении путем кесарева сечения. Полученные данные свидетельствуют, что значительная часть ВИЧ-инфицированных беременных нуждается в АРВТ (в 2012 году 59%) или будет в ней нуждаться в течение нескольких лет после родов, поэтому ВОЗ рекомендует назначать АРВТ всем беременным в пожизненном режиме. Назначение АРВТ всем беременным женщинам поддерживают 89,8% ЛЖВС и медицинских работников из 117 стран, однако эти рекомендации приняты только в 40% стран. В мире в 2012 г. нуждались в ППМР 1,5 млн бере-

менных женщин, при этом охват составил 62% (WHO, 2012, 2014; UNICEF, 2012, 2013; UNAIDS, 2013).

Родившиеся дети в целях профилактики заражения должны получать антиретровирусные препараты в течение 4–6 недель после родов. АРВТ может быть прекращена только после полного исключения ВИЧ-инфицирования. В развитых странах матерям с ВИЧ рекомендуют избегать грудного вскармливания, условием грудного вскармливания является получение матерью необходимого лечения. Охват антиретровирусной профилактикой младенцев в 2011 году составлял в Европейском регионе и в некоторых странах Америки (Аргентина, Куба) более 95%, в Восточной и Южной Африке — 53%, в Юго-Восточной Азии — 36%). Общий уровень глобальной передачи ВИЧ от матери ребенку остается высоким — около 15%. В странах, где реализуется полный комплекс мероприятий ППМР, — менее 2% (WHO, 2009, 2010, 2012; UNICEF, UNAIDS, 2013).

В России проведение ППМР осуществляется на основе санитарно-эпидемиологических правил «Профилактика ВИЧ-инфекции» (2011 г.), Порядка оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и по профилю «акушерство и гинекология» (2012 г.), специально разработанного клинического протокола (2013 г.). Беременные женщины и дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, относятся к группам, рекомендуемым для обследования на ВИЧ, обследование должно сопровождаться до- и послетестовым консультированием. Антиретровирусные препараты назначаются с 26–28-й недели беременности, а также в период родов; химиопрофилактика новорожденному проводится независимо от приема или отказа от ППМР матери. Охват трехэтапной химиопрофилактикой в 2013 г. возрос — во время беременности до 85%, в родах — до 92%, новорожденным — до 97%, раннее начало антиретровирусной профилактики зарегистрировано почти у 1/3 беременных. В результате уровень вертикальной передачи ВИЧ сократился с 6,8% в 2008 году до 3,4% в 2013 году (Латышева И. Б. и соавт., 2012; 2014), а число ежегодно заразившихся — на 69,7% (до 366 детей) (ФНМЦ СПИД, 2014). Факторами передачи ВИЧ ребенку признаны: непосредственные — несвоевременная диагностика, отсутствие или позднее назначение химиопрофи-

лактики, низкая приверженность женщин, высокая вирусная нагрузка перед родами; обуславливающие инфицирование — наркопотребление, коинфицирование вирусным гепатитом С, отсутствие диспансерного пренатального наблюдения; сопутствующие — недоношенность (Виноградова Е. В., 2011; Самарина И. В., Ястребова Е. Б., Рахманова А. Г., 2012).

Исследования программ профилактики ВИЧ-инфекции среди женщин групп риска, связанных с коммерческим сексом, проводились в последние годы в Москве и Республике Татарстан, где организована аутрич-работа, консультирование по снижению поведенческих рисков, добровольное тестирование на ВИЧ (Гиль А. Ю., 2010; Таишева Л. А., 2009). В 7 территориях РФ (Алтайский край, Волгоградская, Калининградская, Ленинградская, Саратовская, Свердловская и Челябинская области) исследования показали, что среди женщин-ПИН недостаточную приверженность ППМР имели 88%, прерывали прием препаратов 24%; в результате инфицированы ВИЧ 18,6% детей (Козырина Н. В., Ладная Н. Н., Масевкина И. В., 2014). В Санкт-Петербурге было определено, что экономическая выгода ППМР составила 3,33 руб. на один вложенный рубль, программ планирования семьи — 18,03 тыс. руб. на 1 пациентку в год (Додонов К. Н., 2011; Самарина А. В., 2014).

Вместе с тем научной разработке современных комплексных подходов организации ППМР уделено меньше внимания, а исследования относятся к периоду до 2010 года. В Иркутской области 75% врачей высказались за интеграцию усилий государственных и негосударственных служб при проведении ППМР (Пивень Д. В., 2010). В Приволжском федеральном округе система мероприятий по ППМР включила взаимодействие служб борьбы со СПИДом, акушерско-гинекологической и педиатрической по месту жительства (Зайцева Н. Н., Кузватова Е. Е., Носов Н. Н., 2012).

Детям, подвергшимся воздействию ВИЧ-инфекции, требуется своевременное обследование и лечение, регулярное динамическое наблюдение, поддержка приверженности лечению и психосоциальная поддержка, лечение членов семей. ВОЗ рекомендует назначение АРВТ всем ВИЧ-инфицированным детям в возрасте до 5 лет независимо от состояния здоровья, а детям

старше 5 лет — согласно критериям, применяемым у взрослых. Начинать АРВТ у грудных детей следует сразу после получения первичного положительного результата. При назначении АРВТ в возрасте шести недель 95% детей доживают до 1 года (WHO, UNICEF, 2011).

В 2012 году в мире охват АРВТ детей в возрасте до 15 лет почти в 2 раза ниже, чем среди взрослых — 34% по сравнению с 64%; в Европейском регионе охват более 95%. Для поддержания приверженности лечению необходима консультативная и обучающая работа с воспитателем и ребенком, психологическая поддержка (WHO, 2012, 2014; UNAIDS, 2013).

В России в основу политики в области охраны здоровья детей положено перемещение центра тяжести решения проблем на общегосударственный уровень, что позволяет наиболее полно мобилизовать ресурсы государства в интересах детей (Лапин Ю. Е., 2010; Стародубов В. И., Иванова А. Е., 2012). Оказание медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией, осуществляется по стандартам. Вместе с тем, среди детей от 3 до 18 лет у 32% не сформирована приверженность к АРВТ (Александрова Н. В., Воронин Е. Е., Городнова М. Ю., 2014).

На международном и национальном уровне признано, что для решения проблем противодействия ВИЧ-инфекции необходимо активизировать межсекторальные действия сферы здравоохранения, социальных услуг, образования, правительственных и неправительственных организаций; обеспечивать помощь ВИЧ-инфицированным мультидисциплинарными бригадами, состоящими из врача, социального работника и других специалистов, деятельность которых строится по принципу ориентации на нужды клиента.

Межведомственное взаимодействие в профилактике ВИЧ-инфекции осуществляется в наркологической практике в г. Москве, включая социально-психологический и поведенческий подходы, обучение врачей психиатров-наркологов, междисциплинарные связи (Должанская Н. А., 2013). В Санкт-Петербурге разработана концепция непрерывности и преемственности помощи через сотрудничество между центром СПИДа, учреждениями общей лечебной сети, наркологической службы и некоммерческими организациями; созданы

отделения хронических вирусных инфекций для диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции на уровне районного звена под организационным руководством Центра СПИД (Виноградова Т. Н., 2011); внедрена модель организации службы профилактики и борьбы со СПИДом в мегаполисе, включающая взаимодействие центра СПИД с медицинскими учреждениями, социальной службой, ГУВД, Минобороны, МЧС, СПИД-сервисных организаций (Жолобов В. Е., 2011). В Омской области разработана программа профилактики ВИЧ-инфекции с использованием принципов межведомственного партнерства, индивидуального подхода к пациенту, медико-социальной интеграции в обеспечении диспансерного наблюдения ЛЖВС (Запарий Н. С., 2012).

В последние годы уделяется внимание разработке медико-социального подхода при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям. В Санкт-Петербурге апробирована модель медико-социальной и психологической работы с семьями, затронутыми проблемами ВИЧ/СПИД, в отделении материнства и детства Центра СПИД на основе мультидисциплинарного подхода, взаимосвязи с врачами поликлиник, отделениями помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, негосударственными общественными организациями. В результате улучшилась приверженность к наблюдению и лечению семей с ВИЧ-инфекцией, снизилась частота передачи ВИЧ от матери ребенку до 2,8%, уменьшилось число детей-сирот и количество летальных исходов у женщин и детей (Жолобов В. Е., 2011; Рахманова А. Г., 2012; Самарина А. В., 2014; Ястребова Е. Б., 2011). Разработана система динамического наблюдения детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции на основе мультидисциплинарного подхода (Фомина М. Ю., 2009); внедряется модель медицинского и психологического сопровождения отказных ВИЧ-инфицированных детей (Додонов К. Н., Воронин Е. Е., Фомина М. Ю., 2010). В Свердловской области на основе научного исследования обосновано внедрение межведомственной системы мультидисциплинарного медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных, освобождающихся из пени-тенциарных учреждений (Коньшева Т. В., 2013).

Вместе с тем организационные модели межведомственного взаимодействия, разработанные для города федерального подчинения, не могут быть в полной мере использованы для условий субъектов Российской Федерации в статусе области, края, имеющих муниципальные образования, территориально отдаленные от административного центра и с более выраженными формами децентрализации в системе местного самоуправления.

Отсутствуют научные публикации, посвященные эффективной реализации комплексных мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи, женщин и детей, скоординированных на региональном и муниципальном уровнях, что в условиях передачи полномочий муниципального здравоохранения на областной уровень требует новых управленческих решений для формирования унифицированного подхода при межведомственном взаимодействии.

ГЛАВА 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиологический мониторинг ситуации по ВИЧ-инфекции в Свердловской области осуществляется с конца 80-х годов прошлого столетия.

На основании данных мониторинга нами выполнен ретроспективный эпидемиологический анализ динамики распространения ВИЧ-инфекции за период с 1990 года, проспективный компонент исследования включает 2009–2013 годы.

В ходе исследования был проведен анализ статистических данных и информационных бюллетеней Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом; справочно-информационных бюллетеней Министерства здравоохранения и Управления Роспотребнадзора Свердловской области; официальных статистических отчетных форм: №4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ», №61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»; отчетная форма Роспотребнадзора ежемесячного наблюдения за реализацией приоритетного национального проекта «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ»; базы данных и амбулаторные карты пациентов ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом»; журнал регистрации клиентов мобильного пункта экспресс-тестирования на ВИЧ.

Анализ проводился на основании методических рекомендаций Минздравсоцразвития России «Анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям (туберкулез, ИППП, гепатиты)» (2007 г.). На основании этих показателей выполнен анализ ситуации по ВИЧ-инфекции в области в целом, а также были выделены следующие контингенты: подростки 15–17 лет, молодые люди в возрастных группах 15–19 лет и 18–19 лет; женщины, дети 0–14 лет.

Стадия эпидемии ВИЧ-инфекции оценена согласно классификации ВОЗ, изложенной в Методических рекомендациях по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ (2000 г.).

В конце 90-х — начале 2000-х годов в области произошла вспышка среди потребителей наркотиков, в результате которой сформировался большой резервуар ВИЧ-инфекции. Наиболее неблагоприятным по заболеваемости ВИЧ-инфекцией стал 2001 год, когда более 90% людей инфицировались при употреблении инъекционных наркотиков, к 2002 году ВИЧ-инфекция регистрировалась во всех муниципальных образованиях. Данные официальной статистической отчетности свидетельствуют, что в последующие годы в области происходит активное распространение ВИЧ среди населения, в 2006 году в 16 МО уровень первичной заболеваемости превышал среднеобластной, а в 2012 году — в 23 МО (Прохорова О. Г., Ножкина Н. В., Подымова А. С., 2013).

О неблагоприятном развитии эпидемии ВИЧ/СПИДа в Свердловской области свидетельствуют характеристики по ключевым индикаторным показателям. Так, по кумулятивному числу ВИЧ-инфицированных после 2009 года область вышла на первое место среди субъектов Российской Федерации; по состоянию на 01.01.2014 г. зарегистрировано 65 899 случаев ВИЧ-инфекции. Распространенность ВИЧ-инфекции составила 1494,4 на 100 тысяч населения. По уровню пораженности населения ВИЧ-инфекцией Свердловская область с 2011 года занимает третье место после Иркутской и Самарской областей и первое место в Уральском федеральном округе: по итогам 2013 года пораженность достигла 1294,6 на 100 тысяч населения, превысив среднероссийский уровень в 2,7 раза (ФНМЦ СПИД, 2014) (рис. 1). В 21 муниципальном образовании из 73, в том числе в г. Екатеринбурге, пораженность выше среднеобластного уровня, а в 9 муниципалитетах (где проживает 14% населения области) превышает 2%.

По первичной заболеваемости Свердловская область также занимает третье место (после Кемеровской и Томской областей) с превышением среднего уровня по России в 2013 году в 2,8 раза — 151,2 и 54,9 на 100 тысяч населения соответственно.

Высокая пораженность и заболеваемость населения Свердловской области ВИЧ-инфекцией обусловлены наличием ряда факторов. По территории области проходят основные транзитные маршруты, используемые для наркотрафика, а компактное проживание в промышленных городах способствует распространению наркотиков. Несмотря на снижение зарегистрированной первичной заболеваемости наркоманией — в 2013 г. в два раза по сравнению с 2012 годом (25,0 на 100 тыс.), ее уровень остается в два раза выше среднероссийского (Бедрина Е.Б., 2014), а с учетом коэффициента латентности для Уральского федерального округа (5,68 — по экспертным оценкам) (Черешнев В.А., Татаркин А.И., 2008) фактическое число наркозависимых в области может превышать 130,0 на 100 тысяч населения, что поддерживает большой резервуар для заражения ВИЧ-инфекцией. Обстановка по незаконному обороту наркотиков и наркотизации населения обостряется в условиях интенсивной иммиграции, а заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди мигрантов в 2,3 раза выше, чем среди местного населения (Бедрина Е.Б., 2014). По данным Управления Федеральной миграционной службы по Свердловской области (2014 г.), на миграционный учет в 2013 году поставлены около 370 тысяч иностранных граждан (на 22% больше, чем в 2012 г.),

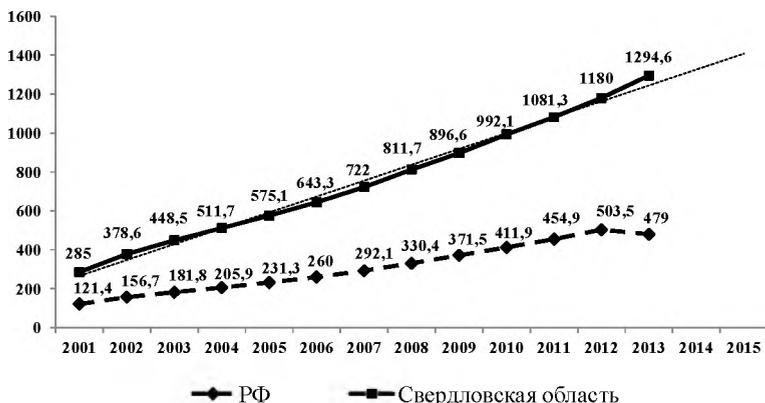


Рис. 1. Пораженность ВИЧ-инфекцией в Свердловской области и Российской Федерации, 2001–2013 гг., на 100 тыс.

в основном из Таджикистана, Казахстана, Азербайджана, Украины, Армении, Грузии.

Область обладает одной из самых крупных в стране системой Федеральной службы исполнения наказаний и высокой численностью заключенных (более 30 тысяч человек). В пенитенциарных учреждениях выявляется 15,2% от числа новых случаев ВИЧ-инфекции, заболеваемость и пораженность заключенных выше в 6,1 и 9,2 раза соответственно, чем среди населения области. К контингенту лиц, ранее пребывавших в местах лишения свободы, относятся 22,2% ВИЧ-инфицированных жителей области. Ежегодно более 1500 ВИЧ-инфицированных выходят на свободу, становясь потенциальным источником заболевания для населения (Коньшева Т. В., 2013).

Кроме того, высокий уровень впервые выявленной заболеваемости может быть обусловлен большим количеством скрытых случаев ВИЧ-инфекции (коэффициент латентности 3,3) (Черешнев В. А., Татаркин А. И., 2008), которые также являются источниками распространения заболевания при несвоевременном выявлении.

Весьма неблагоприятным фактором является возрастающая роль полового пути передачи ВИЧ-инфекции, доля которого в 2013 году составила 50,3%, что выше средней по России (43,1%), в связи с чем специального внимания требует изучение региональных тенденций распространения инфекции среди таких восприимчивых социально значимых контингентов населения, как молодежь, женщины и дети (Прохорова О. Г., Подымова А. С., Ножкина Н. В., 2013).

Наращение распространения ВИЧ-инфекции на территории области требует разработки и применения адекватных мер противодействия, разработанных на основе углубленного анализа региональных особенностей эпидемической ситуации.

2.1. Распространение ВИЧ-инфекции среди молодежи 15–19 лет

В возрастной группе 15–19 лет первые случаи ВИЧ-инфекции в Свердловской области были зарегистрированы в 1995–1997 гг. (35 человек), а за весь период эпидемии было выявлено 7222 человека, что составило 10,9% от общего числа ВИЧ-инфицированных, в том числе 2121 подросток 15–17 лет (3,2%) и 5101 человек — молодые люди 18–19 лет (7,7%). Максимальное число первичных случаев было зарегистрировано в 2001 году (2498 человек) в результате активного распространения ВИЧ среди потребителей наркотиков (табл. 2).

Таблица 2

**Динамика выявления ВИЧ-инфекции среди молодежи
15–19 лет в Свердловской области и в России,
2000–2013 гг., абс. и % от всех первичных случаев**

Год выявления	Свердловская область						Россия
	15–17 лет		18–19 лет		всего 15–19 лет		15–19 лет
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	%
2000	365	9,7	754	20,1	1119	29,8*	24,7
2001	773	8,7	1725	19,3	2498	28,0*	19,6
2002	265	6,2	657	15,4	922	21,6*	14,2
2003	111	3,6	346	11,1	457	14,7*	9,9
2004	94	3,3	265	9,4	359	12,7*	8,2
2005	73	2,5	205	6,9	278	9,4*	7,2
2006	73	2,2	193	5,7	266	7,9*	6,0
2007	58	1,4	175	4,3	233	5,7#	4,5
2008	57	1,2	193	4,1	250	5,3*	3,6
2009	60	1,3	132	2,9	192	4,2*	2,9
2010	39	0,8	116	2,3	155	3,1*	2,2
2011	44	0,8	111	2,1	155	2,9*	1,5
2012	37	0,6	84	1,4	121	2,0#	1,4
2013	38	0,6	84	1,3	122	1,8#	1,4

* — различия с РФ достоверны ($p < 0,001$; # — $p < 0,01$).

Как видно из табл. 2, в последующие годы абсолютное число и удельный вес этой группы в возрастной структуре впервые выявленных ВИЧ-инфицированных снижались — к 2013 году до 1,8%. Такая тенденция согласуется с общероссийской, однако в Свердловской области доля выявляемой молодежи с ВИЧ-инфекцией с 2000 года устойчиво выше среднероссийского показателя в 1,3–1,5 раза.

Пораженность ВИЧ-инфекцией молодых людей 15–19 лет (табл. 3) была выше, чем среди всего населения области в период вспышки среди потребителей наркотиков в 1999–2002 гг. (в 1,6–3,4 раза). В последующие годы пораженность населения продолжала возрастать, в то время как среди молодежи снижалась и в 2013 году составила 103,9 на 100 тысяч. Однако она в 1,7 раза выше российского показателя (на 31.12.2012 г. 60,0 на 100 тыс.).

Таблица 3

Пораженность ВИЧ-инфекцией молодежи 15–19 лет и всего населения в Свердловской области, 1999–2013 гг., на 100 тыс.

<i>Годы</i>	<i>15–17 лет</i>	<i>18–19 лет</i>	<i>Всего 15–19 лет</i>	<i>Все население</i>
1999	5,0	29,1	14,7	6,3
2000	153,3	494,2	298,0	88,3
2001	289,3	1288,6	707,5	285,0
2002	193,5	1163,2	610,3	378,6
2003	106,5	791,3	392,4	448,5
2004	65,2	490,4	241,1	511,7
2005	47,3	328,5	167,4	575,1
2006	40,5	275,3	142,7	643,3
2007	33,9	256,5	130,4	722,0
2008	46,1	252,6	142,5	811,7
2009	48,1	214,2	124,2	896,6
2010	33,7	216,0	116,6	992,1
2011	32,7	222,5	115,9	1081,3
2012	40,7	193,0	107,0	1180,0
2013	37,5	190,6	103,9	1294,6

При анализе первичной заболеваемости 15–19-летних (рис. 2) наблюдается выраженный рост с 11,7 в 1999 г. до 663,8 на 100 тысяч в 2001 году с превышением заболеваемости всего населения области в 3,4 раза. В последующие годы благодаря усиленной профилактической работе, в первую очередь среди молодежи, произошло существенное снижение показателей, а с 2006 года заболеваемость 15–19-летних стала ниже, чем среди населения в целом — в 2013 г. в 2,6 раза, но осталась выше российского показателя (27,9 на 100 тысяч) в 2,1 раза (Прохорова О. Г., Ножкина Н. В., Подымова А. С., 2012).

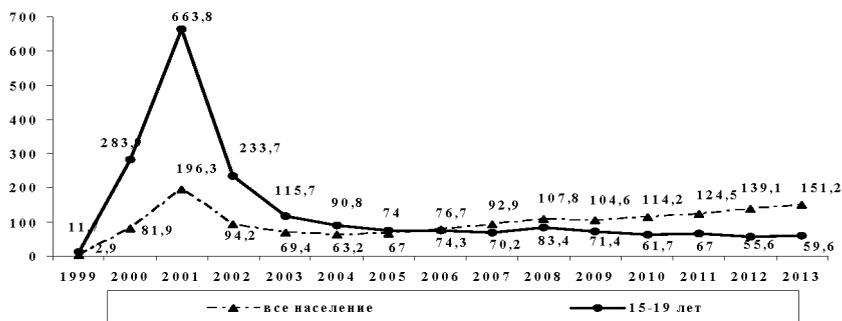


Рис. 2. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией молодежи 15–19 лет и всего населения в Свердловской области, 1999–2013 гг., на 100 тыс.

С 2003 года отмечается преобладание доли девушек среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в возрасте 15–19 лет — 56,4%. При этом в последующие годы наблюдался рост, в результате которого в 2009 году показатель достиг 71,9%, в 2012 г. — 73,5% (изменения достоверны по сравнению с 2003 годом, $p < 0,001$). В 2013 году по сравнению с 2012 г. произошло снижение до 70,3%.

Среди подростков 15–17 лет первичная заболеваемость снижалась с максимального уровня 330,3 на 100 тысяч в 2001 году до 32,2 в 2007 году. Но в 2008–2011 гг. вновь наблюдался рост, при котором уровни заболеваемости составили соответственно 39,8–36,0 на 100 тысяч с подъемом в 2009 году до 45,1. В 2012 и 2013 гг. отмечено снижение заболеваемости подростков — соответственно до 32,0 и 31,7 на 100 тысяч. Вместе

с тем анализ показал, что в 2001–2011 гг. ежегодно уменьшалось абсолютное количество обследований подростков 15–17 лет (с 17923 до 2767 человек) и доля охвата обследованиями — с 7,5% до 2,2%. Соответственно (табл. 4) при этом охват обследованием подростков был ниже аналогичного показателя среди взрослого населения области — в 2005–2011 гг. в $5,4 \pm 1,4$ раза. В то же время выявляемость ВИЧ-инфекции (на 100 тысяч обследованных) в течение всего периода наблюдения среди подростков была выше, чем среди взрослого населения области, после 2005 года — в 1,2–1,9 раза. В 2011–2013 гг. отмечено достоверное снижение выявляемости среди подростков при увеличении охвата обследованиями.

Таблица 4

Охват обследованием и выявляемость ВИЧ среди подростков 15–17 лет и всего населения Свердловской области, 2001–2013 гг.

Годы	Подростки 15–17 лет			Взрослое население	
	Обследовано, абс.	Охват, %	Выявляемость, на 100 тыс.	Охват обследованием, %	Выявляемость, на 100 тыс.
2001	17923	7,5	4162,2	18,6	1182,5
2002	14528	6,3	1734,6	16,5	662,1
2003	11470	5,0	941,6	15,2	539,0
2004	4765	2,1	1846,8	15,2	480,0
2005	7079	3,2	988,8	15,2	520,6
2006	6303	3,2	1094,7	16,2	574,7
2007	6951	3,9	834,4	17,2	644,4
2008	6412	4,5	857,8	17,9	714,3
2009	4665	3,5	1221,9	17,2	732,6
2010	3467	2,7	1096,0	16,9	814,4
2011	2767	2,2	1517,9	18,2	828,2
2012	2908	2,4	1237,9	20,6	813,0
2013	3946	3,2*	963,0#	23,9	782,5

* — различия с 2011 годом достоверны ($p < 0,001$; # – $p < 0,05$).

Для эпидемиологического анализа ситуации нами дополнительно использованы данные дозорных исследований с применением экспресс-теста, которые в Свердловской области проводятся наряду со скрининговыми обследованиями с 2008 года с целью оперативного эпидмониторинга. Сравнительный анализ показал, что уровень выявляемости при экспресс-тестировании сопоставим с результатами скрининговых обследований (табл. 5).

Таблица 5

**Выявляемость ВИЧ-инфекции среди подростков
15–17 лет при экспресс-тестировании и скрининговых
обследованиях в Свердловской области, 2011–2013 гг.**

Год	Экспресс-тестирование		Скрининг	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
2011	486	1234,6	2767	1517,9
2012	1514	1188,9	2908	1237,4
2013	1271	1101,5	3946	963,0

При последующей оценке иммунного статуса тестированных экспресс-методом в данной возрастной группе не были выявлены лица с количеством клеток CD4 менее 350, что свидетельствует о раннем выявлении инфицирования.

В гендерной структуре ВИЧ-инфицированных подростков 15–17 лет с 2002 года устойчиво преобладают девушки (рис. 3),

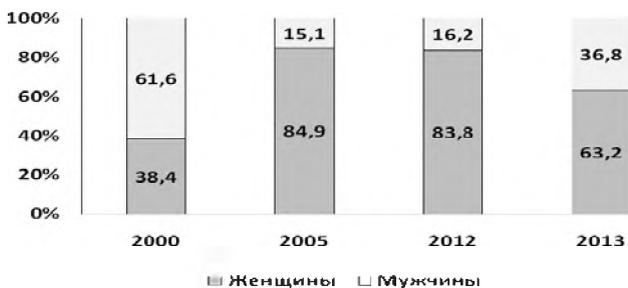


Рис. 3. Распределение ВИЧ-инфицированных подростков 15–17 лет по полу, 2000–2013 гг., выборочные годы, %

а за период 2004–2013 гг. доля девушек составляет $79,6 \pm 7,7\%$, что с позиций развития эпидемии является неблагоприятным фактором.

При анализе причин обследования подростков на ВИЧ установлено, что на протяжении периода с 2002 года первое ранговое место приходится на код 118 — «прочие» (не относятся к специально выделенным контингентам), на второй позиции код 113 — «по клиническим показаниям», на третьем месте код 109 — «беременные». У девушек выявление по коду 109 занимает первое место и составляет в среднем за 2008–2013 гг. $36,5 \pm 5,2\%$.

При анализе факторов, приводящих к инфицированию подростков (табл. 6), установлено, что если в 2000–2002 гг. наркотический путь передачи превышал 85%, то уже с 2003 года преобладает половой путь, особенно у девушек (более 83%). У юношей ведущим остается наркотический путь заражения, но после 2006 года доля полового пути также возросла (по сравнению с 2000–2002 гг. в 9,1 раза).

Таблица 6

Распределение ВИЧ-инфицированных подростков 15–17 лет по факторам инфицирования, %

Годы	Половой			Парентеральный		
	оба пола	юноши	девушки	оба пола	юноши	девушки
2000–2002	14,3	4,3	28,1	85,7	95,7	71,9
2003–2005	68,0	15,9	83,8	32,0	84,1	16,2
2006–2008	77,7	39,1	83,3	22,3	60,9	16,7
2009–2011	67,5	42,9	76,5	32,4	58,1	23,5
2012–2013	64,3	38,4	77,2	35,7	61,6	22,8

Среди ВИЧ-инфицированных в возрасте 15–19 лет за годы наблюдения не было зарегистрировано случаев смерти, связанных с ВИЧ-инфекцией.

2.2. Региональные особенности эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции среди женщин и детей

В развитии эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции особая значимость принадлежит вовлечению женщин и реализации вертикального пути передачи вируса от матери ребенку. В Свердловской области первый случай ВИЧ-инфекции у женщины был зарегистрирован в 1993 году при заражении половым путем за пределами области. За весь последующий период на 01.01.2014 г. в области было выявлено 25 730 женщин с ВИЧ-инфекцией (рис. 4).

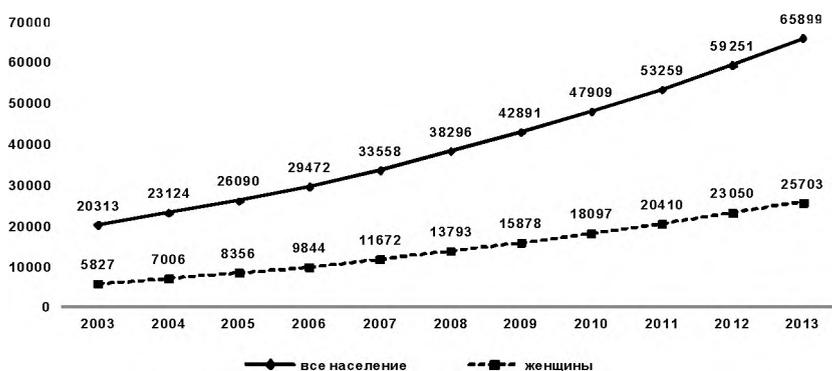


Рис. 4. Динамика кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных, в том числе женщин, в Свердловской области, 2003–2013 гг., абс.

В гендерной структуре всех ВИЧ-инфицированных, выявленных с начала регистрации, доля женщин в Свердловской области существенно выше, чем в среднем по России, — 39,0% и 36,7% соответственно ($p < 0,001$). Особое эпидемическое значение имеет инфицирование ВИЧ женщин репродуктивного возраста (15–49 лет). В 2013 году на их долю приходится 92,8% среди всех ВИЧ-инфицированных женщин и 37,5% из общего числа всех первичных случаев, в том числе женщины наиболее активного детородного возраста 18–39 лет составляют, соответственно, 82,7% и 33,4%.

Сравнительный анализ показателей пораженности ВИЧ-инфекцией свидетельствует о более выраженном вовлечении женщин в эпидемию на Среднем Урале, чем в среднем по стране. Так, в 2013 году пораженность женщин в Свердловской области выше среднероссийского уровня в 2,6 раза — 987,3 и 380,5 на 100 тысяч населения соответственно. В сравнении с мужчинами пораженность женщин ниже, что соответствует общероссийской ситуации (рис. 5).

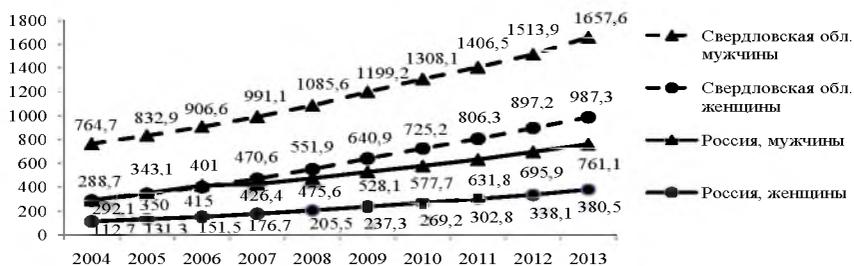


Рис. 5. Пораженность ВИЧ-инфекцией среди женщин и мужчин в Свердловской области и в Российской Федерации, 2004–2013 гг., на 100 тысяч

Методом анализа динамических рядов по показателям темпов прироста пораженности ВИЧ-инфекцией установлено, что на фоне общих тенденций снижения темпы прироста у женщин в Свердловской области в 2006–2013 гг. выше, чем у мужчин (в 1,9–1,1 раза соответственно), и в 2006–2009 гг. — выше по сравнению с российскими показателями женщин (табл. 7).

С 2010 года темпы прироста пораженности ВИЧ-инфекцией среди женщин в Свердловской области стали ниже, чем в среднем среди женского населения России, особенно в 2013 году (в России рост по сравнению с 2012 годом).

Среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в Свердловской области доля женщин возросла за 2000–2005 гг. почти в два раза — от 23,0% до максимальной величины — 45,5% ($p < 0,001$) — и превысила соответствующий показатель по России (42,99%). В 2006–2012 гг. удельный вес

Таблица 7

Темпы прироста показателей пораженности ВИЧ-инфекцией женщин и мужчин в Свердловской области и женщин в РФ, 2006–2013 гг., %

Годы	Свердловская область		Россия, женщины
	Жен.	Муж.	
2006	16,9	8,8	15,4
2007	17,4	9,3	16,6
2008	17,3	9,5	16,3
2009	16,1	10,5	15,4
2010	13,2	9,1	13,5
2011	11,2	7,5	12,5
2012	11,3	7,6	11,7
2013	10,0	9,5	12,5

женщин составлял $43,5 \pm 1,9\%$ при среднероссийском значении $42,4 \pm 0,53\%$, а в 2013 году произошло существенное снижение областного показателя до $40,4\%$ ($p < 0,001$) при среднероссийском $42,1\%$ (табл. 8).

Таблица 8

Удельный вес женщин среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в Свердловской области в сравнении с Российской Федерацией, выборочные годы, за период 2003–2013 гг., %

Территория	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Свердловская обл.	36,20	41,94	45,52	44,22	43,23	44,24	40,38*
Россия	37,00	41,99	42,99	42,99	42,99	42,00	42,08

* — различия по сравнению с 2012 годом достоверны ($p < 0,001$).

За последние десять лет отмечается устойчивое преобладание доли женщин по сравнению с мужчинами среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в молодом возрасте: в 15–19 лет — с 2003 года, 20–29 лет — с 2009 года (табл. 9). При этом в данных группах наблюдался ежегодный рост удельного веса женщин, в результате чего в 2012 году показатели

достигли, соответственно, 73,5% и 52,5% (изменения достоверны по сравнению с 2003 годом, $p < 0,001$). В 2013 г. по сравнению с 2012 годом доля женщин снизилась в группе 15–19 лет до 70,3% и в возрасте 20–29 лет — до 46,7% ($p < 0,01$).

Таблица 9

Удельный вес женщин в соответствующей возрастной группе впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в Свердловской области, %

Возраст, лет	2003 г.	2009 г.	2012 г.	2013 г.
15–19	56,4	71,9	73,5*	70,3*
20–29	35,0	51,4	52,5*	46,7#*
30–39	22,6	33,0	36,0	34,9
40–49	23,2	40,6	39,0	35,2
50 и старше	27,8	49,5	50,5	44,5

* — различия с 2003 г. достоверны ($p < 0,001$);

— различия с 2012 г. достоверны. ($p < 0,05$).

Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией женщин в Свердловской области в 2004–2013 гг. устойчиво выше российских показателей в $2,8 \pm 0,1$ раза (рис. 6). В динамике наблюдается рост заболеваемости женщин в 2013 году по сравнению

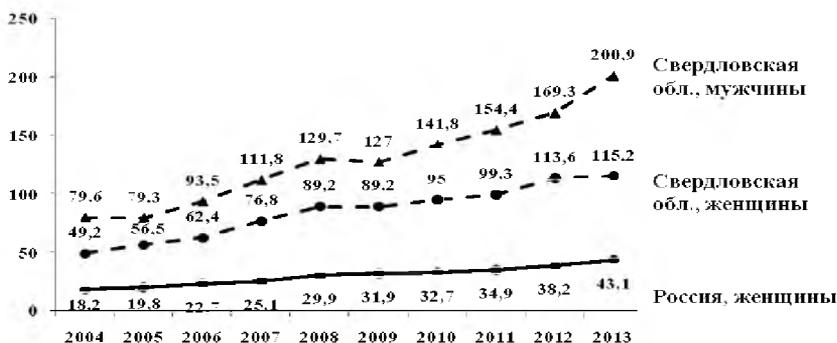


Рис. 6. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией женщин и мужчин в Свердловской области и женщин в Российской Федерации, 2004–2013 гг., на 100 тыс.

с 2004 г. в 2,3 раза. Вместе с тем в 2013 году отмечено заметное снижение темпа прироста заболеваемости женщин в Свердловской области — до 1,4% (в России 12,8%).

Анализ по возрастному распределению первичных случаев ВИЧ-инфекции у женщин (табл. 10) показал, что в 2013 году наиболее высокий удельный вес приходится на группы 20–29 лет (40,3%) и 30–39 лет (39,9%). В 2013 году по сравнению с 2001 и 2005 годами достоверно снизилась доля женщин 15–19 лет (до 3,3%, $p < 0,001$), 20–29 лет (до 40,3%, $p < 0,01$), но возросла в группах 30 лет и старше (с 14,2% в 2005 году до 55,4% в 2013 году, $p < 0,001$).

Таблица 10

Распределение по возрасту среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин в Свердловской области, 2001, 2005, 2013 гг., %

<i>Возраст, лет</i>	<i>2001 г.</i>	<i>2005 г.</i>	<i>2013 г.</i>
15–19	35,7	15,9	3,3*
20–29	58,2	67,3	40,3*
30–39	5,0	10,8	39,9*
40–49	1,0	2,3	9,2*
50–59	0,1	1,1	4,7*
60 и старше	0	0	1,6
ВСЕГО:	100%	100%	100

* — различия с 2001-м и с 2005 годами достоверны ($p < 0,01$).

На фоне снижения доли впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин 15–19 лет первичная заболеваемость в данной группе с 2005 года более высокая, чем среди мужчин соответствующего возраста, в 2013 году — в 2,8 раза (табл. 11).

Повозрастные показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди женщин и мужчин в Свердловской области за 2001, 2005, 2013 гг., на 100 тысяч

Возраст, лет	2001 г.		2005 г.		2013 г.	
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.
15–19	443,4	813,3	111,0	33,3	89,4	31,42
20–29	412,3	1222,3	244,7	277,5	318,4	349,3
30–39	38,7	134,4	49,8	132,4	312,6	605,6
40–49	5,8	24,2	8,1	20,6	85,9	174,8
50–59	0,8	4,3	4,5	2,3	34,5	57,6
60 и >	0	0,7	0	0,8	7,7	51,7

Анализ путей заражения показал, что до 2001 года более 90% заражались ВИЧ парентеральным путем при употреблении наркотиков, а в последующие годы нарастает половой путь передачи, который в 2013 году составил у женщин 71,1%, а у мужчин — 35,9% (рис. 7).

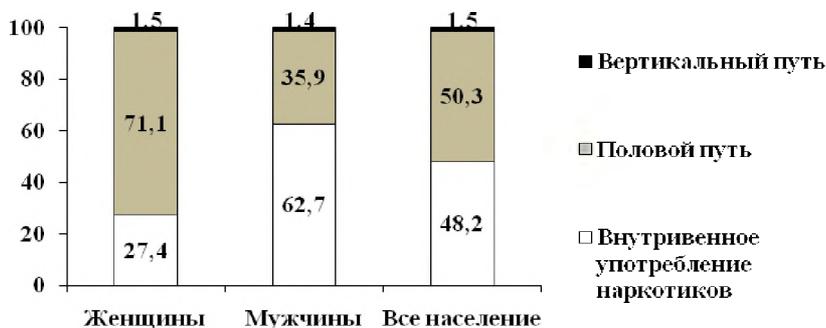


Рис. 7. Распределение ВИЧ-инфицированных в Свердловской области по факторам заражения, 2013 г., % от впервые выявленных

Половой путь заражения у женщин преобладает с 2003 года, в 2013 г. составил 71,1% (рост в 1,3 раза, $p < 0,001$) (рис. 8), что выше среднероссийского показателя (68,4%).

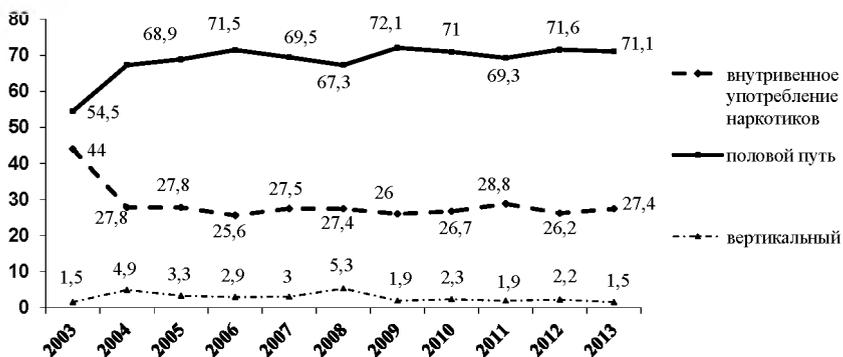


Рис. 8. Распределение ВИЧ-инфицированных женщин по факторам заражения в Свердловской области, % от впервые выявленных

Нарастание полового пути передачи и вовлечение в эпидемический процесс женщин активного детородного возраста ведут к увеличению ВИЧ-инфицированных беременных женщин. В Свердловской области с 2002 года доля ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин превышает 1%, что, согласно критериям ВОЗ, соответствует генерализованной стадии эпидемии (2000). За последние пять лет данный показатель составил $1,78 \pm 0,13\%$, что почти в три раза выше, чем по России, — 0,75% (Ладная Н. Н., 2014) (табл. 12).

Таблица 12

Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных в структуре всех беременных женщин в Свердловской области и в России, %

Территория	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Свердловская область	1,6	1,9	1,9	1,7	1,8	2,0
Россия	0,49	0,54	0,57	0,62	0,67	0,75

В 2013 году всего было выявлено 2692 женщины с ВИЧ-инфекцией (в 2012 году 2651 человек), из них при постановке на учет в женские консультации по беременности — 643 женщины, или 23,9% (рис. 9). От числа всех обследованных (оба пола) беременные составили 22,0%, а от всех первичных случаев — 9,7%.

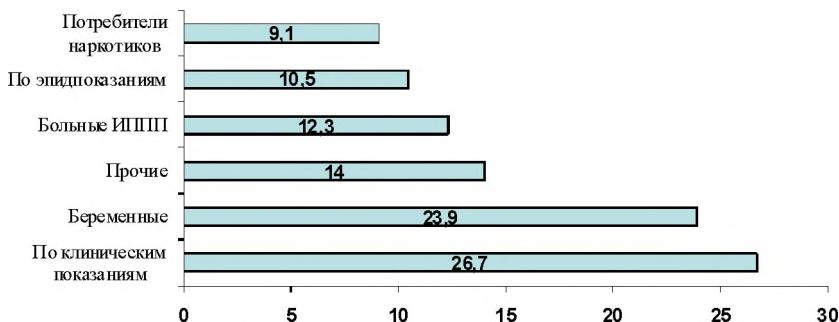


Рис. 9. Распределение выявленных случаев ВИЧ-инфекции у женщин по контингентам обследуемых, 2013 год, %

С 2003 года отмечается снижение удельного веса беременных от числа впервые выявленных женщин, особенно после 2006-го, с 38,8% до 23,9% в 2013 году, $p < 0,001$ (рис. 10).

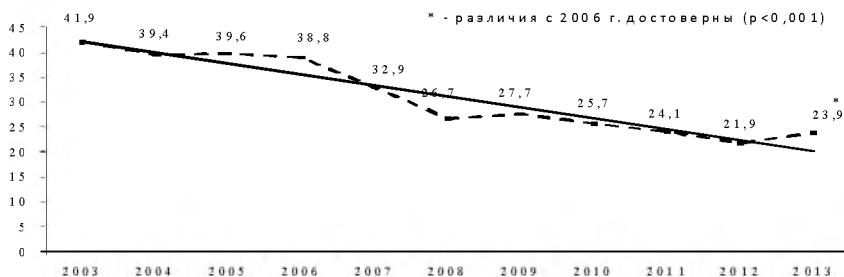


Рис. 10. Динамика удельного веса случаев ВИЧ-инфекции у беременных женщин в Свердловской области, % от впервые выявленных случаев среди женщин

Анализ выявляемости ВИЧ среди беременных показал, что резкий подъем (в 6,2 раза) произошел в 2000–2002 гг. (с 67,2 до 415,1 на 100 тысяч обследованных). А после 2006 года наблюдается снижение, особенно в 2012–2013 гг. (рис. 11), что может быть результатом расширения охвата обследованиями женщин до их обращения в женскую консультацию в связи с беременностью.

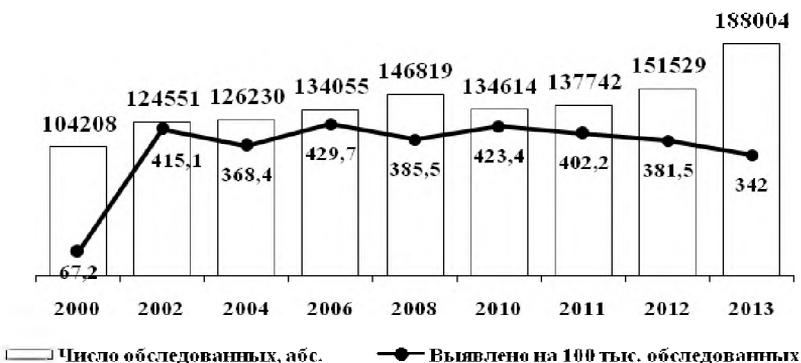


Рис. 11. Динамика числа обследованных беременных женщин (абс.) и выявляемости ВИЧ-инфекции (на 100 тысяч обследованных) в Свердловской области, 2000–2013 гг.

Среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин доля впервые выявленных составляла в 2005–2006 гг. 70,8% и 73,1% соответственно. После 2007 года наблюдается снижение этого показателя — в 2013 году до 45,6% (в России 56,6%), что может быть связано с более активным выявлением инфицированных еще до беременности (рис. 12).

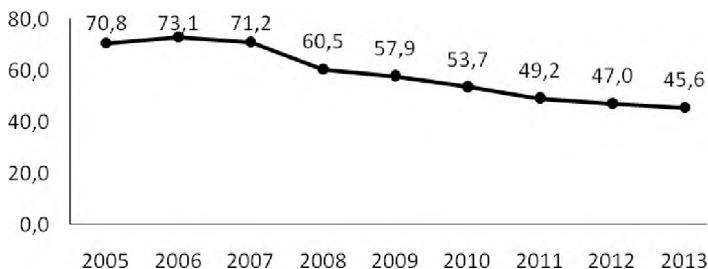


Рис. 12. Динамика удельного веса впервые выявленных среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Свердловской области, %

Нами выполнено изучение эпидемически значимых медико-социальных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин г. Екатеринбурга, решивших сохранить беременность. Выборочная совокупность составила 447 случаев, в том числе

201 чел. отобраны методом случайной выборки за период 2008–2012 гг. с обеспечением репрезентативности (выборка более 10%), а 246 чел. — генеральная совокупность численности женщин, детям которых подтвержден диагноз ВИЧ-инфекция в 2010–2011 гг. Анализ проведен по данным амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете в ОЦ СПИД.

Результаты показывают, что основная часть женщин — в возрасте до 30 лет (74%). Значительная доля представлена социально адаптированной группой: работали или учились 64%; на высшее и незаконченное высшее образование указали 25,4%, среднее и среднее специальное образование — 66,5%. В зарегистрированном браке состояли лишь 34,2%, в гражданском — 56,8%, 3,8% лишены родительских прав. Среди данного контингента женщин распространены поведенческие факторы риска передачи ВИЧ-инфекции: употребляли наркотики 73,1%, в том числе 45,4% во время беременности; у половины (49,2%) партнеры инфицированы ВИЧ, а у 20,8% партнеры не проходили исследования ВИЧ-статуса.

Анализ акушерского анамнеза показал, что у 75,1% беременность не первая, роды первые у 31,2%, у 46,8% — вторые, у 22,2% — третьи и более; из числа повторно беременных предыдущие беременности заканчивались родами (56,1 на 100 беременных) и/или абортами (83,8 на 100 беременных). Настоящая беременность для 87,0% желанная, но лишь для 32,5% запланированная, при этом своевременно, в срок до 12 недель, встали на учет в женскую консультацию только 66,1% (средний показатель по области 83,7%). Беременность закончилась рождением живого ребенка у 94,4%, мертвого ребенка — у 2,6%, выкидышем — у 3,0%; отказались от ребенка 2,7% родивших. Уже имеют ВИЧ-инфицированных детей 17,2%. У 54% инфекция выявлена в течение последнего года, у 17% — пять и более лет назад. В субклинической стадии ВИЧ-инфекции находились 82,5%. Имели сопутствующие социально значимые инфекционные заболевания 43,0%, в том числе: хронический вирусный гепатит С — 42,0%, ИППП в анамнезе — 13,5%, туберкулез — 1,5%.

Смертность от СПИДа в Свердловской области в 2013 году составила 23,8 на 100 тысяч населения — у женщин 15,1 и у мужчин 34,5 на 100 тысяч (рис. 13), превысив смертность

от туберкулеза. Доля СПИДа в структуре причин смерти от инфекционных заболеваний достигла 44,4% при средней в России 28%. В структуре причин смерти ВИЧ-инфицированных СПИД в 2013 году достиг 47,9%, опередив внешние причины (12,3%), у женщин доля СПИДа составила 52,9%, у мужчин — 45,7%.

Летальность ВИЧ-инфицированных выросла в 2003–2011 гг. с 1,1% до 3,5%, у женщин — с 0,8 до 2,6%, у мужчин — с 1,2 до 4,2%; летальность от СПИДа — с 0,1% до 1,4%. В 2012–2013 гг. летальность ВИЧ-инфицированных уменьшилась до 3,2%, у женщин — до 2,5%. Летальность от СПИДа снизилась с 1,5% в 2012 году до 1,3% в 2013-м (на 21%), у женщин — до 1,1%.

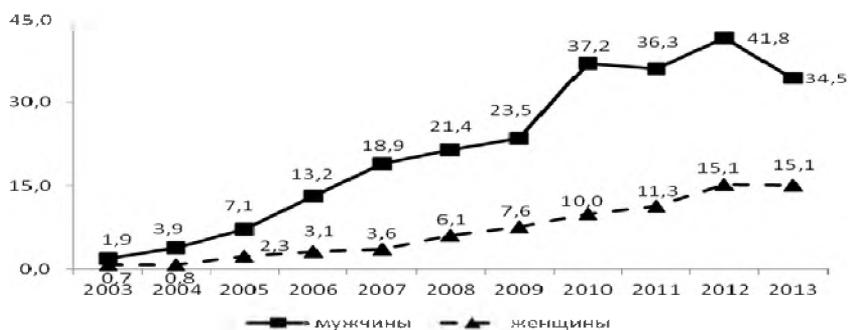


Рис. 13. Смертность от СПИДа в Свердловской области, 2003–2013 гг., на 100 тыс.

Заражение детей является крайне неблагоприятным медико-социальным последствием распространения ВИЧ-инфекции. В Свердловской области в 1998 году был выявлен первый случай ВИЧ-инфекции у ребенка 14 лет, путь передачи — наркотический. За весь период наблюдения на конец 2013 года диагноз ВИЧ-инфекции установлен 867 детям — 1,3% от кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных. А среди живущих ЛЖВС — 729 детям в возрасте 0–14 лет (1,4%). Пораженность детей 0–14 лет возрастает — с 3,3 в 2000 году до 101,5 на 100 тысяч в 2013 г. по сравнению с 103,9 в возрасте 15–19 лет и с 1494,4 всего населения области (рис. 14).

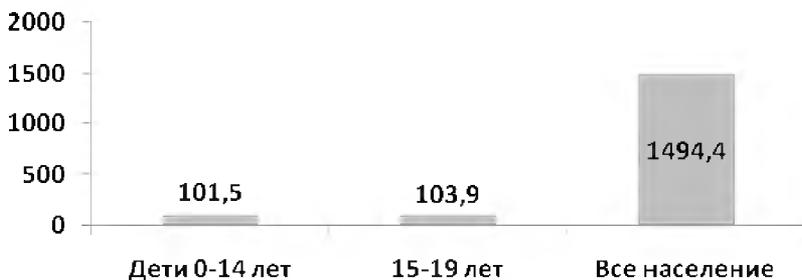


Рис. 14. Пораженность ВИЧ-инфекцией детей 0–14 лет в сравнении с группой 15–19 лет и населением в целом Свердловской области, 2013 год, на 100 тыс.

Число впервые выявленных случаев среди детей возросло до 2008 года, когда диагноз был зарегистрирован у 131 человека (2,8% от всех впервые выявленных). В последующие годы выявлялось ежегодно до 80 случаев (1,2–1,4%). Выявление первичных случаев у детей в возрасте до 3 лет и в возрасте 3–10 лет обусловлено заражением от ВИЧ-инфицированной матери, в том числе имела место поздняя диагностика передачи ВИЧ вертикальным путем, не выявленная во время беременности. Положительная динамика отмечена в 2013 году — снижение до 56 случаев по сравнению с 2012 г., в показателях наглядности меньше на 37,3%, $p < 0,01$ (табл. 13).

В Свердловской области, по кумулятивным данным, 87,8% детей (на конец 2013 года 743 человека) заразились при перинатальном контакте (в России 92%), в 2004–2012 гг. доля вертикального пути составляла 95–100% от установленных причин заражения. В 2013 году число детей с перинатальным заражением по сравнению с 2012 году меньше в 1,5 раза. По кумулятивным данным, 10,1% (85 детей) заразились парентерально при употреблении наркотиков, 2,1% (18 детей в возрасте от 13 лет) — половым путем (табл. 14).

С 2008 года Свердловская область занимает первое место среди регионов России по абсолютному числу детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин. На 31.12.2013 г. рожден 11 321 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе в 2013 году — 1411 детей; до 2008 года их доля была

Таблица 13

Повозрастное распределение впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди детей 0–14 лет в Свердловской области, 2000–2013 гг.

Годы	0–14 лет		В том числе, абс. и % от числа детей 0–14 лет							
	Абс.	% от всех впервые выявленных	0–2 года		3–6 лет		7–10 лет		11–14 лет	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2000	27	0,72	0	0,0	0	0,0	2	7,4	25	92,6
2001	47	0,53	3	6,4	0	0,0	0	0,0	44	93,6
2002	16	0,38	10	62,5	0	0,0	0	0,0	6	37,5
2003	27	0,87	19	70,4	1	3,7	0	0,0	7	25,9
2004	76	2,7	73	96,1	2	2,6	0	0,0	1	1,3
2005	72	2,4	64	88,9	5	6,9	0	0,0	3	4,2
2006	66	1,95	55	83,3	10	15,4	0	0,0	0	0,0
2007	77	1,89	61	79,2	12	15,6	0	0,0	4	5,2
2008	131	2,77	106	80,9	20	15,4	1	0,8	3	2,3
2009	59	1,28	44	74,6	11	18,6	0	0,0	4	6,8
2010	69	1,38	64	92,8	1	1,5	1	1,5	2	2,9
2011	64	1,20	48	75,0	10	15,6	3	4,7	3	4,7
2012	80	1,34	63	78,8	10	12,5	5	6,3	2	2,5
2013	56	0,84	50	89,3	4	7,1	1	1,8	1	1,8

выше, чем в среднем по России, а в 2012–2013 гг. стала ниже среднероссийского показателя в 1,2 раза. Доля таких детей в Свердловской области от общего числа в России снизилась в 2006–2013 гг. с 14,39% до 9,82% (табл. 15).

Несмотря на значительное число детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, уровень передачи ВИЧ от матери ребенку в Свердловской области стабильно ниже, чем в среднем по России (табл. 16). По сравнению с 2005 годом, когда показатель составлял 9,0%, к 2013 году произошло снижение в 2,4 раза — до 3,1%.

Таблица 14

Распределение по путям передачи ВИЧ-инфекции среди детей 0–14 лет в Свердловской области, 2000–2013 гг., % от установленных причин

Годы	Вертикальный путь		Половой путь, %	Парентеральный путь, %
	Абс.	%		
2000	0	0,0	3,6	96,4
2001	3	6,8	6,8	86,4
2002	10	55,6	0,0	44,4
2003	20	83,3	12,5	4,2
2004	75	98,7	1,3	0,0
2005	68	100,0	0,0	0,0
2006	65	100,0	0,0	0,0
2007	72	97,3	1,4	1,4
2008	126	96,9	0,8	2,3
2009	54	94,7	3,5	1,8
2010	67	97,1	2,9	0,0
2011	60	95,2	1,6	3,2
2012	74	97,4	2,6	0,0
2013	49	92,5	1,9	5,7
Итого	743	87,8	2,1	10,0

Таблица 15

Удельный вес детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в Свердловской области и в Российской Федерации, %

Годы	Среди всех родившихся живыми		В Свердловской области от РФ
	Свердловская область	Россия	
2006	1,67	1,24	14,39
2007	1,67	1,36	12,75
2008	1,72	1,63	11,04
2009	1,76	1,77	10,73
2010	1,85	1,83	11,06
2011	1,94	1,93	11,09
2012	2,0	2,21	10,18
2013	2,27	2,67	9,82

**Частота вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку
в Свердловской области и РФ, 2008–2013 гг. (%)**

Годы	Свердловская обл.	Россия
2008	4,0	6,8 *
2009	4,2	5,5 *
2010	5,0	6,5 *
2011	3,9	6,2 **
2012	3,8	4,9 **
2013	3,1	3,3 ***

* — Латышева И. Б., 2013 г.

** — Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в РФ, 2012 г.

*** — Ладная Н. Н., 2014 г.

Анализ первичной медицинской документации показал, что основные причины инфицирования детей связаны с неполным охватом перинатальной профилактикой при отсутствии наблюдения ВИЧ-инфицированной беременной женщины в ОЦ СПИД (19,9%) и в женской консультации (19,1%), при обследовании женщин в период серонегативного окна (17,9%), а также из-за низкой приверженности к приему антиретровирусных препаратов (16,7%). Имеются также факты сокрытия ВИЧ-инфицированными отцами/половыми партнерами наличия у них заболевания, что послужило в дальнейшем причиной заражения ВИЧ матери и ребенка, находившегося на грудном вскармливании.

На 01.01.2014 г. в Свердловской области умерло 28 детей с ВИЧ-инфекцией, в том числе 14 — по причине СПИДа, из них 7 по причине отказа родителей от лечения; летальность составила 3,2%.

ГЛАВА 3. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» И ОБЛАСТНЫХ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Организация межведомственного взаимодействия в противодействии распространению ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях

В связи с общегосударственной медико-социальной, демографической и экономической значимостью проблемы распространения ВИЧ/СПИДа обеспечение превентивных мер требует комплексного подхода и организации межведомственного взаимодействия в субъектах Федерации на региональном и муниципальном уровнях. В Свердловской области начало формирования региональной политики противодействия распространению ВИЧ-инфекции заложено принятием Областной целевой программы по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1996–1997 гг. «Анти-ВИЧ», утвержденной постановлением правительства Свердловской области от 02.09.1996 № 737-п.

К этому времени законодательная база была представлена Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», 1995 г. В 1997 г. принят Областной закон «О профилактике наркомании и токсикомании на территории Свердловской области» № 78-ОЗ, в котором были заложены основы обеспечения межсекторальной деятельности по сдерживанию распространения ВИЧ в условиях роста наркомании. В последующем областная программа была пролонгирована на 1998–2000 гг., однако финансирование было крайне недостаточным для надлежащего обеспечения масштабных превентивных мероприятий, которые могли бы радикально повлиять на ограничение распростра-

нения вируса в условиях разразившейся в тот период вспышки ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Главным исполнителем программы фактически являлся Департамент (Министерство) здравоохранения области, ведущая роль возлагалась на специализированное учреждение — Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Были задействованы также правоохранительные структуры, некоторые направления деятельности по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков осуществлялись с участием общественных организаций в рамках проектов с финансированием за счет международных фондов (Всемирный банк, Глобальный фонд и др.).

В начале 2000-х гг. меры по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа осуществлялись в соответствии с федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006)», подпрограммой «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека «АнтиВИЧ/СПИД». Была продолжена профилактическая деятельность в рамках проектов с привлечением международных фондов. Для усиления межведомственного взаимодействия при реализации программы в 2002 году была создана областная координационная комиссия по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции под руководством заместителя председателя Правительства области по социальным вопросам (утв. распоряжением Правительства Свердловской области от 17.01.2002 г. №44-ПП). В состав комиссии вошли руководители здравоохранения, Госсанэпидслужбы, ГУВД, областных СМИ.

Период 2006–2013 гг. явился принципиально важным этапом в организационном и финансовом обеспечении мер противодействия ВИЧ/СПИДу в стране в целом, в том числе в Свердловской области. Учитывая интенсивность развития эпидемии, в состав приоритетного национального проекта «Здоровье» был включен компонент ВИЧ/СПИД, что позволило значительно увеличить финансирование мероприятий по ограничению распространения ВИЧ-инфекции.

В дополнение к национальному проекту «Здоровье» в Свердловской области после пятилетнего перерыва были приняты

к реализации областные целевые программы по ограничению распространения ВИЧ-инфекции. На 2006 год была принята областная государственная целевая программа «Профилактика и ограничение распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), наркомании и алкоголизма» с финансированием 58,1 млн руб. в год. Однако в структуре выделенных средств основная часть предназначалась для оказания специализированной медицинской помощи. С принятием закона «Об областной государственной целевой программе «Неотложные меры по предупреждению распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» на 2007–2011 годы» было предусмотрено финансирование организации профилактики за счет средств области. Однако ввиду неблагоприятных изменений экономической ситуации в 2009 году областная программа не финансировалась, а в 2010–2011 гг. была секвестирована. Целевое финансирование в эти годы осуществлялось преимущественно за счет средств национального проекта «Здоровье». Часть средств для организации профилактики среди различных групп населения поступала из внебюджетных источников по грантам (табл. 17).

Для организационно-методического обеспечения реализации комплекса мер профилактики ВИЧ-инфекции в структуре ОЦ СПИД в 2006 году был создан отдел профилактики и психосоциального консультирования, в составе которого выделены блоки: организации профилактики, нормативно-методического обеспечения, психосоциальной работы.

Для комплексного решения задач национального проекта «Здоровье» и областной целевой программы требовалось организовать их реализацию на основе унифицированного подхода как на уровне области в целом, так и в муниципальных образованиях. Руководствуясь данной позицией, Правительством области было принято распоряжение «О дополнительных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области» от 29.01.2008 г. №44-РП, в котором специальное внимание уделено реализации программ на муниципальном уровне. С целью организационно-методического

**Финансирование мероприятий по программам противодействия
ВИЧ-инфекции в Свердловской области, 2006–2013 гг., тыс. руб.**

<i>Годы</i>	<i>Источники финансирования</i>	<i>Диагностика, лечение</i>	<i>Профилактика</i>
2007	ПНП «Здоровье»	232 169,8	0
	Областной бюджет	33 204,1	6996,0
	Внебюджетные источники	0	1500,0
	Итого:	265 373,9	8496,0
2008	ПНП «Здоровье»	322 490,6	0
	Областной бюджет	36 655,1	30 291,6
	Муниципальный бюджет	0	1 500,0
	Внебюджетные источники	0	1 500,0
	Итого:	359 145,7	33 291,6
2009	ПНП «Здоровье»	929 759,6	0
	Областной бюджет	29 286,4	0
	Муниципальный бюджет	0	1 627,0
	Внебюджетные источники	0	2 500,0
	Итого:	959 046,0	4 127,0
2010	ПНП «Здоровье»	963 955,8	500,0
	Областной бюджет	36 227,5	7 693,10
	Муниципальный бюджет	0	1 627,0
	Внебюджетные источники	0	1 500,0
	Итого:	1 000 183,3	11 320,0
2011	ПНП «Здоровье»	924 613,3	0
	Областной бюджет	65 768,0	1 387,5
	Муниципальный бюджет	0	1 627,0
	Внебюджетные источники	0	500,0
	Итого:	990 381,3	3 514,5
2012	ПНП «Здоровье»	986 887,0	0
	Областной бюджет	224 097,6	0
	Муниципальный бюджет	0	4 673,82
	Внебюджетные источники	0	500,0
	Итого:	1 210 984,6	5 173,82
2013	ПНП «Здоровье»	1 378 075,2	0
	Областной бюджет	140 208,8	2 341,0
	Муниципальный бюджет	0	5 861,5
	Внебюджетные источники	0	500,0
	Итого:	1 518 284,0	7 05,5

обеспечения скоординированной профилактической деятельности данным распоряжением утверждены подготовленные с нашим участием Методические рекомендации по разработке и реализации муниципальных программ по ограничению распространения ВИЧ-инфекции на территориях муниципальных образований в Свердловской области (2008 год). Обоснован необходимый объем мероприятий и порядок финансирования, а также сформулированы предложения по формированию и организации работы муниципальных координационных комиссий и согласованной деятельности всех субъектов профилактики. Важно отметить, что с 2008 года из муниципальных бюджетов стали выделяться целевым назначением финансовые средства для профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции, объем которых увеличился в 2013 году в 3,6 раза по сравнению с 2011 годом.

Согласно данному распоряжению на уровне области координация межведомственных мероприятий всех субъектов профилактики, а также деятельности муниципальных координационных комиссий возложена на координационную комиссию по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции при Правительстве Свердловской области во главе с первым заместителем председателя Правительства. Состав комиссии существенно расширен по сравнению с 2002 годом: включены руководители Министерства здравоохранения, социальной защиты населения, образования, культуры, физкультуры и спорта, Роспотребнадзора, УФСКН, УФСМ, ГУВД, ГУФСИН, Департаментов по делам молодежи, информационной политики; ОЦ СПИД, Уральской государственной медицинской академии, общественных организаций.

На последующий период мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, разработанные с нашим участием, включены в состав областной целевой программы «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области» на 2011–2015 годы, подпрограмма «ВИЧ-инфекция» (утв. постановлением правительства Свердловской области от 11.10.2010 г. №1473-ПП, в ред. постановления правительства Свердловской области от 13 декабря 2012 г. № 1422-ПП).

Необходимость регулирования деятельности органов исполнительной власти и органов местного самоуправления со стороны Правительства Свердловской области при формировании системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях обусловлена различной подчиненностью субъектов профилактики. До 2012 года в условиях подчинения учреждений муниципальной системы здравоохранения органам местного самоуправления решения Министерства здравоохранения области носили рекомендательный характер, что создавало трудности в организации взаимодействия при координирующей роли ОЦ СПИД и учреждений здравоохранения. В 2012 году вследствие передачи полномочий муниципального здравоохранения на областной уровень стало возможным обеспечивать деятельность по профилактике и оказанию медицинской помощи при контроле государственной исполнительной власти. Вместе с тем на уровне муниципальных образований возникали трудности во взаимодействии государственных учреждений здравоохранения и органов местного самоуправления при выполнении общих полномочий, связанных с информированием населения и организацией профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции.

Для нормативно-правового и методического обеспечения реализации задач национального проекта «Здоровье», областных и муниципальных целевых программ были разработаны с нашим участием и приняты документы, в которых определен порядок мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции. Важно отметить, что ряд документов утвержден на межведомственном уровне для обеспечения взаимодействия Министерства здравоохранения с Министерством социальной защиты населения, Министерством общего и профессионального образования, Департаментом по труду и занятости населения, ГУМВД, ГУФСИН. Взаимодействие субъектов профилактики регламентируется следующими областными нормативными актами:

- приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства социальной защиты населения Свердловской области от 16.11.2011 г. № 918-п/838 «Об организации взаимодействия системы органов соци-

- альной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области»;
- приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 01.12.2011 г. № 855-и/1344-п «О внедрении программы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательные учреждения Свердловской области»;
 - соглашение между Министерством здравоохранения Свердловской области и ГУ МВД России по Свердловской области от 23 апреля 2013 г. № 2013/03–10/10 «Об организации взаимодействия учреждений здравоохранения и правоохранительных органов по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области»;
 - соглашение об организации взаимодействия Министерства здравоохранения Свердловской области, Департамента по труду и занятости населения Свердловской области, Федерации профсоюзов Свердловской области по внедрению на промышленных предприятиях, в организациях и учреждениях Свердловской области профилактической программы по ВИЧ/СПИДу в сфере труда от 12.12.2013 г.

Министерством здравоохранения Свердловской области за 2011–2013 гг. был принят ряд ведомственных документов, разработанных с нашим участием:

- приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.03.2011 г. № 295-п «Об организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения Свердловской области»;
- приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 10.04.2012 г. № 354-п «Об организации профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих психоактивные вещества с немедицинскими целями»;
- приказ Минздрава Свердловской области от 28.11.2012 г. № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области»;

- приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.02.2013 г. № 142-п «О проведении мероприятий по улучшению качества выявления, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции в муниципальных образованиях в Свердловской области».

С целью повышения эффективности мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2013 году Правительством области принято распоряжение «О дополнительных мерах по ограничению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на территории Свердловской области» от 17.05.2013 г. № 629-РП. Закреплен новый состав координационной комиссии, что позволило структурно укрепить межведомственную систему противодействия распространению ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях. В состав комиссии дополнительно включены управляющие пятью округами Свердловской области (курирующие муниципальные образования в составе округов), представители Федерации независимых профсоюзов Свердловской области, Союза промышленников и предпринимателей.

Распоряжением Правительства утверждены планы мероприятий исполнительных органов государственной власти Свердловской области и муниципальных образований по ограничению распространения ВИЧ-инфекции на 2013–2015 гг., разработанные с нашим участием. Для методического обеспечения реализации унифицированного подхода при планировании и выполнении профилактических мероприятий в муниципальных образованиях области нами разработан проект Межведомственного комплексного плана по первичной, вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции на год на территории муниципального образования (Приложение 1). В плане сформулирована цель — взаимодействие различных заинтересованных служб и ведомств муниципального образования для решения следующих задач:

- предотвращение новых случаев инфицирования ВИЧ населения муниципального образования;
- раннее выявление ВИЧ-инфекции, особенно среди уязвимых ВИЧ-инфекцией групп населения и групп высокого риска заражения ВИЧ (ПИН, лица, употребляющие

- алкоголь, лица, имеющие большое количество половых партнеров, половые партнеры ПИН, подростки);
- снижение риска перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
 - своевременное начало лечения, улучшение качества жизни и социализация ВИЧ-инфицированных.

В проекте плана для муниципальных образований определены мероприятия, которые необходимо предусмотреть для выполнения, механизм реализации для каждого из них, ответственные исполнители, а также ожидаемые результаты по каждому мероприятию на планируемый год.

Развитие скоординированной деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции на территории всей области требует унифицированного подхода в оценке достижения результатов, в связи с чем распоряжением Правительства области от 17.05.2013 г. №629-РП утверждены критерии результативности реализации планов мероприятий в муниципальных образованиях области (табл. 18).

Благодаря системной работе с муниципалитетами к настоящему времени во всех территориях функционируют межведомственные координационные комиссии, обеспечивающие организацию профилактики ВИЧ-инфекции, проводится анализ выполнения муниципальных программ в соответствии с принятыми критериями. Оценка отчетов по итогам профилактической деятельности муниципальных образований поручена Министерству здравоохранения области.

Таким образом, современная система организации профилактики ВИЧ-инфекции в Свердловской области обеспечивает унифицированный подход при межведомственном взаимодействии всех субъектов профилактики как на региональном, так и на муниципальном уровнях, при разработке и реализации комплекса мер первичной, вторичной и третичной профилактики с учетом вовлечения в эпидемический процесс различных групп населения.

**Критерии результативности реализации планов мероприятий
по ограничению распространения ВИЧ-инфекции
в муниципальных образованиях Свердловской области**

<i>Показатели</i>	<i>Значение</i>
Кратность проведения заседаний координационной комиссии	Не менее четырех раз в год
Наличие муниципальной программы по ограничению распространения ВИЧ-инфекции	Программа утверждена, имеет целевое финансирование профилактических мероприятий
Выполнение плана мероприятий муниципальной программы	Удельный вес (%) выполнения плана
Охват профилактическим обследованием населения на ВИЧ-инфекцию	Не менее 20% от общей численности населения; в т. ч. группы высокого риска (ПИН, больные ИППП, контактные с ВИЧ+, гомосексуалисты) — не менее 40% от числа обследованных
Охват пар «мать — дитя» трехэтапным курсом химиопрофилактики	Не менее 85%
Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения	Отсутствие роста вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции
Уровень информированности населения 15–49 лет о ВИЧ	95%
Уровень охвата населения 15–49 лет профилактическими программами по ВИЧ-инфекции	95%
Уровень обследования ПИН, состоящих на учете, на ВИЧ-инфекцию	100%
Уровень повышения квалификации специалистов, ответственных за профилактику ВИЧ-инфекции	100%

3.2. Межведомственный подход в организации превентивного обучения по профилактике ВИЧ-инфекции

В сфере первичной профилактики ВИЧ-инфекции, направленной на предупреждение новых случаев заражения, поставлена задача достижения высокого уровня информированности населения и вовлечения в профилактические программы для формирования поведения, безопасного в отношении заражения ВИЧ. Ее реализация основана на информационно-образовательной деятельности по вопросам ВИЧ-инфекции для всего населения с использованием массовых средств распространения информации и на просвещении различных восприимчивых контингентов населения и групп риска.

Специальное внимание в организации первичной профилактики ВИЧ-инфекции уделяется целевой группе молодежи. Данная позиция изложена в Постановлении главного государственного санитарного врача Российской Федерации «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» от 13.02.2012 г. №16. Там предписано: «...внести в программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в субъектах Российской Федерации коррективы с учетом изменения эпидемиологической обстановки, обратив особое внимание на организацию и проведение профилактических мероприятий среди молодежи. Включить в перечень профилактических мероприятий, финансирование которых предусматривается в рамках приоритетного национального проекта на 2012 год, ценностно-ориентированные программы первичной профилактики ВИЧ и наркомании».

В Свердловской области в 2009–2013 гг. с нашим участием были разработаны профилактические программы по вопросам ВИЧ-инфекции для учащихся общеобразовательных учреждений и для работающей молодежи, которые внедрены во всех муниципальных образованиях области на основе межведомственного взаимодействия.

Профилактическая программа для учащихся старших классов общеобразовательных школ подготовлена в Свердловской области в 2009 году на основании Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образова-

тельной среде, принятой Министерством образования и науки РФ совместно с Федеральной службой Роспотребнадзора (2005 год), областной Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года» (2009 год), совместных приказов Министерства здравоохранения, Министерства общего и профессионального образования, Управления Роспотребнадзора по Свердловской области.

Внедрение в общеобразовательных учреждениях области специальной обучающей программы для старшеклассников направлено на формирование мотивации на безопасное поведение на основе получения устойчивых знаний и навыков снижения риска заражения ВИЧ. Обязательному внедрению программы предшествовала реализация в 2010–2011 гг. пилотного проекта на базе восьми общеобразовательных школ в шести муниципальных образованиях области. В рамках пилотного проекта был апробирован профилактический модуль по ВИЧ-инфекции для образовательных учреждений Свердловской области, утвержденный министром здравоохранения и министром общего и профессионального образования области, который включал следующие разделы:

1. Подготовка педагогов общеобразовательных учреждений по вопросам первичной профилактики ВИЧ-инфекции среди учащихся.

2. Внедрение обучающей программы «Первичная профилактика ВИЧ-инфекции среди учащихся 9–11 классов образовательных школ».

3. Проведение родительского всеобуча по проблеме ВИЧ-инфекции.

4. Проведение социальных акций, направленных на изменение рискованного поведения и толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным.

5. Обучение волонтеров-учащихся вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Результативность внедрения обучающей программы для старшеклассников оценивалась в ходе социологических исследований, целевой аудиторией являлись учащиеся 9–11 классов, их родители и педагоги.

Анкетирование проводилось в 8 общеобразовательных учреждениях 6 муниципальных образований Свердловской области. Анкетный опрос проводился в два среза: первый выполнен в 2010 г. с целью оценки исходного уровня информированности опрошенных; второй — в 2011 г. с целью оценки результативности внедренной в школах образовательной программы. Анкеты включали более 20 вопросов.

Результаты анонимного анкетирования, проведенного до и после внедрения в школах образовательного профилактического модуля, продемонстрировали во всех трех группах респондентов позитивные изменения в уровне информированности по вопросам эпидемической опасности и профилактики ВИЧ/СПИДа, по самооценке риска заражения и готовности участия в профилактической работе.

Так, при анкетировании учащихся 9–11 классов (табл. 19) установлено, что после внедрения образовательной профилактической программы в 1,5–2 раза возросла доля респондентов, осведомленных: об эпидемии ВИЧ-инфекции в Свердловской области — до 77,3% ($p < 0,001$); о путях ее передачи — до 85,0% ($p < 0,001$), особенно половом (до 97,4%) и наркотическом (до 95,4%), при нанесении татуировок и пирсинге (до 74,6%), что можно заразиться при однократном введении внутривенных наркотиков (до 77,4%, $p < 0,001$). Повысилась оценка своего риска заражения ВИЧ — до 56,7% ($p < 0,001$).

Результаты анкетирования родителей учащихся также показали, что после внедрения в школах профилактического модуля уровень их информированности существенно повысился (табл. 20). Признали важность проведения в школе профилактической работы со старшеклассниками по ВИЧ-инфекции 93,2%, выразили готовность проводить беседы по профилактике заражения со своим ребенком 87,6%.

В ходе социологического исследования среди педагогов школ установлено, что до начала внедрения профилактических программ только 44,3% имели опыт обсуждения с учащимися проблем ВИЧ-инфекции. При этом чувствовали себя компетентными лишь 12,5%, не проходили обучение методам профилактики 73,0%, а были готовы пройти такое обучение только 35,7%. Причиной низкой мотивации являлось мнение о том,

Таблица 19

**Уровень информированности учащихся 9–11 классов до и после
внедрения профилактического модуля в общеобразовательных
школах Свердловской области, 2010–2011 гг., % правильных ответов**

<i>Вопросы анкеты</i>	<i>До внедрения n = 725</i>	<i>После внедрения n = 588</i>
В Свердловской области эпидемия ВИЧ-инфекции	49,8	77,3*
ВИЧ-инфекция может коснуться лично	17,4	40,2*
Пути передачи ВИЧ-инфекции, в целом: в том числе:	75,7*	85,0*
— половой	97,1	97,4
— наркотический	89,6	95,4*
— при нанесении татуировок, пирсинге	45,8	74,6*
— вертикальный	70,3	73,7
ВИЧ-инфекция не передается:	69,2	86,9*
— при поцелуях	88,0	94,2*
— в быту	92,4	97,3
Можно заразиться при однократном применении внутривенных наркотиков	58,9	77,4*
ВИЧ — причина СПИДа	75,6	87,1*
ВИЧ оказывает разрушительное действие на иммунную систему организма	62,6	86,9*
Человек с ВИЧ-инфекцией может выглядеть здоровым	64,0	84,3*
После заражения ВИЧ человек сразу является источником инфицирования	30,3	57,5*
Излечение ВИЧ-инфекции невозможно	43,2	65,4*
После предполагаемого заражения сдать ана- лиз крови на ВИЧ через 3 и 6 месяцев	26,9	62,5*
Оценка своего риска инфицирования:	58,0	43,3*
— нет риска	42,0	56,7*
— риск есть		
Недопустимо любое употребление наркотиков	88,4	92,7*
Знают, куда обратиться:		
— сдать анализ на ВИЧ	42,7	76,6*
— при возникновении риска инфицирования ВИЧ	29,6	74,2*
Принимали участие в профилактических акциях	12,5	79,0*
Хотели бы стать волонтерами	12,6	21,2*

* — различия достоверны ($p < 0,001$).

**Уровень информированности родителей учащихся 9–11 классов
до и после внедрения профилактического модуля по ВИЧ-инфекции
в школах Свердловской области, 2010–2011 гг., % правильных ответов**

<i>Вопросы анкеты</i>	<i>До внедрения n = 476</i>	<i>После внедрения n = 415</i>
В Свердловской области эпидемия ВИЧ-инфекции	71,9	94,8*
ВИЧ — причина СПИДа	70,6	87,1*
Человек с ВИЧ-инфекцией может выглядеть здоровым	73,2	86,2*
ВИЧ разрушает иммунную систему организма	79,4	92,4*
После заражения ВИЧ человек сразу является источником инфицирования	51,5	62,2*
После предполагаемого заражения сдать анализ крови на ВИЧ необходимо через 3 и 6 месяцев	39,2	66,4*
Излечение ВИЧ-инфекции невозможно	65,3	72,5*
Оценка своего риска инфицирования:		
— нет риска	58,1	40,9*
— риск есть	41,9	59,1*
Знают, куда обратиться:		
— сдать анализ на ВИЧ	76,2	87,1*
— при возникновении риска инфицирования	46,3	81,2*

* — различия достоверны ($p < 0,001$).

что профилактикой должен заниматься медицинский работник (89,2%) или достаточно получать информацию в СМИ (73,1%). Поддерживали введение курса по профилактике ВИЧ-инфекции для старшеклассников только 41,9%. После внедрения профилактического модуля достоверно повысился уровень информированности педагогов (табл. 21). Признали себя компетентными в передаче знаний о ВИЧ-инфекции учащимся 76,3%, практически все считают необходимым внедрение данной программы в школах (99,0%).

На основании полученных положительных итогов пилотного проекта с нашим участием была разработана унифицированная программа «Профилактика ВИЧ-инфекции

**Уровень информированности педагогов общеобразовательных школ
Свердловской области до и после внедрения профилактического
модуля в школах, 2010–2011 гг., % правильных ответов**

<i>Вопросы</i>	<i>До внедрения n = 131</i>	<i>После внедрения n = 98</i>
ВИЧ — причина СПИДа	73,0	97,9*
ВИЧ-инфекция передается при нанесении татуировок, пирсинге	73,4	90,6*
Человек с ВИЧ-инфекцией может выглядеть здоровым	78,3	97,8*
ВИЧ разрушает иммунную систему организма	91,5	100,0*
Период серонегативного окна — это состояние, когда организм еще не успел выработать антитела к вирусу и выявить ВИЧ-инфекцию невозможно	57,9	90,4*
После заражения ВИЧ человек сразу является источником инфицирования	47,3	78,1*
После предполагаемого заражения сдать анализ крови на ВИЧ необходимо через 3 и 6 месяцев	35,7	85,6*
Знают, куда обратиться: — сдать анализ на ВИЧ — при возникновении риска инфицирования	75,4 56,0	99,0* 100,0*

* — различия достоверны ($p < 0,001$).

в образовательных учреждениях Свердловской области» и утверждена совместным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 01.12.2011 г. № 1344-п/855-и «О внедрении программы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях Свердловской области». В соответствии с приказом утвержденная программа подлежит внедрению в образовательных учреждениях во всех муниципальных образованиях Свердловской области. Данным приказом также утверждены разработанные с нашим участием методические рекомендации «Организация работы по профилактике ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях Свердловской области». Таким образом, Свердловская

область стала первым субъектом Федерации, где на межведомственном уровне по результатам пилотного проекта принято согласованное решение об обязательном внедрении во всех муниципальных образованиях специальной программы по профилактике ВИЧ-инфекции для учащихся старших классов общеобразовательных учреждений.

На муниципальном уровне при реализации данного приказа соблюдается межведомственный принцип. На основании решения муниципальной межведомственной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции реализация профилактической программы в образовательных учреждениях включается в межведомственный комплексный план муниципального образования по профилактике ВИЧ-инфекции. При этом предусматривается привлечение к методической и консультативной помощи филиала ОЦ СПИД и учреждения здравоохранения. Приказом органа управления образованием МО закрепляется порядок внедрения программы в образовательных учреждениях МО при взаимодействии с ОЦ СПИД или филиалом ОЦ СПИД. Порядок внедрения программы предусматривает несколько этапов: подготовку специалистов-тьюторов, педагогов, введение программы в учебный процесс в образовательных учреждениях, мониторинг и контроль результативности профилактической программы.

Подготовка специалистов-тьюторов осуществляется из числа работников информационно-методических центров органов управления образованием МО и выполняется совместно специалистами ОЦ СПИД и Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции министерства общего и профессионального образования Свердловской области. Подготовленными тьюторами далее проводится обучение педагогов образовательных учреждений МО как непосредственных исполнителей реализации программы профилактики ВИЧ-инфекции. Подготовка педагогов осуществляется по специально разработанной обучающей программе «Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях Свердловской области» для специалистов образовательных учреждений, утвержденной Министерством общего и профессионального образования и Министерством здравоохранения Свердловской области. ОЦ СПИД ежегодно

проводит семинары-супервизии для специалистов-тьюторов и педагогов — исполнителей программы. Следует отметить, что Свердловский ОЦ СПИД — единственное в стране специализированное учреждение здравоохранения, получившее лицензию Министерства общего и профессионального образования области на проведение дополнительного образования по первичной профилактике ВИЧ-инфекции в связи с внедрением разработанных обучающих программ.

В образовательных учреждениях муниципальных образований программа профилактики ВИЧ-инфекции реализуется в 9–11 классах в форме проведения специальных уроков и путем включения вопросов ВИЧ-инфекции в преподаваемые учебные предметы. Наряду с обучением старшеклассников внедрение программы в школах предусматривает родительский всеобуч.

Мониторинг и контроль результативности реализации программ превентивного обучения по профилактике ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях области осуществляются как на муниципальном, так и на региональном уровнях в соответствии с распоряжением Правительства Свердловской области от 17.05.2013 г. № 629-РП. Отчеты о реализации программы в образовательных учреждениях МО направляются в Министерство общего и профессионального образования по разработанной форме. Кроме этого, в форму ежегодного отчета муниципальных образований по результативности мероприятий по ограничению распространения ВИЧ-инфекции (утверждена первым заместителем председателя Правительства Свердловской области) включены вопросы по количеству тьюторов, прошедших обучение по программе профилактики ВИЧ-инфекции, педагогов, обученных тьюторами, числу образовательных учреждений, в которых внедрена программа профилактики ВИЧ-инфекции. Отчеты МО направляются в адрес Министерства здравоохранения (ОЦ СПИД) для анализа и подготовки сводного отчета.

На уровне муниципалитета осуществляется ежегодный мониторинг результативности реализации программы профилактики по данным анкетирования учащихся, педагогов и родителей в образовательных учреждениях с использованием

разработанной унифицированной анкеты. Результаты анкетирования представляются на муниципальной координационной комиссии. Для мониторинга на областном уровне ОЦ СПИД совместно с Министерством общего и профессионального образования проводят выборочное анкетирование в различных муниципальных образованиях. Результаты мониторинга и контроля ОЦ СПИД представляет на муниципальных координационных комиссиях при проведении комплексных выездных мероприятий, а также на координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции при правительстве Свердловской области.

Таким образом, для усиления первичной профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи в Свердловской области сформирована система превентивного обучения в образовательных учреждениях, реализация которой на региональном и муниципальном уровнях основана на принципах унифицированного подхода, межведомственного взаимодействия, системности и контроля результативности. Координирующими органами на уровне субъекта Федерации являются координационная комиссия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции при правительстве Свердловской области, Министерство здравоохранения Свердловской области с головным специализированным учреждением ОЦ СПИД и Министерство общего и профессионального образования Свердловской области, а на муниципальном уровне — муниципальная координационная комиссия, филиал ОЦ СПИД в управленческом округе (учреждение здравоохранения) и орган управления образования в муниципальном образовании.

Для оценки результативности внедрения в школах области профилактической программы нами использованы данные социологического опроса учащихся старших классов в 2013 году в рамках мониторинга. Анкетирование показало, что с 2011-го по 2013 год для учеников повысилась значимость учителей в предоставлении информации о ВИЧ-инфекции (до 75,3%, $p < 0,001$) и использование тематических брошюр (до 52,6%, $p < 0,001$), что подтверждает активизацию профилактической работы в школах. Уровень информированности учеников по основным вопросам профилактики ВИЧ-инфекции

возрос до 90%, а доля оценивших свой риск инфицирования как низкий — до 87,9% ($p < 0,001$), что может быть оценено как результат получения знаний и навыков по профилактике заражения.

Наряду с организацией профилактики ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи в условиях промышленно развитого субъекта Федерации специальное внимание было уделено усилению первичной профилактики среди работающей молодежи. В рамках этого направления внедрение программ превентивного обучения профилактике ВИЧ-инфекции было распространено на государственные учреждения профессионального образования на основании приказа Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 30.08.2013 г. № 567-и. Наряду с этим в 2009 году с нашим участием была разработана и внедрена обучающая программа «Профилактика ВИЧ в сфере труда», которая включает вопросы: обследование на ВИЧ, пути передачи и способы профилактики заражения ВИЧ, беременность и ВИЧ, правовые аспекты. Обучение проводится на предприятиях, в том числе в рамках учебы по охране труда. Обучающая программа в последние годы реализуется в комплексе с организацией на предприятии экспресс-тестирования на условиях добровольности и конфиденциальности. В 2013 году экспресс-тестирование прошли около 5000 работников крупных предприятий.

Для усиления межведомственного взаимодействия при организации профилактики ВИЧ-инфекции среди работающего населения заключено трехстороннее соглашение «Об организации взаимодействия Министерства здравоохранения Свердловской области, Федерации профсоюзов Свердловской области и Департамента по труду и занятости населения Свердловской области по реализации на промышленных предприятиях, в организациях и учреждениях Свердловской области профилактических мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции» (2013 год). В соглашении одной из задач Департамента по труду и занятости признано лоббирование включения в коллективные договоры обязательств по проведению информационно-разъяснительной работы по профилактике ВИЧ-инфекции, распространение информации в службах

занятости. Федерация профсоюзов области включила вопросы профилактики ВИЧ-инфекции в учебные планы для инженеров по охране труда, профсоюзного актива. Специалистами ОЦ СПИД обеспечивается методическое и информационное сопровождение. Выполнение мероприятий заслушивается на заседаниях областной трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Нами выполнен анализ результативности первичной профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи на основе оценки динамики эпидемиологических показателей в целевой группе 15–19 лет, в том числе подростков 15–17 лет. Важным критерием результативности проводимой в систематическом режиме профилактической работы среди подростков и молодежи является снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Анализ показал, что первичная заболеваемость молодежи 15–19 лет за период с 2009 года (до введения программ превентивного обучения) к 2013 году (после их внедрения) снизилась в 1,2 раза — с 71,4 до 59,6 на 100 тысяч населения. Доля лиц 15–19 лет среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных — в 2,3 раза — с 4,2% до 1,8%. Первичная заболеваемость подростков 15–17 лет снизилась с 45,1 на 100 тысяч в 2009 году до 31,7 в 2013 году. После роста уровня выявляемости ВИЧ среди подростков 15–17 лет в 2007–2011 гг. в 2012–2013 гг. произошло достоверное снижение данного показателя в 1,6 раза — с 1517,9 до 963,0 на 100 тысяч обследованных, при увеличении охвата скрининговыми обследованиями с 2,2% до 3,2%. По результатам экспресс-тестирования, более доступного для молодежи метода обследования, в период с 2011 года по 2013 год также отмечено снижение выявляемости ВИЧ среди подростков — с 1234,6 до 1101,5 на 100 тысяч обследованных.

Тенденции снижения в 2009–2013 гг. уровня первичной заболеваемости в возрастной группе 15–19 лет и доли молодых людей данного возраста в структуре всех впервые выявленных с ВИЧ-инфекцией, а в 2012–2013 гг. также выявляемости ВИЧ-инфекции среди подростков 15–17 лет при увеличении охвата обследованиями нами расцениваются как результат активизи-

зации первичной профилактики среди учащейся и работающей молодежи.

Таким образом, выявленные положительные изменения эпидемиологических показателей распространения ВИЧ-инфекции среди молодежи 15–19 лет, в том числе подростков 15–17 лет, в комплексе с полученными результатами социологических исследований, представленными в данной главе, свидетельствуют о результативности первичной профилактики ВИЧ-инфекции при широком внедрении во всех МО области в условиях межведомственного взаимодействия программ превентивного обучения в образовательных учреждениях.

3.3. Межведомственное взаимодействие в организации вторичной профилактики ВИЧ-инфекции

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» (компонент «ВИЧ/СПИД») и областных целевых программ по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области в 2006–2013 гг. охватывала мероприятия, направленные на все виды профилактики ВИЧ-инфекции — первичную, вторичную и третичную. Министерством здравоохранения Свердловской области были поставлены пять основных задач, решение которых позволит повлиять на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции среди населения:

- профилактика новых случаев заражения среди различных групп населения;
- раннее выявление ВИЧ-инфекции, повышение доступности и качества обследования и консультирования;
- профилактика утяжеления заболевания и летальных исходов, повышение качества диспансерного наблюдения и лечения, формирование приверженности;
- профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
- профилактика заражения при исполнении профессиональных обязанностей.

При активном вовлечении женщин в эпидемию ВИЧ-инфекции, наряду с мерами первичной профилактики (информационно-образовательные программы, индивидуальное

консультирование по предотвращению полового и наркотического пути заражения), в Свердловской области реализуется блок мероприятий вторичной и третичной профилактики — организация обследований на ВИЧ-инфекцию, раннее выявление и диспансерное наблюдение, своевременное назначение химиопрофилактики вертикального пути передачи ВИЧ от матери ребенку и лечения (Прохорова О. Г., Ножкина Н. В., Подымова А. С., 2014).

Нами проведена оценка результативности программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции на основе сравнительного анализа комплекса эпидемиологических показателей, а также показателей, характеризующих охват профилактическими и медицинскими услугами и приверженность медицинскому наблюдению и лечению:

- охват ВИЧ-инфицированных диспансерным наблюдением;
- доля вставших на диспансерный учет в первый год после выявления ВИЧ-инфекции;
- охват полным курсом химиопрофилактики — доля получивших полный курс химиопрофилактики (во время беременности, в родах и новорожденному) от числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин;
- уровень вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку — доля детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией от числа детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей;
- охват антиретровирусной терапией женщин — доля получивших АРВТ от числа нуждавшихся в терапии;
- охват иммунологическими обследованиями женщин — доля женщин, прошедших иммунологические обследования, от числа ВИЧ-инфицированных женщин.

В Свердловской области порядок организации диагностики ВИЧ-инфекции предусматривает доступность для женщин обследований по программе скрининга в лечебно-профилактических учреждениях, а также методом экспресс-тестирования, в том числе в связи с беременностью. Регламентирующими документами являются: санитарные правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»; приказ Министерства здраво-

охранения Свердловской области и Управления Роспотребнадзора по Свердловской области от 17.09.2007 г., от 18.09.2007 г. №862-п, №01–01/417 «О совершенствовании системы выявления и учета ВИЧ-инфекции и гемоконтактных гепатитов в медицинских учреждениях Свердловской области»; приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.12.2003 г. №606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ»; приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.11.2012 г. №1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области».

За период реализации национального проекта «Здоровье» и областных целевых программ в 2006–2013 гг. обеспечение надлежащего финансирования мероприятий по выявлению ВИЧ-инфекции, межведомственного взаимодействия и совершенствование медико-организационных подходов позволили увеличить охват населения области обследованиями в 1,5 раза — с 12,9% до 19,9%, а в 31 МО (из 73) уровень скрининга в 2013 году составлял от 20,0% (Ивдельский городской округ) до 36,2% (городской округ Краснотурьинск). Во многом от уровня охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию, в том числе групп с высоким риском инфицирования, зависит уровень первичной заболеваемости. В 2013 году из 55 МО области, где зарегистрирован рост ВИЧ-инфекции по сравнению с 2012 годом, в 49 наблюдалось увеличение объема скрининговых обследований населения.

Для увеличения охвата обследованиями, особенно в уязвимых для заражения ВИЧ группах населения, в 2008 году в 13 крупных МО области, в том числе в Екатеринбурге, внедрен низкороговый метод экспресс-тестирования, наиболее доступный для групп повышенного риска по ВИЧ-инфекции (ПИН, КСР), а также для молодежи. К 2013 году число прошедших экспресс-тестирование увеличилось в 8,6 раза (с 2303 до 19822 человек), при этом 70% составили лица до 30 лет. Среди прошедших экспресс-тестирование в 2011–2013 гг. женщины составляли 48,4–50,2%. Сравнительный анализ показал, что выявляемость

ВИЧ-инфекции при экспресс-тестировании выше, чем при скрининге, среди общего населения в 5,1–5,8 раза, а среди групп повышенного риска — в 3,0–3,3 раза (табл. 22).

Доля новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных при экспресс-тестировании с подтверждением классическим методом, составила в общем числе первичных случаев в 2011 году 7,8%, в 2012 году — 9,5%, в 2013 году — 11,4%.

Таблица 22

Выявляемость ВИЧ-инфекции среди населения и групп высокого риска при скрининговых обследованиях и экспресс-тестировании в Свердловской области, 2011–2013 гг., на 100000 обследованных

Годы	Скрининг		Экспресс-тестирование	
	население	группы риска	население	группы риска
2011	600,4	7251,7	3437,8	23950,2
2012	600,1	7384,8	3456,6	20402,8
2013	585,9	6849,2	3012,2	20497,2

Увеличение охвата обследованиями способствовало более раннему выявлению ВИЧ-инфекции. Среди женщин доля впервые выявленных с низкими иммунологическими показателями (клетки CD-4 ниже 350) в 2013 году достоверно снизилась в 1,3 раза по сравнению с 2008 г., наиболее выраженное снижение отмечалось среди женщин в возрасте до 25 лет (табл. 23).

Таблица 23

Доля женщин, впервые выявленных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (уровень CD-4 < 350 клеток) в разных возрастных группах, %

Годы	15–19 лет	20–24 лет	25–29 лет	30–34 лет	35 лет и >	Всего
2008	40,0	36,7	43,3	55,8	54,8	43,7
2009	39,1	31,8	43,7	52,8	52,4	41,6
2010	24,1	35,2	33,5	35,9	54,7	38,6
2011	16,7	26,9	30,7	35,8	50,0	36,5
2012	10,3	24,8	34,1	33,9	50,9	36,9
2013	6,5	21,7	31,9	33,8	47,0	34,6*

* — различия достоверны по сравнению с 2008 г. ($p < 0,01$).

Увеличение числа обследованных на ВИЧ и выявленных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции сопровождалось возрастанием доли ВИЧ-инфицированных женщин, поставленных на диспансерный учет, в 2013 году до 88,7% от всех выявленных, в том числе в год выявления ВИЧ-инфекции больше в 1,7–2,1 раза (в разных возрастных группах) по сравнению с 2008 г. Среди женщин доля вставших на диспансерный учет в 1,2–1,6 раза выше, чем среди мужчин (табл. 24). Следует отметить, что доля вставших на диспансерный учет среди лиц, выявленных в ОЦ СПИД, в том числе на мобильном пункте экспресс-тестирования, выше, чем среди выявленных в других ЛПУ, в 2012 году 82,2% и 54,5% соответственно. Это обусловлено качеством проведения до- и послетестового консультирования обученными специалистами. Для повышения эффективности организации обследований совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты населения Свердловской области от 16.11.2011 г. № 918-п/838 поручено ОЦ СПИД осуществлять обучение специалистов учреждений здравоохранения и других субъектов профилактики вопросам направления на диагностику ВИЧ-инфекции, до- и послетестовому консультированию.

Таблица 24

Доля вставших на диспансерный учет в год выявления ВИЧ-инфекции, %

Возраст, лет	2008 г.		2013 г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
15–19	0,0	33,3	0,0	58,3
20–24	27,6	39,2	44,9	69,7
25–29	25,4	38,9	50,2	65,3
30–34	26,0	31,8	54,3	66,0
35 и старше	26,2	33,5	52,7	68,1

В комплексе мер вторичной профилактики среди ВИЧ-инфицированных женщин особое значение принадлежит планированию беременности и профилактике перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку. До 2012 года ППМР в Свердловской области проводилась в соответствии с приказом

Минздрава России от 19.12.2003 г. № 606, согласно которому тестирование на ВИЧ беременных женщин осуществлялось двукратно: при первичном обращении по поводу беременности и, если инфицирование не выявлено, в третьем триместре (34–36 недель). Женщинам, не прошедшим тестирование во время беременности, рекомендовалось пройти обследование при госпитализации на роды в акушерский стационар.

В условиях генерализованной эпидемии данных мер по выявлению ВИЧ-инфекции среди беременных для проведения своевременной химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку недостаточно. Наши исследования показали, что в период 2010–2011 гг. у 18,9% детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, причиной инфицирования явился серонегативный период у матери при обследовании во время беременности.

В связи с высокой актуальностью проблемы передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Свердловской области принят приказ Министерства здравоохранения от 28.11.2012 г. № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области». Он предписывает трехкратное обследование на ВИЧ беременных женщин и однократное обследование их половых партнеров с целью исключения серонегативного периода как причины заражения женщин и детей. В 2013 году обследовано 40% половых партнеров, показатель выявляемости составил 610,0 на 100 тысяч обследованных, что в 1,8 раз выше, чем среди женщин.

В последние годы заражение детей раннего возраста ВИЧ-инфекцией обусловлено практически на 100% перинатальной передачей от ВИЧ-инфицированной матери. С целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным ВИЧ-инфицированным женщинам показано назначение трехэтапной антиретровирусной профилактики.

Процесс организации своевременного выявления, диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных сопряжен с большим количеством немедицинских проблем, решение которых лежит в сфере деятельности не только учреждений здравоохранения, но и других служб, прежде всего социальной защиты населения.

Распространение ВИЧ-инфекции зачастую связано с девиантным поведением (употреблением психоактивных веществ, беспорядочными половыми связями и т. д.). Большинство ВИЧ-инфицированных относятся к категории граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся как в медицинской, так и в психологической помощи и социальной поддержке.

Проведенный нами эпидемиологический анализ свидетельствует, что среди кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных женщин, выявленных в Свердловской области, 38,2% инфицировались при употреблении инъекционных наркотиков. По результатам изучения медико-социальных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин, решивших сохранить беременность в 2008–2012 гг., 73,1% ранее употребляли наркотики, при этом 45,4% продолжали принимать наркотики во время беременности.

Потребители наркотиков являются «закрытой» группой для учреждений здравоохранения в силу своей социальной уязвимости, что негативно отражается на приверженности медицинскому наблюдению. Так, в 2008 году доля выявленных ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших качественное диспансерное обследование, составляла только 37,1%. При этом доля впервые выявленных женщин с низкими иммунологическими показателями составляла 43,7%, что свидетельствовало о выраженной стадии развития заболевания. Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин химиопрофилактикой ППМР до 2009 года не достигал нормативного показателя (85%). Кроме того, с ВИЧ-инфекцией связана проблема социального сиротства: в области с 1997 года зарегистрировано 711 отказных и изъятых детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, в том числе у 123 детей подтвержден диагноз «ВИЧ-инфекция», что в 5,6 раза выше показателя среди неотказных детей.

3.4. Межведомственная модель организации медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных

Для осуществления мероприятий по профилактике, лечению ВИЧ-инфекции и химиопрофилактике ППМР нередко требуется одновременно помочь женщине решить проблемы социального и психологического характера. Как уже отмечено, положительный опыт оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным семьям имеется в Санкт-Петербурге. Там организационная модель предусматривает создание на базе городского центра СПИД отделения материнства и детства с социально-психологической службой, которое взаимодействует с районными медико-социальными службами, городским комитетом по социальной политике и его районными отделениями и МО на территории мегаполиса. Совместно со специалистами центра СПИД участковые терапевты и педиатры отделений хронических инфекций районных ЛПУ и сотрудники социальных служб по месту жительства выполняют контроль над состоянием здоровья пациентов, приемом препаратов, регулярностью обследования (Жолобов В. Е., 2011; Ястребова Е. Б., 2011).

Вместе с тем модель, используемая в условиях города федерального значения, не может быть в полной мере применена для субъектов Российской Федерации в статусе области, края, имеющих отличия по административно-территориальному и муниципальному устройству, сложившимся формам децентрализации на уровне местного самоуправления.

В связи с переходом муниципального здравоохранения и служб социальной защиты учреждения в ведение областных органов исполнительной власти требуется адаптировать подходы для координации взаимодействия с органами местного самоуправления.

В Свердловской области разработана и внедрена модель организации оказания комплексной медико-социальной помощи, которая позволяет обеспечить во всех муниципальных образованиях унифицированный подход и согласованное межведомственное взаимодействие при медико-социальном сопровождении лиц, уязвимых к ВИЧ-инфекции (Прохорова О. Г., Подымова А. С., Ножкина Н. В., 2013).

Наряду с оказанием медицинских и социальных услуг лицам с выявленной ВИЧ-инфекцией, межведомственный мультидисциплинарный подход применяется и по отношению к лицам из уязвимых к ВИЧ-инфекции групп, не проходившим обследование, начиная с этапа первичного обращения за помощью. При этом как на региональном, так и на муниципальном уровнях осуществляется координация межведомственного взаимодействия служб здравоохранения, социальной защиты населения, при необходимости ГУМВД и ГУФСИН.

Организация медико-социального сопровождения женщин и детей имеет свои особенности, обусловленные решением специфичного комплекса задач: раннего выявления ВИЧ-инфекции, формирования приверженности диспансерному наблюдению и лечению, снижения уровня ППМР, отказов от ребенка.

На рис. 15 представлена организационная структура системы межведомственного взаимодействия при медико-социальном сопровождении женщин и детей с проблемой ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях в Свердловской области.

Координирующую роль по оказанию комплексной помощи женщинам и детям выполняет комиссия при правительстве Свердловской области по противодействию распространению ВИЧ-инфекции. На уровне субъекта Федерации в организационной структуре представлены: Министерство здравоохранения Свердловской области с головным специализированным учреждением ОЦ СПИД, а также областными диспансерами (туберкулезный, наркологический, кожно-венерологический), Министерство социальной политики Свердловской области, комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, ГУ МВД России по Свердловской области, ГУФСИН России по Свердловской области, общественные организации, работающие в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

На муниципальном уровне организационная структура включает: муниципальную координационную комиссию по противодействию распространению ВИЧ-инфекции, территориальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, пять филиалов ОЦ СПИД в управленческих округах Свердловской области, кабинеты инфекционных заболеваний

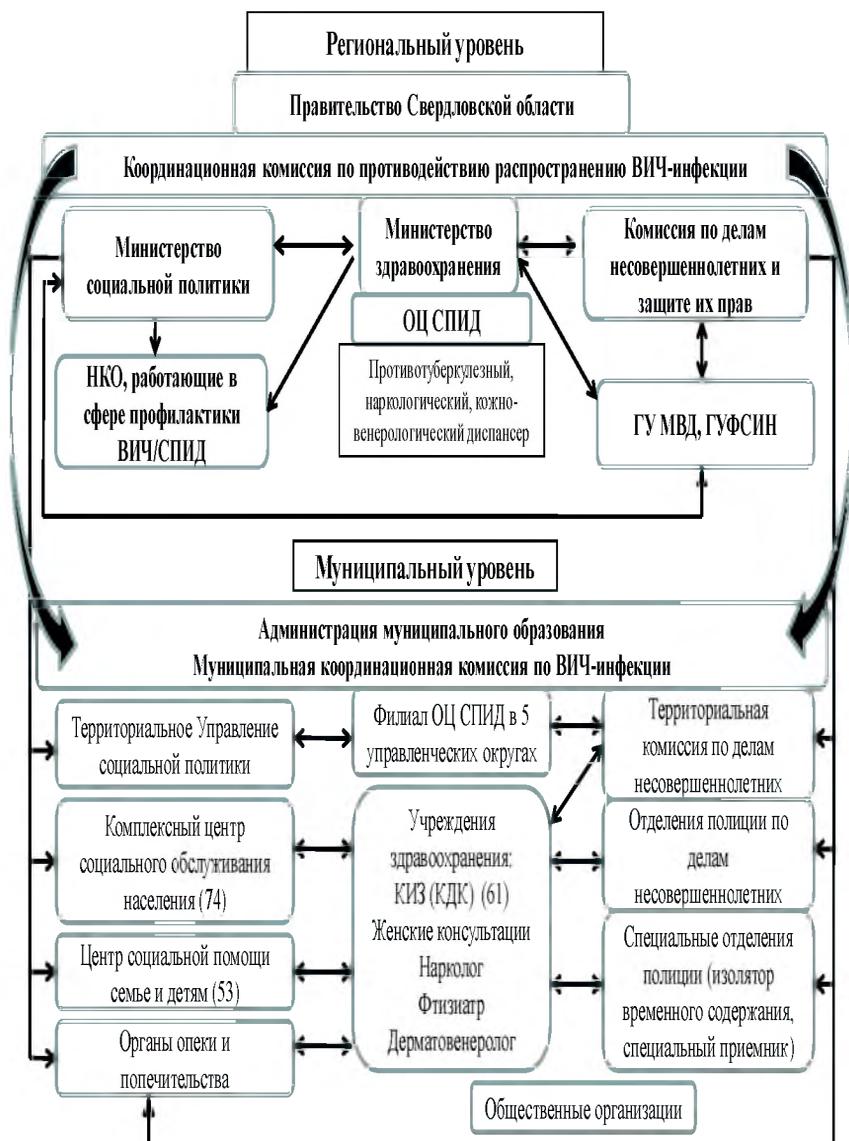


Рис. 15. Организационная структура системы межведомственного взаимодействия при медико-социальном сопровождении женщин и детей с проблемой ВИЧ-инфекции в Свердловской области

(клинико-диагностические кабинеты) государственных учреждений здравоохранения в муниципальных образованиях области, управления социального обслуживания населения, государственные центры социальной помощи семье и детям и комплексные центры социального обслуживания населения, территориальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделения полиции по делам несовершеннолетних, специальные подразделения полиции (изолятор временного содержания, специальный приемник).

Разработанная организационно-функциональная модель медико-социального сопровождения женщин и детей с ВИЧ-инфекцией апробирована и внедрена в Свердловской области на основании межведомственных документов: приказа Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты населения Свердловской области от 16.09.2011 г. №918-п/от 19.09.2011 №838 «Об организации взаимодействия системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области», соглашения между Министерством здравоохранения Свердловской области и ГУ МВД России по Свердловской области от 23 апреля 2013 г. №2013/03–10/10 «Об организации взаимодействия учреждений здравоохранения и правоохранительных органов по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области», а также соглашений о совместной деятельности ОЦ СПИД и общественных организаций, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

В МО утверждаются приказы о взаимодействии учреждения здравоохранения и учреждения социального обслуживания населения в части раннего выявления ВИЧ-инфекции и комплексного оказания медицинской и социально-психологической помощи женщинам и семьям с проблемой ВИЧ-инфекции, с каждой стороны назначаются доверенные специалисты. Наряду с этим утверждаются соглашения о совместной деятельности учреждения здравоохранения и территориального отдела МВД в части обследования на ВИЧ лиц, находящихся в специальных учреждениях полиции (изолятор временного содержания, специальный приемник), с их добровольного согласия,

а также о размещении в подразделениях полиции информационных стендов по профилактике, выявлению и лечению ВИЧ-инфекции.

На рис. 16 представлена схема реализуемой в Свердловской области организационно-функциональной модели медико-социального сопровождения женщин при выявлении факторов риска, обследовании и выявлении ВИЧ-инфекции.

При обращении женщины в какой-либо из субъектов профилактики — учреждение здравоохранения, социальной защиты, на пункт низкопорогового доступа к обследованию, профилактике и медико-социальным услугам или в связи с пребыванием в изоляторе временного содержания системы МВД — работник, прошедший подготовку в ОЦ СПИД (в учреждении здравоохра-

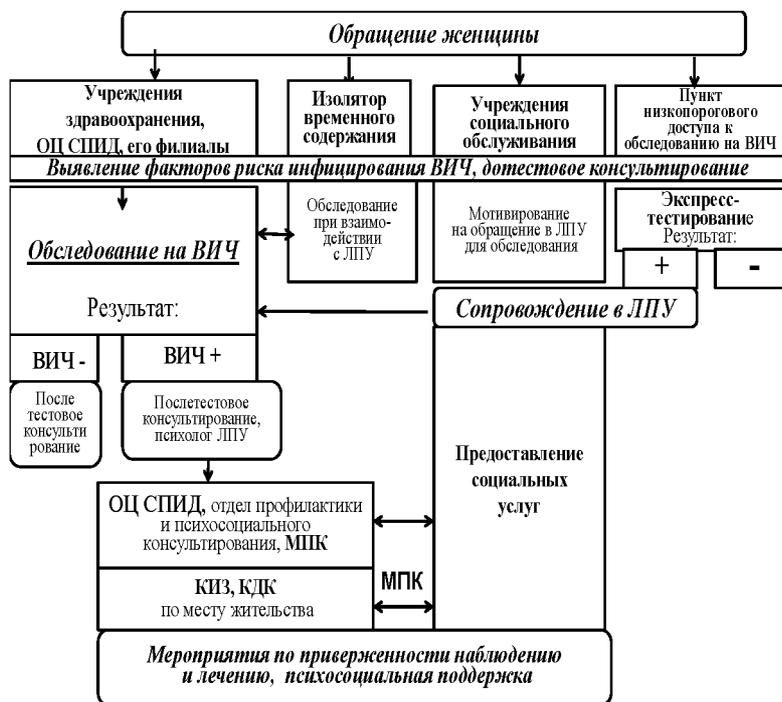


Рис. 16. Организационно-функциональная модель медико-социального сопровождения женщин на этапе выявления ВИЧ-инфекции в Свердловской области

нения — врач-терапевт, акушер-гинеколог, фтизиатр, нарколог, дерматовенеролог, врач другого профиля либо фельдшер, медсестра; в учреждении социального обслуживания населения — специалист по социальной работе, социальный работник, психолог; на пункте низкопорогового доступа — консультант), целенаправленно выясняет анамнез для выявления факторов инфицирования ВИЧ и направляет на обследование после обязательного проведения дотестового консультирования.

Специалист учреждения социального обслуживания обеспечивает сопровождение обратившейся женщины в ЛПУ для обследования на ВИЧ, так же как специалист пункта низкопорогового доступа в случае положительного результата экспресс-теста. Обследование женщин, пребывающих в изоляторе временного содержания, проводится при взаимодействии с ЛПУ в соответствии с порядком, установленным межведомственным соглашением между Министерством здравоохранения и ГУМВД области. При положительном результате на ВИЧ при обследовании в ЛПУ женщина проходит послетестовое консультирование, прием у психолога и направляется для постановки на диспансерное наблюдение в ОЦ СПИД либо КИЗ/КДК по месту жительства. При эпидемиологическом расследовании выясняются контактные лица, которые в соответствии с установленным порядком подлежат обследованию и наблюдению.

Женщина с ВИЧ-инфекцией может быть также направлена для медико-социального сопровождения после освобождения из мест лишения свободы, где на межведомственной основе функционируют мультипрофессиональные команды (МПК) специалистов, оказывающие комплексную помощь заключенным и освобождающимся из заключения.

Дальнейшее сопровождение женщины (семьи с ребенком) с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется мультипрофессиональной командой. В ОЦ СПИД МПК создается на базе отдела профилактики и психосоциального консультирования, в его филиалах в штате имеются специалисты по социальной работе и психологи. Если наблюдение ВИЧ-инфицированной женщины (семьи с ребенком) осуществляют КИЗ/КДК в ЛПУ по месту жительства на территории муниципального образования, то МПК формируется совместно с учреждением социальной

защиты на основе межведомственного взаимодействия и состоит со стороны учреждения здравоохранения из врача-инфекциониста (фельдшера) и медицинской сестры КИЗ/КДК, со стороны учреждения социального обслуживания населения — из специалиста по социальной работе и психолога. В состав МПК может входить «равный консультант» — ВИЧ-инфицированный, приверженный лечению, прошедший специальную подготовку. Важным моментом является самостоятельное функционирование МПК на муниципальном уровне без непосредственного участия ОЦ СПИД. В данном случае ОЦ СПИД выполняет методическую и консультативную функцию.

Алгоритм действий МПК при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных женщин и семей с детьми, состоящих под наблюдением в ОЦ СПИД (филиалах) или КИЗ/КДК (рис. 17), может быть представлен в виде последовательных этапов: 1 — выявление социальных проблем; 2 — диагностика проблем; 3 — реабилитация; 4 — оценка результатов и дальнейшее сопровождение.

1 этап — выявление социальных проблем женщины. При обращении ВИЧ-инфицированной женщины в ОЦ СПИД либо в КИЗ/КДК по месту жительства врачом (фельдшером) проводится выяснение основных медицинских, социальных и психологических факторов, способствующих формированию трудной жизненной ситуации, которые могут препятствовать приверженности диспансерному наблюдению, профилактике ППМР, АРВТ и, как следствие, привести к неблагоприятным медицинским и социальным последствиям: утяжелению заболевания женщины, рождению ВИЧ-инфицированного ребенка, его смерти, отказу от ребенка, социальному сиротству, смерти женщины.

Пациентка информируется о службах, оказывающих социальные услуги, врачом (фельдшером) проводится работа по формированию у женщины мотивации на обращение в учреждение социального обслуживания населения к доверенному специалисту. При согласии пациентки на раскрытие информации об ее ВИЧ-статусе специалисту по социальной работе медицинский работник оформляет информированное согласие на передачу сведений в учреждение социального обслужи-

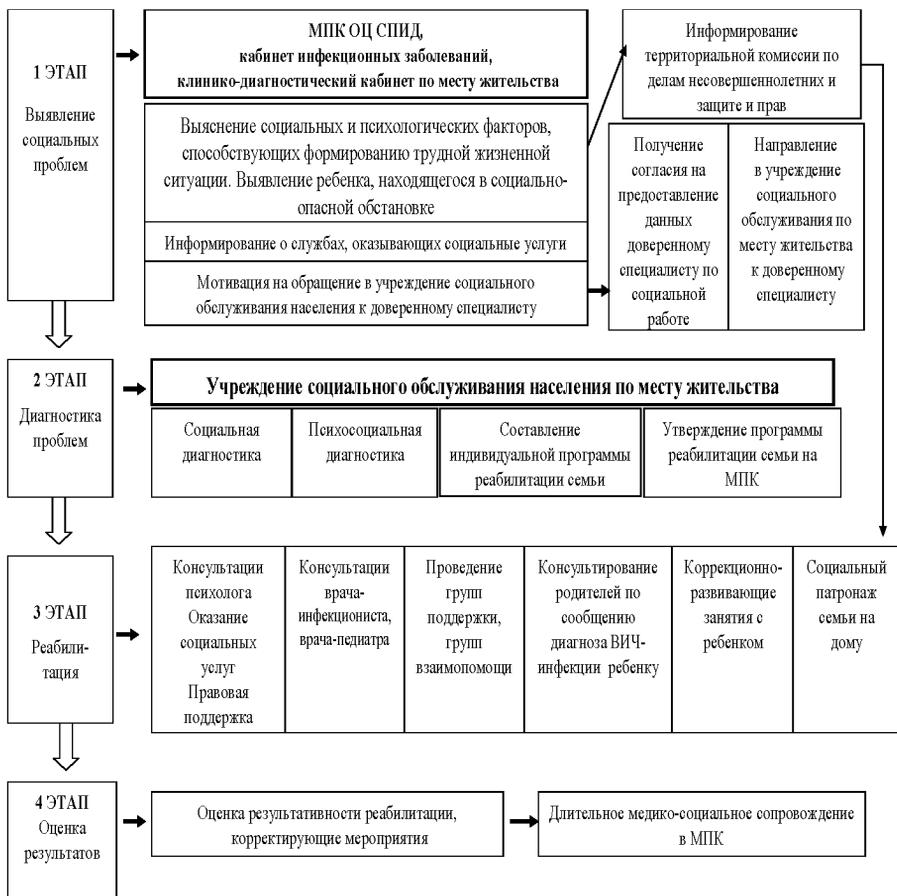


Рис. 17. Алгоритм действий мультипрофессиональной команды при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных женщин и семей с детьми

вания, которое подписывается пациенткой и представителем учреждения здравоохранения. При выявлении в семье ребенка, находящегося в социально опасной обстановке для его жизни или здоровья, решение проблемы осуществляется во взаимодействии с прокуратурой, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних.

2 этап — диагностика проблем женщины. При обращении ВИЧ-инфицированной женщины в учреждение социального обслуживания населения ей предоставляется подробная информация о видах социальных услуг и условиях их получения, предлагается заключить договор о социальных услугах, соблюдается строгая конфиденциальность информации. При согласии женщины осуществляется ее прием на социальное обслуживание, выявление потребностей и предоставление социальных услуг в соответствии с законодательством. Разрабатывается индивидуальная программа реабилитации с учетом медицинских, социальных и психологических факторов, повлиявших на формирование трудной жизненной ситуации, программа утверждается с участием всех членов МПК.

3 этап — реабилитационные мероприятия. Он включает консультации психолога, оказание социальных услуг, правовую поддержку. С семьями с детьми проводится работа по повышению приверженности приему АРВТ у детей и родителей, оказывается помощь по сообщению диагноза ВИЧ-инфекции ребенку. Осуществляется социальный патронаж на дому, проводятся коррекционно-развивающие занятия с ребенком, создаются группы для ВИЧ-инфицированных беременных. Новыми направлениями в работе являются группы по приверженности АРВТ для детей 5–8 лет, не знающих свой диагноз, и для их родителей; группы поддержки для детей 9–17 лет, знающих свой диагноз; группы психологического сопровождения родителей ВИЧ-инфицированных подростков; включение информации по ВИЧ-инфекции в программу «Школа приемных родителей». Проведение занятий осуществляется специалистами учреждений социального обслуживания, прошедшими обучение в ОЦ СПИД. С этой целью разработаны методические программы для специалистов учреждений социального обслуживания населения по консультированию ВИЧ-инфици-

рованных граждан, по сообщению диагноза ВИЧ-инфицированным детям и подросткам, по консультированию опекунов и родителей ВИЧ-инфицированных детей. Для информационной и психологической поддержки ВИЧ-инфицированных подростков, их родителей и специалистов, работающих с данной категорией семей, создан сайт (www.teensplus.ru), который пока является единственным в России. Важной составляющей данного этапа является постоянное взаимодействие специалистов по социальной работе, психолога с врачом-инфекционистом, наблюдающим женщину, и педиатром, наблюдающим ребенка.

4 этап — оценка результатов. Совместно доверенными специалистами учреждения социального обслуживания населения, врачом-инфекционистом и врачом-педиатром осуществляется оценка качества предоставляемых комплексных услуг и результативности выполнения программы реабилитации, назначаются корректирующие мероприятия, при необходимости женщина находится на длительном медико-социальном сопровождении в МПК.

Одним из субъектов профилактики является мобильный пункт низкопорогового доступа к обследованию, профилактике ВИЧ-инфекции и медико-социальным услугам для лиц, относящихся к уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения и группам повышенного риска (ПИН). Удельный вес женщин среди клиентов пункта — 40–45%. При реализации низкопорогового доступа уязвимым к ВИЧ-инфекции группам населения с учетом специфики профилактической работы с женщинами предоставляются следующие услуги:

- информация, информационные материалы о способах снижения риска заражения ВИЧ при употреблении наркотиков;
- экспресс-тестирование на ВИЧ, в случае положительного результата — направление/сопровождение в учреждение здравоохранения для обследования классическим методом или направление/сопровождение к врачу-инфекционисту КИЗ/КДК учреждения здравоохранения;
- направление/сопровождение во флюорографический кабинет, к дерматовенерологу, наркологу, другим специалистам, консультирование по вопросам получения наркологической помощи и реабилитации;

- направление к доверенному специалисту учреждения социального обслуживания населения для получения социальных услуг (восстановление документов, оформление регистрации, медицинского страхования и др.);
- предоставление профилактических средств (презервативы) и медикаментов (витамины, мази-венотоники).

В условиях генерализованной эпидемии организация экспресс-тестирования на мобильных пунктах играет важную роль в выявлении скрытых носителей инфекции, не доступных для здравоохранения. При экспресс-тестировании не требуются документов, мобильный пункт находится в местах, доступных для различных групп населения. Обученный в ОЦ СПИД консультант проводит до- и послетестовое консультирование по ВИЧ-инфекции, которое является эффективным методом индивидуальной профилактики.

Благодаря программам низкопорогового доступа для контактов с «закрытыми» группами высокого риска по ВИЧ/СПИДу нами совместно с Фондом «Российское здравоохранение» (г. Москва) выполнено социологическое исследование по оценке результативности профилактической работы, проводимой среди ПИН г. Екатеринбурга (табл. 25). Опрос проводился в 2013 году методом анонимного анкетирования. Результаты оценивались в сравнении с данными ранее проведенных исследований 2011 года.

Анонимным анкетированием в 2013 году были охвачены 380 респондентов, среди них 35,8% составляли женщины. Сравнительный анализ результатов за 2011 и 2013 годы показал повышение уровня информированности ПИН по ВИЧ-инфекции (до 61,0%, $p < 0,01$), о возможности бесплатного получения антиретровирусных препаратов (до 89,6%, $p < 0,001$) и мест получения (до 91,4%, $p < 0,001$). Повысилась доля применяющих меры профилактики заражения при введении наркотиков — использовавших на протяжении последних 30 дней только стерильные шприцы — до 76,1% ($p < 0,001$).

Вместе с тем, как видно из табл. 25, в среде ПИН сохраняются факторы, которые определяют высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией. Так, даже при статистически достоверном улучшении показателей доля респондентов, не пользовавшихся общей емкостью для наркотиков, возросла лишь до 52,9%, а постоянными клиентами профилактической программы

Оценка результатов профилактической работы среди потребителей инъекционных наркотиков, по данным анкетирования, 2011 и 2013 гг., %

<i>Вопросы</i>	<i>2011 г.</i>	<i>2013 г.</i>
Правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	50,2	61,0**
ВИЧ не передается через общую посуду с инфицированным человеком	84,7	92,5*
ВИЧ-инфицированный человек может получить препараты для лечения ВИЧ-инфекции бесплатно	79,8	89,6*
Знают места получения препаратов для лечения ВИЧ	68,1	91,4*
Использовали стерильный инструмент последние 30 дней	63,0	76,1*
Не набирали наркотики из общей емкости последние 30 дней	36,0	52,9*
В компании, где принимают наркотики, есть ВИЧ-инфицированные	82,0	85,3
Имели партнеров:		
— никогда не употреблявших наркотики	49,0	27,9*
— ВИЧ-инфицированных	46,0	53,5**
Проходили обследование на ВИЧ	80,0	84,7
Узнали свой результат	95,5	95,0
Поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция»	59,0	61,4
Является постоянным клиентом профилактической программы для наркопотребителей	13,7	27,9*

* — различия достоверны ($p < 0,001$); ** — ($p < 0,01$).

являются только 27,9% опрошенных. Возросла доля ответов, указывающих на наличие диагноза «ВИЧ-инфекция» (с 59,0 до 61,4%); что в компаниях, принимающих наркотики, есть ВИЧ-инфицированные (с 82,0 до 85,3%). Достоверно увеличилась доля ответивших, что имели ВИЧ-инфицированных половых партнеров (с 46,0 до 53,5%, $p < 0,01$), и уменьшилась доля тех, чьи партнеры никогда не употребляли наркотики (с 49,0 до 27,9%, $p < 0,001$).

На основании данных социологического исследования выполнена оценка степени влияния ряда медико-социальных факторов на заражение ВИЧ-инфекцией ПИН, использована методика Е. Н. Шигана, 1986 г. (табл. 26).

Исследование показало, что наибольший вклад вносят совместное использование шприцев с ВИЧ-инфицированными и наличие ВИЧ-инфицированных сексуальных партнеров. Выявлен вклад таких факторов, как женский пол, стаж употребления инъекционных наркотиков пять лет и более, наличие ВИЧ-инфицированных в компании, где употребляется наркотик, возраст 25 лет и старше, пребывание ранее в местах лишения свободы, начало инъекционного употребления наркотиков в возрасте до 20 лет.

Таблица 26

Влияние медико-социальных факторов на заражение ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков

<i>Факторы</i>	<i>Вклад фактора</i>
Использование общих шприцев с ВИЧ-инфицированным	5,27
Наличие ВИЧ-инфицированных сексуальных партнеров	4,37
Женский пол	2,08
Стаж употребления инъекционных наркотиков 5 лет и более	1,84
Наличие ВИЧ-инфицированных в компании, где употребляется наркотик	1,81
Возраст 25 лет и старше	1,74
Пребывание ранее в местах лишения свободы	1,39
Инъекционное употребление наркотиков в возрасте до 20 лет	1,10

Внедрение в Свердловской области в рамках национального проекта «Здоровье» и областных целевых программ комплекса мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции у женщин и детей способствовало достижению положительной динамики по ряду показателей. За период 2006–2013 гг. в результате расширения охвата обследованиями и раннего выявления ВИЧ-инфекции у женщин статистически достоверно снижены: удельный вес беременных среди впервые выявленных женщин

с ВИЧ-инфекцией — в 1,6 раза (с 38,8% до 23,9%, $p < 0,001$), доля впервые выявленных во время беременности среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин — в 1,6 раза (до 45,6% при среднероссийском показателе 56,6%), выявляемость ВИЧ-инфекции у беременных женщин — в 1,3 раза.

Охват полным курсом химиопрофилактики ВИЧ-инфицированных беременных женщин и новорожденных за 2006–2013 гг. вырос в 1,6 раза (с 55,8 до 88,3%). При этом число детей с парентеральным заражением уменьшилось в 2013 году в 2,6 раза по сравнению с 2008 годом и в 1,5 раза по сравнению с 2012 годом (с 74 до 49 человек). Уровень передачи ВИЧ от матери ребенку снизился в 2,4 раза — с 7,4 в 2006 году до 3,1% в 2013 году (при среднероссийском 4,9% в 2012 году).

Охват диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных женщин увеличился в 1,3 раза — с 67,2% в 2006 году до 88,7% в 2013-м. Доля женщин, прервавших АРВТ (от числа получающих лечение), снизилась в 1,4 раза — с 9,5 до 6,9%. Уменьшились неблагоприятные социальные последствия — удельный вес отказных детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, снизился в 2,6 раза — с 8,6% до 3,1%, а число получивших опеку/усыновление возросло: в 2010 году — 14 детей, в 2013 году — 52 ребенка, в том числе 23 ВИЧ-инфицированных.

Важным свидетельством результативности реализованных в Свердловской области комплексных программ являются отмеченные положительные тенденции изменений по ряду эпидемиологических показателей распространения ВИЧ-инфекции. Впервые за длительный период в 2013 году темпы прироста пораженности женщин стали ниже по сравнению с 2010 годом (10,0% и 13,2% соответственно) и со среднероссийскими, которые продолжили рост. Также в 2013 году отмечено снижение темпа прироста первичной заболеваемости женщин до 1,4%. В 2013 году произошло существенное снижение доли женщин среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных — с 44,2% в 2012 году до 40,4% ($p < 0,001$), среднероссийский показатель — 42,1%, в группе 15–17 лет доля женщин достоверно снизилась с 83,8 до 63,2% ($p < 0,05$), а в группе 20–29 лет — с 52,5 до 46,7% ($p < 0,01$).

Таким образом, установленные позитивные изменения по комплексу индикаторных показателей оценки результатив-

ности мероприятий и медико-организационных технологий профилактики ВИЧ-инфекции, внедренных в Свердловской области в рамках реализации национального проекта «Здоровье» и областных целевых программ, характеризуют достижение не только краткосрочных результатов в виде количественного роста объемов профилактических услуг, предоставляемых в целевых группах женщин и детей, но и воздействие на сдерживание распространения ВИЧ-инфекции среди данных категорий населения.

ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Государственная политика Российской Федерации по противодействию распространению ВИЧ-инфекции направлена на решение национальных задач по достижению целей, сформулированных в основополагающих международных документах.

Генеральной Ассамблеей ООН в 2000 году приняты Цели развития тысячелетия, в числе которых цель №6 — «Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости».

Политическая декларация ООН по ВИЧ/СПИДу (2011 год) включает: цель №1 — сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015 года, цель №2 — сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 года, цель №3 — искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 года и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИДа, цель №6 — значительно увеличить ежегодную сумму национальных, региональных и международных расходов в связи с ВИЧ.

Анализ изменения эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Свердловской области, организационного развития межведомственной системы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа на региональном и муниципальном уровнях, результативности комплекса мероприятий, реализованных в период действия приоритетного национального проекта «Здоровье» и областных целевых программ, является основой для разработки направлений совершенствования организации профилактики в регионе с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ/СПИДом с учетом специфики восприимчивых к ВИЧ-инфекции контингентов населения, к числу которых относятся молодежь, женщины и дети.

Региональная политика в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу в Свердловской области направлена на совершенствование

организационного развития системы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, нормативно-методического и ресурсного обеспечения реализации мероприятий по каждому из трех уровней профилактики — первичной, вторичной и третичной. Распоряжением Правительства Свердловской области от 17.05.2013 г. №629 принят к реализации межведомственный план по ограничению распространения ВИЧ-инфекции на период 2013–2015 гг., важным компонентом которого является комплекс мероприятий медико-социальной профилактики ВИЧ-инфекции, разработанных с учетом результатов проведенного нами исследования.

Медико-социальный компонент задач и мероприятий, принятых данным планом, представлен в программе «Развитие здравоохранения Свердловской области» на 2013–2020 гг., утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 8.07.2013 г. №867-ПП.

В программе предусматривается финансирование мероприятий, направленных на решение трех ключевых задач: раннее выявление лиц, инфицированных ВИЧ, совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным ВИЧ, увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать — дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Соответствующие позиции включены в три подпрограммы:

- подпрограмма №1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», задача 4 — профилактика и раннее выявление социально значимых заболеваний (в том числе ВИЧ-инфекции);
- подпрограмма №2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации», задача 2 — совершенствование оказания медицинской помощи больным с социально значимыми заболеваниями;

- подпрограмма №4 «Охрана здоровья матери и ребенка», задача 5 — совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери плоду.

По сравнению с Государственной программой «Развитие здравоохранения» на период до 2020 года, утвержденной постановлением Правительства РФ от 14.04.2014 г №294, в программе Свердловской области расширен перечень индикаторных показателей и установлены более высокие ожидаемые результаты, исходя из уровня, уже достигнутого в области к 2013 году (табл. 27).

Таблица 27

Целевые индикаторы и ожидаемые результаты программы Свердловской области и Государственной программы «Развитие здравоохранения» на период до 2020 года по задачам профилактики ВИЧ-инфекции

Индикаторы	Свердловская обл., 2013 г.	Ожидаемые результаты			
		2014 г.		2020 г.	
		Свердловская обл.	Россия	Свердловская обл.	Россия
Доля лиц, инфицированных ВИЧ, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных	87,3%	88,0%	75,0%	88%	75,2%
Доля лиц, инфицированных ВИЧ, получающих АРВТ, от числа лиц, состоящих на диспансерном учете	37,0%	33,2%	20,0%	33,9%	29,8%
Доля охвата пар «мать — дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции	88,3%	98,2%	85,1%	99,0%	85,9%
Уровень информированности по вопросам ВИЧ-инфекции	88,5%	89,0%	-	95,0%	-
Охват скрининговыми обследованиями на ВИЧ-инфекцию	19,9%	20,0%	-	20,0%	-
Увеличение ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных лиц, получающих АРВТ	56 лет	56 лет	-	59 лет	-

Реализация задач организации комплексной профилактики ВИЧ-инфекции в Свердловской области обеспечивается на региональном и муниципальном уровнях функционированием единой системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции (рис. 18). Опыт организационного развития и функционирования системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области позволяет рекомендовать апробированную организационную модель для внедрения в других субъектах РФ с аналогичным административно-территориальным и муниципальным устройством.

Организационная структура региональной системы сформирована на принципах широкого межведомственного участия и унифицированного подхода в формировании системы в МО для обеспечения координации и преемственности в реализации принимаемых управленческих решений, мониторинга и контроля ситуации как на региональном, так и на муниципальном уровнях. С этой целью при Правительстве Свердловской области создана координационная комиссия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции во главе с первым заместителем председателя Правительства области, а в каждом МО при администрации созданы координационные комиссии.

На областном уровне ежегодно разрабатывается межведомственный план по профилактике ВИЧ-инфекции. Подготовка и дальнейшая реализация регионального плана осуществляется с привлечением всех заинтересованных министерств, управлений и федеральных учреждений, расположенных в Свердловской области. Перечень мероприятий плана определяется с учетом особенностей распространения ВИЧ-инфекции, данных социологических исследований, показателей работы по информированию населения, уровню обследования и лечения. На основе регионального комплексного плана во всех МО области принимаются муниципальные межведомственные планы. Результаты выполнения плана заслушиваются ежеквартально на координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции.

Основные полномочия и функции в обеспечении комплексных мер медико-социальной профилактики ВИЧ-инфекции возложены на Министерство здравоохранения Свердловской области. В государственной системе здравоохранения Свердловской

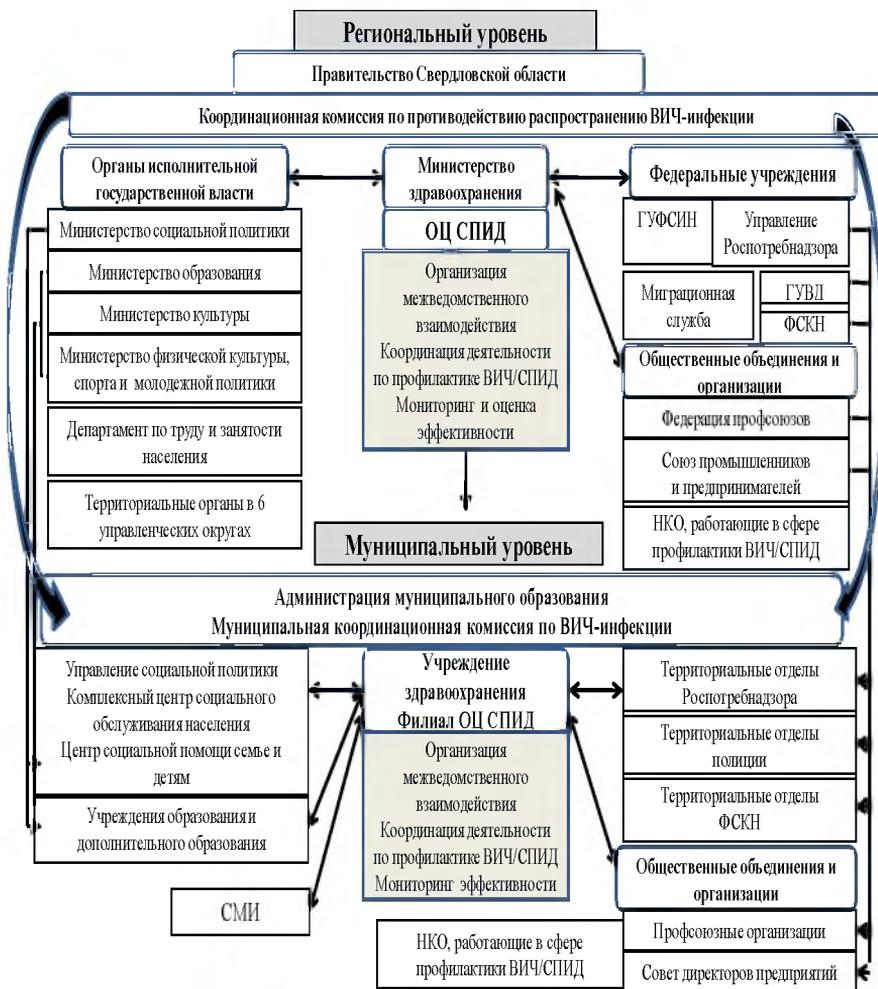


Рис. 18. Организационная структура системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях в Свердловской области

области реализована трехуровневая система организации профилактики ВИЧ-инфекции и оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам. Она представлена на областном уровне головным специализированным учреждением ОЦ СПИД, на уровне управленческих округов области — пятью филиалами ОЦ СПИД, на уровне муниципальных образований — кабинетами инфекционных заболеваний или клинико-диагностическими кабинетами в составе государственных учреждений здравоохранения. Трехуровневое построение региональной системы оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, адаптированное к административному делению территории и наличию МО разного уровня (городские округа, муниципальные районы, городские и сельские поселения), может быть рекомендовано для обеспечения более высокой доступности, оперативности и качества профилактики и медицинской помощи различным категориям граждан, особенно в субъектах Федерации с повышенным уровнем распространения ВИЧ-инфекции.

Комплекс предлагаемых нами мер по совершенствованию медико-социальной профилактики распространения ВИЧ-инфекции в субъекте Федерации с генерализованным характером эпидемии и сформированной системой межведомственного взаимодействия по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа должен включать как общезначимые для всего населения профилактические мероприятия, так и дифференцированные меры для целевых групп — молодежи, женщин и детей, в том числе с применением профилактических технологий, апробированных в нашем исследовании, по следующим основным направлениям.

4.1. Развитие первичной профилактики ВИЧ-инфекции

Основной формой профилактической деятельности является широкое распространение информации по вопросам предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией и формирование поведения, исключающего риски заражения при наиболее распространенных путях передачи вируса — при половых контактах, немедицинском употреблении инъекционных нарко-

тиков, использовании нестерильных инструментов. В условиях межведомственного взаимодействия при информационно-методическом сопровождении ОЦ СПИД на уровне муниципалитетов для всего населения обеспечивается размещение информационных материалов в различных доступных местах: учреждениях, транспорте, улицах, местном телевидении, военкоматах.

Среди молодежи дополнительно должны реализовываться специальные профилактические программы. Среди подростков — учащихся старших классов — должно быть организовано превентивное обучение вопросам профилактики ВИЧ-инфекции во всех общеобразовательных учреждениях на основе взаимодействия системы здравоохранения и образования на региональном и муниципальном уровнях. Доказанная в нашем исследовании результативность разработанных и внедренных во всех муниципальных образованиях программ профилактики ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях является обоснованием для рекомендации к их внедрению в других субъектах РФ. Внедрение образовательных профилактических программ по ВИЧ-инфекции в школах должно осуществляться на основании совместного приказа органа управления здравоохранения и органа управления образования (на уровне субъекта Федерации и на уровне МО) и включать: подготовку тьюторов из числа специалистов информационно-методических центров муниципальных органов, осуществляющих управление в сфере образования (с привлечением специалистов ОЦ СПИД); подготовку тьюторами педагогов общеобразовательных учреждений по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции; преподавание подготовленными педагогами программы профилактики ВИЧ-инфекции для учащихся 9–11 классов посредством проведения тематических уроков и включения вопросов профилактики ВИЧ-инфекции в уроки по ряду обязательных учебных дисциплин, проведение родительского всеобуча по проблеме ВИЧ-инфекции с использованием мультимедийной программы, обучение волонтеров. Внедрение обучающих профилактических программ сочетается с проведением в образовательных учреждениях социальных акций, направленных на изменение рискованного поведения и толерантного

отношения к ВИЧ-инфицированным. Модель организации межведомственного взаимодействия, реализованная в Свердловской области на региональном и муниципальном уровнях при внедрении программ превентивного обучения в образовательных учреждениях (рис. 19), рекомендуется для внедрения в других субъектах Федерации.

Мониторинг реализации внедренных программ превентивного обучения в школах следует осуществлять на основе анкетирования учащихся, педагогов и родителей с использованием унифицированной анкеты, результаты анкетирования

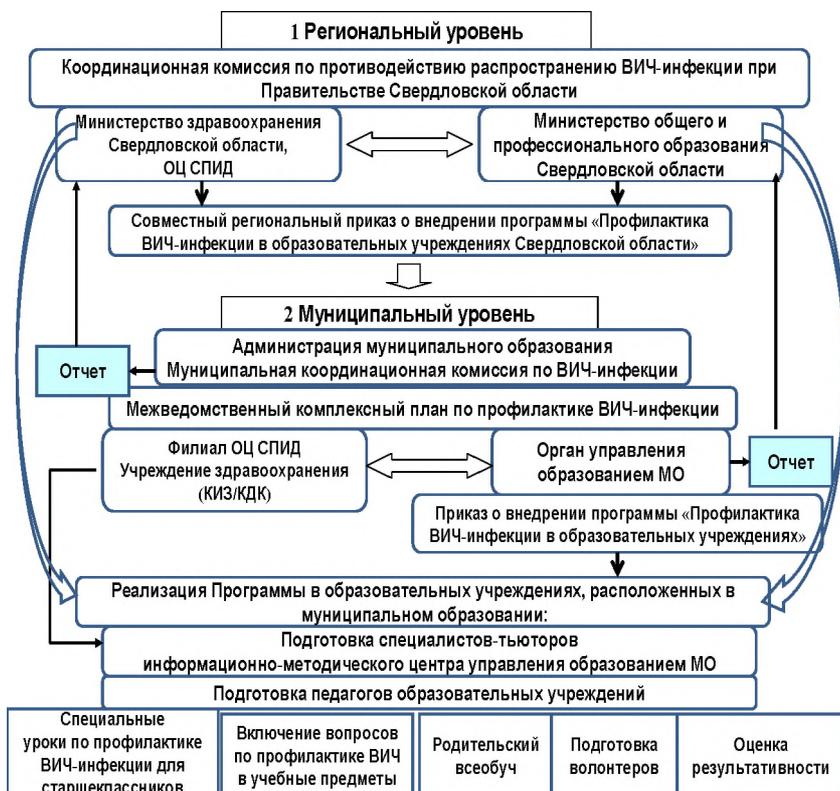


Рис. 19. Модель организации межведомственного взаимодействия на региональном и муниципальном уровнях при внедрении программ превентивного обучения в общеобразовательных учреждениях

представлять на муниципальной координационной комиссии. На областном уровне ОЦ СПИД совместно с Министерством общего и профессионального образования следует проводить выборочное анкетирование в муниципальных образованиях с обсуждением результатов на областных совещаниях в Министерстве образования и заседаниях координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции при Правительстве Свердловской области. Рекомендуется включать в форму отчета деятельности муниципальных образований сведения по количеству тьюторов, прошедших обучение по программе профилактики ВИЧ-инфекции, количеству педагогов, обученных тьюторами, и числу образовательных учреждений, в которых внедрена программа профилактики ВИЧ-инфекции.

Сферы внедрения программ превентивного обучения среди молодежи следует распространять на образовательные учреждения профессионального образования, среднего специального и высшего образования.

Специальных подходов требует решение проблемы охвата работающего населения профилактическими программами по ВИЧ-инфекции с учетом адресности программ для работающей молодежи и женщин. Необходимо активнее привлекать административные ресурсы для проведения профилактических мероприятий среди работников предприятий.

Технология организации профилактики ВИЧ-инфекции в сфере труда, внедренная в Свердловской области на основе межведомственного взаимодействия, предусматривает на региональном уровне принятие соответствующего решения трехсторонней комиссии субъекта Федерации по регулированию социально-трудовых отношений, а также заключение соглашения об организации взаимодействия министерства здравоохранения области, Департамента по труду и занятости населения области, Федерации профсоюзов области по внедрению на промышленных предприятиях, в организациях и учреждениях области профилактической программы по ВИЧ/СПИДу. Департамент по труду и занятости населения совместно с Министерством здравоохранения осуществляет координацию реализации профилактических программ среди работающего населения, мониторинг содержания коллективных договоров организаций,

отраслевых и территориальных трехсторонних соглашений по вопросам наличия в них обязательств по проведению мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа.

Федерация профсоюзов инициирует включение в отраслевые и территориальные трехсторонние соглашения и коллективные договоры обязательств по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа в сфере труда и их финансовому обеспечению, организует обучение профилактике ВИЧ-инфекции на базе учебно-методического центра профсоюзов.

На муниципальном уровне организуется включение в соглашения муниципальных территориальных трехсторонних комиссий по регулированию социально-трудовых отношений вопросов профилактики распространения ВИЧ-инфекции; включение в коллективные договоры организаций обязательства по проведению информационно-разъяснительной работы по ВИЧ/СПИДу; внедрение на каждом предприятии профилактической программы при методическом сопровождении ОЦ СПИД; включение вопросов выявления, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции в инструктаж по технике безопасности.

4.2. Совершенствование мер вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции

Вторичная профилактика — раннее выявление ВИЧ-инфекции, особенно среди групп высокого риска инфицирования, и своевременное вовлечение ВИЧ-инфицированных в систему оказания медицинской помощи.

Решение задачи раннего выявления ВИЧ-инфекции требует увеличения охвата населения обследованиями, особенно лиц, наиболее уязвимых заражению ВИЧ, и групп высокого риска. В качестве дополнительного механизма привлечения населения к добровольному обследованию на ВИЧ-инфекцию целесообразно использовать диспансеризацию населения. Министерством здравоохранения Свердловской области на основании решения координационной комиссии Правительства Свердловской области по противодействию распространению ВИЧ-инфекции от 15.03.2013 г. рекомендовано руководителям ЛПУ с целью раннего выявления и своевременного начала

лечения ВИЧ-инфицированных использовать диспансеризацию для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию (письмо Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.04.2013 г. № 03-01-82/392). Для развития данного направления нами внесено предложение в адрес координационного совета по вопросам ВИЧ/СПИДа при Министерстве здравоохранения РФ о внесении дополнений в приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.12.2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» в части обследования на ВИЧ-инфекцию, в том числе включение экспресс-тестирования на ВИЧ с обязательным проведением до- и послетестового консультирования.

В связи с высокой актуальностью проблемы передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку считаем целесообразным проводить трехкратное обследование беременных женщин с целью исключения влияния серонегативного периода — при постановке на учет, в 16–20 недель и 28–32 недели, а также обследование половых партнеров ВИЧ-инфицированных беременных женщин. В Свердловской области данный порядок обследования закреплен приказом Министерства здравоохранения от 28.11.2012 г. № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области», что позволило дополнительно выявить случаи инфицирования. Принятый на региональном уровне порядок является более строгим по сравнению с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. № 572-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в котором трехкратное обследование на ВИЧ рекомендуется только женщинам, употребляющим во время беременности парентерально психоактивные вещества и (или) вступавшим в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером.

Опыт Свердловской области может быть рекомендован для внедрения в других регионах. Для реализации данного направления перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции на уровне Российской Федерации необходимо включить трехкратное обследование на ВИЧ-инфекцию всех беременных женщин и обследование половых партнеров беременных

женщин в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

С целью расширения охвата обследованиями в группах повышенного риска, среди которых определенную часть составляет молодежь, целесообразно организовать обследование на ВИЧ-инфекцию лиц, проходящих в ЛПУ освидетельствование на употребление психоактивных веществ, при их добровольном согласии. В Свердловской области анализ практики внедрения приказа Минздрава области от 10.04.2012 г. № 354-п «Об организации профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих психоактивные вещества с немедицинскими целями» показал, что выявляемость при тестировании на ВИЧ среди лиц, которые проходят освидетельствование на состояние алкогольного и наркотического опьянения, существенно выше среднеобластного уровня.

Возможность расширения охвата обследованиями в группах риска может быть реализована при взаимодействии с ГУ МВД и территориальными отделами МВД России по муниципальным образованиям по организации на условиях добровольного согласия забора крови и проведения исследований на наличие антител к ВИЧ с обязательным до- и послетестовым консультированием лиц, находящихся в изоляторах временного содержания, специальных приемниках, центрах временного содержания несовершеннолетних правонарушителей. В Свердловской области с этой целью принят приказ «Об организации взаимодействия учреждений здравоохранения и правоохранительных органов по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области» от 13.07.2013 г. № 965-п.

При взаимодействии с ГУФСИН дополнительные обследования могут быть обеспечены среди лиц, содержащихся в следственных изоляторах и колониях-поселениях. В Свердловской области порядок проведения дотестового консультирования с получением информированного согласия на забор крови для обследования на ВИЧ-инфекцию у всех лиц, поступивших в следственные изоляторы, ранее не обследованных на ВИЧ-инфекцию, и осужденных, отбывающих наказание в колониях-поселениях, с последующей доставкой крови в государственные учреждения здравоохранения регламентирован совместным

приказом от 16.05.2013 г. №636-п/393 «Об организации взаимодействия учреждений здравоохранения и учреждений уголовно-исполнительной системы по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области».

Для повышения охвата обследованиями и раннего выявления ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков требуется развитие низкопороговой помощи для групп высокого риска по заражению и распространению ВИЧ-инфекции, среди которых значительную часть могут составлять подростки, безнадзорные дети, женщины. Контингенты лиц высокого риска представляют большой резервуар скрытых источников ВИЧ-инфекции, так как избегают обращаться в учреждения здравоохранения, поэтому необходим особый подход для привлечения их к профилактике, выявлению ВИЧ-инфекции и лечению. Одной из наиболее приемлемых форм организации низкопороговой помощи для обследования на ВИЧ-инфекцию является обеспечение доступности экспресс-тестирования на мобильных пунктах с обязательным до- и послетестовым консультированием. Экспресс-тестирование как способ повышения доступности и оперативности при обследованиях на ВИЧ может быть организовано не только для групп высокого риска, но и в местах, часто посещаемых молодежью, на предприятиях, в торговых центрах, на улицах и т. п. В Свердловской области на базе мобильных пунктов низкопороговой помощи для ПИН с 2011 года организована деятельность мультидисциплинарных команд (в составе специалистов ОЦ СПИД, социальных служб, волонтеров общественных организаций), которые начинают медико-социальное сопровождение уже на этапе привлечения к обследованию на ВИЧ-инфекцию, а не после постановки диагноза. Результативность такой организации порядка медико-социального сопровождения и экспресс-тестирования в группах риска подтверждена в наших исследованиях более высокой выявляемостью новых случаев ВИЧ-инфекции и явкой к врачу-инфекционисту по сравнению со скринингом в ЛПУ, что позволяет обоснованно рекомендовать его к внедрению в других регионах.

Для эффективной организации работы по выявлению ВИЧ-инфекции и своевременной постановки на диспансерный учет

пациентов, вновь выявленных как в учреждениях здравоохранения, так и в специальных учреждениях полиции, ФСИН либо при экспресс-тестировании, необходимо совершенствовать подготовку специалистов по вопросам профилактики и раннего выявления ВИЧ-инфекции, а также обучение навыкам дотестового и послетестового консультирования, мультидисциплинарного взаимодействия. В Свердловской области разработаны методические рекомендации по организации обучения различных категорий работников и образовательные программы, которые утверждены и внедрены на основании межведомственных приказов и соглашений и могут быть рекомендованы для внедрения в других субъектах Федерации.

Важное значение, в рамках вторичной профилактики ВИЧ-инфекции, имеет совершенствование профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку — обеспечение полного охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать — дитя» при ВИЧ-инфекции у беременных женщин.

Достижение цели — положить конец передаче ВИЧ-инфекции от матери к ребенку к 2015 году, поставленной на Генеральной Ассамблее ООН в 2011 году, возможно только при условии своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин и полного охвата пар «мать — дитя» трехэтапным курсом химиопрофилактики — женщин во время беременности, в родах и новорожденных в соответствии с требованиями действующих стандартов. Для этого требуется осуществление комплекса мероприятий, который включен в программу «Развитие здравоохранения Свердловской области». Он содержит: обеспечение всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусными препаратами; информирование и обучение ВИЧ-инфицированных беременных женщин вопросам применения химиопрофилактики ВИЧ во время беременности, в родах и послеродовой период; индивидуальный подбор наиболее эффективных препаратов и схем химиопрофилактики для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих АРВТ; предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку при грудном вскармливании в послеродовой период; повышение ответственности ВИЧ-инфицированных беременных женщин за свое здоровье в период беременности и обеспечение раннего обращения в учреждения родовспоможения.

Организация деятельности, направленной на своевременную постановку ВИЧ-инфицированных на диспансерное наблюдение, формирование приверженности диспансеризации и АРВТ требует, как правило, организации медико-социального сопровождения с участием специально подготовленных мультидисциплинарных команд. В наших исследованиях доказана результативность медико-социального сопровождения женщин и детей с проблемой ВИЧ-инфекции, организованного с 2011 года во всех МО области на условиях межведомственного взаимодействия специалистов ОЦ СПИД, его филиалов, КИЗ/КДК учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения. С целью дальнейшего устойчивого развития на региональном и муниципальном уровнях системы взаимодействия при оказании комплексной помощи ВИЧ-инфицированным и принятия неотложных мер по предотвращению тяжелых медицинских и социальных последствий ВИЧ-инфекции в 2014 году принят совместный приказ Министерства социальной политики и Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.09.2014 № 573/1177-п «Об организации дополнительных мероприятий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения и учреждениях социального обслуживания населения Свердловской области». Приказом утверждены разработанные с нашим участием технологические схемы организации межведомственного взаимодействия по сопровождению семей с детьми в связи с проблемой ВИЧ-инфекции и по профилактике и оказанию медицинской помощи и социальных услуг ВИЧ-инфицированным гражданам, которые могут быть рекомендованы для внедрения в других субъектах Российской Федерации.

4.3. Усиление межведомственной деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции в муниципальных образованиях

Для повышения эффективности профилактики ВИЧ-инфекции необходимо совершенствование организации профилактической деятельности в муниципальных образованиях, особенно с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией. В Свердловской области разработан и внедрен комплекс организационных мероприятий, направленных на реализацию на уровне МО унифицированного подхода и межведомственного взаимодействия в системе комплексной профилактики ВИЧ/СПИДа при организационно-методическом обеспечении ОЦ СПИД. В соответствии с распоряжением Правительства области «Об одобрении методических рекомендаций по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний в муниципальных образованиях Свердловской области» от 04.03.2014 г. №219-РП, в каждом МО принимается муниципальная программа, разработан проект типовой муниципальной программы по профилактике ВИЧ-инфекции с необходимым объемом мероприятий и финансирования. Разработана унифицированная форма межведомственного комплексного плана муниципального образования и ОЦ СПИД по первичной, вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции. Реализация данного плана предусматривает консолидацию деятельности муниципалитета и ОЦ СПИД по наиболее актуальным направлениям профилактики ВИЧ-инфекции за счет средств областного и муниципального бюджета. Данная форма работы с муниципальными образованиями позволяет улучшить качество проводимых мероприятий за счет привлечения методического ресурса ОЦ СПИД, а также обеспечить регулирование деятельности учреждений и органов системы профилактики как со стороны главы МО (заместителя главы по социальным вопросам), так и со стороны ОЦ СПИД. В плане прописан механизм реализации с указанием конкретных ответственных лиц и исполнителей мероприятий. Итоги реализации плана подводятся ежегодно и обсуждаются на муниципальной координационной комиссии.

Распоряжением Правительства Свердловской области от 17.05.2013 г. №629-РП в соответствии с п. 4 ст. 78.1 Бюд-

жетного кодекса Российской Федерации рекомендовано главам муниципальных образований Свердловской области предусматривать бюджетные ассигнования на предоставление грантов в форме субсидий некоммерческим организациям, а также государственным и муниципальным учреждениям, работающим в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, с целью совершенствования медико-социальных направлений противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди молодежи, женщин и детей. С целью унифицированного подхода к подготовке, финансированию и реализации муниципальных грантов нами разработаны и утверждены координационной комиссией по противодействию распространению ВИЧ-инфекции Правительства Свердловской области макеты технических заданий по трем наиболее актуальным направлениям профилактики ВИЧ-инфекции: на выполнение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди работающего населения Свердловской области (Приложение 2), на выполнение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, относящихся к уязвимым ВИЧ-инфекцией группам населения и группам повышенного риска (ПИН, лица, вернувшиеся из мест лишения свободы, лица, употребляющие алкоголь, лица, имеющие большое количество половых партнеров, половые партнеры ПИН, безнадзорные подростки) (Приложение 3) и по созданию МПК специалистов по повышению приверженности диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфицированных пациентов (Приложение 4). В структуру технического задания включены: цель; обоснование реализации мероприятий; характеристика целевой группы; уровень охвата целевой группы; нормативное обеспечение; описание деятельности; план мероприятий и ожидаемые результаты (по форме); смета расходов; рекомендации по выбору организаций и учреждений для реализации мероприятий. Разработанные макеты технических заданий являются дополнительным инструментом для реализации актуальных направлений профилактики ВИЧ-инфекции на муниципальном уровне и могут быть рекомендованы для реализации в других субъектах Федерации.

4.4. Совершенствование нормативно-правовой, методической базы и финансовой поддержки профилактики ВИЧ-инфекции

В связи с высокой общегосударственной значимостью проблемы распространения ВИЧ-инфекции на федеральном уровне разрабатывается план реализации Государственной стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в Российской Федерации на 2014–2020 годы. В его проект включены представленные Свердловской областью предложения (письмо Правительства от 23.10.2013 № 01-01-86/17489), основанные на апробированных в регионе организационных технологиях комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе получивших научное обоснование в данном исследовании.

Неблагоприятная динамика развития эпидемической ситуации на протяжении почти 20-летнего периода, прошедшего после принятия Федерального закона от 30.05.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», требует внесения в него изменений в соответствии с современными характеристиками угрозы дальнейшего распространения ВИЧ/СПИДа в стране, а также положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Эти изменения должны предусматривать регулирование вопросов:

- организации обследований на ВИЧ-инфекцию следующих контингентов: групп высокого риска по инфицированию и распространению ВИЧ-инфекции (потребители психоактивных веществ с немедицинской целью); контингентов МВД и ФСИН; мигрантов, получающих патент на осуществление трудовой деятельности в Российской Федерации; работающих вахтово-экспедиционным методом; жителей других субъектов Российской Федерации при обращении за медицинской помощью;
- борьбы с заведомо ложной информацией о заболевании ВИЧ-инфекцией и ее течении в средствах массовой информации, несущей угрозу жизни и здоровью, в том числе несовершеннолетним гражданам;

— полномочий муниципальных образований субъектов Российской Федерации в части финансирования мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции (создание пунктов низкого порога доступа к обследованию, профилактике и медико-социальным услугам для групп высокого риска; приобретение профилактических материалов; вовлечение в работу «равных» консультантов; приобретение продуктовых наборов, гигиенических средств для привлечения ВИЧ-инфицированных с низким уровнем приверженности к диспансерному наблюдению, приему антиретровирусных препаратов, химиопрофилактике и лечению туберкулеза).

Предлагается включить в санитарные правила СПЗ.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» требования к обследованию и профилактике ВИЧ-инфекции с применением низкого порога метода экспресс-тестирования для групп высокого риска.

Целесообразно создание на федеральном уровне совместно с межфракционной депутатской рабочей группой по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми заболеваниями постоянно действующей общественной комиссии по анализу проведения профилактических мероприятий государственными и неправительственными организациями в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, включая реализацию программ на федеральном и региональном уровне.

Требуется разработать единый федеральный информационный ресурс по вопросам диагностики, лечения и профилактики среди детей, подростков и женщин для использования его медицинским сообществом и ЛЖВС.

В целях совершенствования мер по обеспечению ВИЧ-инфицированных доступом к первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, уходу и поддержке целесообразно проведение пилотного проекта по включению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции в систему обязательного медицинского страхования с учетом кадрового потенциала учреждений здравоохранения, материально-технической базы, а также привлечение к работе специалистов медицинского профиля.

Для улучшения качества скрининговых обследований на ВИЧ-инфекцию, в том числе беременных женщин и их половых партнеров, лиц, относящихся к группам высокого риска по инфицированию ВИЧ, необходимо выделить отдельной медицинской услугой до- и послетестовое консультирование с определением антител класса М и G к ВИЧ-1,2 в крови методом ИФА с включением в перечень медицинских услуг, оказываемых за счет средств обязательного медицинского страхования. Утвердить отдельной медицинской услугой до- и послетестовое консультирование с определением антител класса М и G к ВИЧ-1,2 в крови методом ИХА с включением в перечень медицинских услуг, оказываемых за счет средств обязательного медицинского страхования.

Для эффективной реализации мероприятий по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции считаем целесообразным включить отдельную медицинскую услугу «Планирование семьи и контрацепция» в «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» и в перечень услуг, оказываемых за счет средств обязательного медицинского страхования. Кроме этого, в целях минимизации рисков заражения при грудном вскармливании считаем необходимым учесть в данном стандарте обеспечение препаратами для прекращения лактации и заменителями грудного молока.

Для реализации мультипрофессионального подхода в учреждениях здравоохранения целесообразно дополнить «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» услугами: прием специалиста по социальной работе (первичный, повторный, профилактический); социально-медицинский патронаж специалиста по социальной работе (первичный, повторный, профилактический).

Формирование эффективного контракта по оплате труда специалистов учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным, следует осуществлять с учетом показателей профилактики, выявления и лечения ВИЧ-инфекции, принятых региональной программой развития здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Россия относится к числу стран, где проблема распространения ВИЧ/СПИДа представляет серьезную угрозу национальному, демографическому и социально-экономическому развитию, затрагивая все слои общества, и требует расширения масштаба принимаемых мер на основе международных стратегий эффективного реагирования на эпидемию, представленных в основополагающих документах ООН и ВОЗ на период до 2015 года и на последующие годы.

Обзор зарубежной и отечественной литературы подтверждает многоаспектность проблемы борьбы с ВИЧ-инфекцией и ее последствиями. Глобальные масштабы распространения ВИЧ-инфекции, уязвимость активных социальных групп населения, влияние поведенческих факторов риска, прогрессирующий характер заболевания при дорогостоящем лечении требуют мобилизации больших финансовых, материальных и людских ресурсов и межсекторального сотрудничества для достижения результатов в противодействии эпидемии.

В большинстве развитых стран Европейского региона достигнут прогресс в сдерживании эпидемии, и в последние годы благодаря комплексным профилактическим действиям удалось добиться снижения числа новых случаев инфицирования. Нарастание эпидемии продолжается в странах Восточной Европы, в том числе в Российской Федерации. Сложившаяся в России эпидемическая ситуация по ВИЧ/СПИДу свидетельствует о необходимости наращивать усилия по укреплению национальной и региональных систем противодействия распространению ВИЧ/СПИДа и расширять сферы профилактических вмешательств с учетом региональных особенностей развития эпидемии.

Обзор научной литературы позволяет получить сведения по обоснованию эффективности усилий здравоохранения в сочетании с межведомственными действиями в реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции и предоставлении комплексной медицинской, социальной, психологической, правовой помощи ВИЧ-инфицированным. В частности, в Санкт-Петербурге реализуется концепция оказания непрерывной

помощи ВИЧ-инфицированным, уделяется внимание взаимодействию здравоохранения с правоохранительными органами и системами обеспечения безопасности, реализуются клиничко-социальные программы для женщин и детей, развивается совместная деятельность с общественными организациями в среде групп высокого риска.

Воспринимая научно обоснованные стратегические позиции и оценивая результаты практической реализации действующих моделей противодействия распространению ВИЧ-инфекции, необходимо расширение научных исследований медико-социальных и организационных аспектов профилактики с учетом региональных социально-экономических, демографических, административно-управленческих факторов. Специального внимания требует изучение современных особенностей распространения ВИЧ-инфекции среди восприимчивых к заражению контингентов — молодежи, женщин, детей, а также обоснование эффективных программ профилактики с учетом полномочий, предоставленных на региональном и муниципальном уровнях органам управления и учреждениям здравоохранения и ряда других заинтересованных ведомств.

Результаты комплексного медико-социального исследования, полученные на примере Свердловской области, могут быть использованы в других промышленно развитых субъектах Российской Федерации с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции.

Высокая пораженность и заболеваемость населения Свердловской области ВИЧ-инфекцией обусловлены наличием ряда факторов: транзитные транспортные маршруты, используемые для наркотрафика, что способствует высокой заболеваемости наркоманией — в два раза выше средней по России. Интенсивные процессы миграции, в основном из Средней Азии, Закавказья, Украины; высокая численность лиц, освобождающихся из мест лишения свободы; возрастающая роль полового пути передачи ВИЧ, доля которого 50,3%, что выше средней по России, в связи с чем специального внимания требует изучение региональных тенденций распространения инфекции среди таких восприимчивых социально значимых контингентов населения, как молодежь, женщины и дети.

Эпидемическая ситуация по распространению ВИЧ-инфекции среди молодых людей 15–19 лет в Свердловской области характеризуется снижением удельного веса данной возрастной группы в общей структуре ВИЧ-инфицированных с 28,0% в 2001 году до 1,8% в 2013-м, пораженности ВИЧ-инфекцией с 707,5 до 103,9 на 100 тысяч населения на фоне роста пораженности всего населения; первичной заболеваемости с 663,8 до 59,6 на 100 тысяч. Данные тенденции соответствуют общим по России, однако областные показатели устойчиво выше среднероссийских.

В развитии эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции особая значимость принадлежит вовлечению женщин и реализации вертикального пути передачи вируса от матери ребенку. В 2013 году на долю женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) приходилось 92,8% среди всех ВИЧ-инфицированных женщин и 37,5% из общего числа всех первичных случаев. Сравнительный анализ показателей пораженности и первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией свидетельствует о более выраженном вовлечении женщин в эпидемию на Среднем Урале, чем в среднем по стране. Доля ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин превышает 1% (в 2013 году 2,0%), что, согласно критериям ВОЗ, соответствует генерализованной стадии эпидемии. В 2013 году пораженность женщин выше среднероссийского уровня в 2,6 раза; первичная заболеваемость — в 2,7 раза. Отмечается устойчивое преобладание доли женщин по сравнению с мужчинами среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в молодом возрасте: в 15–17 лет — с 2002 года, 18–19 лет — с 2003 года, 20–29 лет — с 2009 года. Среди женщин преобладает половой путь передачи — в 2013 году 71,1% (выше среднероссийского показателя 68,4%), что ведет к вовлечению в эпидемический процесс беременных.

Результаты изучения эпидемически значимых медико-социальных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин, решивших сохранить беременность, показали, что более 60% работают или учатся, более 90% имеют образование не ниже среднего. В зарегистрированном браке состояли 34,2%, в гражданском — 56,8%, 3,8% лишены родительских прав.

Употребляли наркотики 73,1%, в том числе 45,4% во время беременности, у 49,2% партнеры инфицированы ВИЧ, запланированная беременность только у 32,5% женщин, при этом только 66,1% своевременно встали на учет в женскую консультацию, отказались от ребенка 2,7% родивших, уже имели ВИЧ-инфицированных детей 17,2%.

За период наблюдения на конец 2013 г. диагноз ВИЧ-инфекции установлен 867 детям, 1,3% от кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных. Число впервые выявленных случаев среди детей возросло до 2008 года, когда диагноз был зарегистрирован у 131 человека (2,8% от всех впервые выявленных), в последующие годы выявлялось ежегодно до 80 случаев (1,2–1,4%). Доля вертикального пути инфицирования в 2004–2012 гг. составляла 95–100% от установленных причин заражения детей. Несмотря на значительное число детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, уровень передачи ВИЧ от матери ребенку в Свердловской области стабильно ниже, чем в среднем по России, он снизился по сравнению с 2005 годом в 2,4 раза и составляет 3,1%, в то время как в России 4,9% (в 2012 году).

Результаты эпидемиологического анализа распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области, а также данные исследования медико-социальных и поведенческих характеристик свидетельствуют о необходимости усиления мер комплексной первичной, вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди групп населения, восприимчивых к ВИЧ-инфекции. В Свердловской области межведомственное взаимодействие в организации профилактики ВИЧ-инфекции начинает развиваться в 2002 году, когда был сформирован первый состав координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции при правительстве Свердловской области. В комиссии были представлены преимущественно руководители учреждений здравоохранения и правоохранительных органов. В области были приняты к реализации целевые программы по профилактике наркомании и ВИЧ-инфекции, однако финансирование было крайне ограничено.

В 2006–2013 гг. при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и областных целевых программ

было значительно увеличено финансирование мероприятий по профилактике, выявлению и лечению ВИЧ-инфекции. Решение комплекса задач по ограничению распространения ВИЧ/СПИДа потребовало усиления региональной системы профилактики. В связи с этим межведомственная система противодействия распространению ВИЧ-инфекции была существенно расширена за счет привлечения субъектов профилактики всех заинтересованных министерств и служб на региональном и муниципальном уровнях. В основу функционирования системы был заложен унифицированный комплексный подход, регламентированный региональными нормативно-правовыми и методическими документами, разработанными с нашим участием, с учетом различной подчиненности субъектов профилактики, в том числе передачи полномочий муниципального здравоохранения на областной уровень.

В рамках первичной профилактики с целью достижения высокого уровня информированности и вовлечения молодежи в профилактическую среду разработаны и успешно апробированы унифицированные профилактические программы по вопросам ВИЧ-инфекции для учащихся общеобразовательных учреждений и для работающей молодежи. Свердловская область стала первым в России субъектом Федерации, где на межведомственном уровне по результатам пилотного проекта принято согласованное решение об обязательном внедрении во всех муниципальных образованиях области программы по профилактике ВИЧ-инфекции для учащихся старших классов общеобразовательных учреждений. Реализация программы превентивного обучения включается в межведомственный комплексный план МО по профилактике ВИЧ-инфекции с обеспечением методической и консультативной помощи филиала ОЦ СПИД и учреждения здравоохранения. Приказом органа управления образованием МО закрепляется порядок внедрения программы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях МО.

В сфере вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции в Свердловской области разработаны и внедрены усовершенствованные нами медико-организационные технологии раннего выявления ВИЧ-инфекции, профилактики

перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку и оказания медико-социальной помощи.

Активно реализуется метод низкопорогового доступа к обследованию с применением экспресс-тестирования и медико-социальным услугам для восприимчивых к ВИЧ-инфекции групп населения. Организовано трехкратное обследование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию с целью исключения влияния серонегативного периода, а также обследование половых партнеров беременных женщин.

Разработана и реализуется организационно-функциональная модель медико-социального сопровождения женщин, начиная с этапа привлечения к обследованию на ВИЧ-инфекцию, с участием учреждений здравоохранения, правоохранительных органов, учреждений социального обслуживания населения и пункта низкопорогового доступа. При медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных женщин и семей с детьми применяется разработанный алгоритм действий мультипрофессиональной команды медицинских работников, психологов и специалистов по социальной работе учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения на уровне каждого муниципального образования.

На основании данных социологического исследования получена оценка влияния ряда медико-социальных факторов на заражение ВИЧ-инфекцией ПИН. Установлен вклад таких факторов, как женский пол, возраст 25 лет и старше, совместное использование шприцев с ВИЧ-инфицированными, наличие ВИЧ-инфицированных сексуальных партнеров, стаж употребления инъекционных наркотиков пять лет и более, наличие ВИЧ-инфицированных в компании, где употребляется наркотик, пребывание ранее в местах лишения свободы, начало инъекционного употребления наркотиков в возрасте до 20 лет.

Созданная унифицированная межведомственная система комплексной медико-социальной профилактики ВИЧ-инфекции позволяет обеспечить привлечение в профилактический процесс всех групп населения, в том числе групп высокого риска — потребителей наркотиков. Это способствует достижению положительной динамики по ряду эпидемиологических и медико-социальных индикаторных показателей.

Так, возрос уровень информированности по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции — до 90%, увеличилась доля оценивших свой риск инфицирования как низкий — до 87,9% ($p < 0,001$), что может являться результатом получения знаний по профилактике заражения. Установленные в 2009–2013 гг. тенденции снижения первичной заболеваемости в группе 15–19 лет и доли молодых людей данного возраста в структуре всех впервые выявленных с ВИЧ-инфекцией, а в 2012–2013 гг. — также снижение выявляемости ВИЧ-инфекции среди подростков 15–17 лет при увеличении охвата обследованиями нами расцениваются как результат активизации первичной профилактики среди молодежи.

Среди женщин в результате расширения охвата обследованиями и раннего выявления ВИЧ-инфекции достоверно снижены: удельный вес беременных среди впервые выявленных женщин с ВИЧ-инфекцией и доля впервые выявленных во время беременности среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин — в 1,6 раза, выявляемость ВИЧ-инфекции у беременных женщин — в 1,3 раза. Охват диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных женщин увеличился до 88,7%, а доля женщин, прервавших АРВТ, снизилась до 6,9%. Удельный вес отказных детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, снизился с 8,6% до 3,1%. Темпы прироста пораженности и первичной заболеваемости у женщин в Свердловской области начиная с 2010 года стали ниже, в том числе по сравнению со среднероссийскими, которые продолжали рост.

Анализ тенденций изменения эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции, организационного развития межведомственной системы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа на региональном и муниципальном уровнях, а также результативности комплекса мероприятий, реализованных в рамках федеральных и областных целевых программ, является основой для разработки направлений совершенствования организации профилактики в условиях региона с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ/СПИДом с учетом специфики контингентов молодежи, женщин и детей.

Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции на территории субъекта Федерации должна обеспечиваться

на региональном и муниципальном уровнях функционированием единой системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции на принципах широкого межведомственного участия и унифицированного подхода для обеспечения координации и преемственности в реализации управленческих решений, мониторинга и контроля ситуации. С этой целью при Правительстве области создана координационная комиссия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции во главе с первым заместителем председателя Правительства области, а в каждом муниципальном образовании координационные комиссии при администрации МО. На областном уровне ежегодно разрабатывается межведомственный комплексный план по профилактике ВИЧ-инфекции. Перечень мероприятий плана определяется с учетом особенностей распространения ВИЧ-инфекции, данных социологических исследований в различных группах населения, показателей работы по информированию населения, уровню обследования и лечения. На основе регионального комплексного плана в области принимаются муниципальные межведомственные планы. Результаты выполнения плана заслушиваются ежеквартально на координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции при правительстве Свердловской области.

Комплекс мер по совершенствованию организации медико-социальной профилактики распространения ВИЧ-инфекции в субъекте Федерации с генерализованным характером эпидемии и сформированной системой межведомственного взаимодействия включает как общезначимые для всего населения профилактические мероприятия, так и дифференцированные для различных целевых групп населения, в том числе с применением профилактических технологий, апробированных в нашем исследовании, по следующим основным направлениям:

- в сфере первичной профилактики — обеспечение всеобщего доступа населения к мерам, препятствующим заражению ВИЧ-инфекцией;
- в сфере вторичной профилактики — раннее выявление ВИЧ-инфекции, особенно среди групп высокого риска инфицирования, и своевременное вовлечение ВИЧ-инфицированных в систему оказания медицинской помощи;

- совершенствование профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку — обеспечение полного охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар «мать — дитя» при ВИЧ-инфекции у беременных женщин;
- в сфере третичной профилактики — повышение эффективности оказания специализированной медицинской помощи, организация медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных, в том числе женщин и семей с детьми;
- усиление деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции в муниципальных образованиях;
- совершенствование нормативно-правовой и методической базы организации профилактики ВИЧ-инфекции;
- совершенствование финансирования мероприятий по профилактике, оказанию первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

Таким образом, полученные нами результаты комплексного медико-социального исследования эпидемиологической ситуации распространения ВИЧ-инфекции явились основанием для разработки, апробации и внедрения профилактических технологий, которые доказали свою результативность. Эффективная реализация данных технологий стала возможной благодаря развитию региональной системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции на основе разработанного с нашим участием нормативно-правового и организационно-методического обеспечения координации, унифицированного межведомственного подхода при планировании, разработке и реализации профилактических мероприятий на региональном и муниципальном уровнях.

Разработанные в процессе данного исследования методические подходы могут быть применимы на региональном и муниципальном уровнях управления системы здравоохранения и межведомственного взаимодействия в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Е.Г. Исследование состояния знаний, отношения и поведения молодежи 10 регионов России в сфере репродуктивного здоровья и ВИЧ-инфекции/Е.Г. Алексеева, О.Г. Баркалова, Д.В. Алексеева [и др.] // Профилактическая медицина. — 2010. — №4. — С. 27–32.
2. Алексеева Е.Г. Оценка эффективности массовых коммуникаций как популяционной стратегии медицинской профилактики рискованного сексуального поведения подростков и молодежи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/Е.Г. Алексеева. — М., 2013. — 24 с.
3. Анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям (туберкулез, ИППП, гепатиты): мет. рек. Минздравсоцразвития РФ от 20 сент. 2007 г. №6964-РХ // Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. — М., 2007. — Т. 2. Эпидемический надзор за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. — С. 219–302.
4. Андроненков И.А. Совершенствование организации медицинского обеспечения юношей при подготовке к военной службе: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/И.А. Андроненков. — М., 2011. — 22 с.
5. Арасланова С.А. Медико-социальные аспекты социально значимых заболеваний в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/С.А. Арасланова. — М., 2006. — 23 с.
6. Ахтямова С.Х. Медико-социальные аспекты абортот и их профилактика среди учащейся молодежи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/С.Х. Ахтямова. — М., 2012. — 22 с.
7. Баранов И.И. Материнские потери среди ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации/И.И. Баранов, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. — 2012. — №2. — С. 62–66.
8. Бедрина Е.Б. Результаты мониторинга здоровья иммигрантов и населения Свердловской области/Е.Б. Бедрина, Н.П. Неклюдова, Н.Л. Струин // Институты развития демографической системы общества: сборник материалов V Уральского демографического форума с международным участием. — Екатеринбург, 2014. — С. 113–117.
9. Васильева М.Ю. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди несовершеннолетних посредством повышения их информированности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10/М.Ю. Васильева. — М., 2012. — 24 с.
10. Виноградова Е.В. Прогнозирование и профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери плоду: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01/Е.В. Виноградова. — Самара, 2011. — 22 с.
11. Виноградова Т.Н. Обоснование и реализация медико-социальной помощи больным с ВИЧ-инфекцией в мегаполисе в усло-

- виях развивающейся эпидемии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/Т.Н. Виноградова. — СПб., 2011. — 23 с.
12. ВИЧ-инфекция: инф. бюлл. №39/Федерал. служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федерал. бюджетное учреждение науки Центр НИИ эпидемиологии, Федерал. науч. центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — М., 2014. — 52 с.
 13. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2012 г.: справка/Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — Сайт Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, 2012. — Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru>. — 6.09.14.
 14. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство/под ред. В.В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
 15. ВИЧ-инфекция у женщин и детей в Российской Федерации /Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова, О.И. Тушина [и др.] // Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы: материалы научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 25–26 сентября, 2014 г.). — СПб, 2014. — 3–6 с.
 16. Гиль А.Ю. Организация и оценка экономической эффективности программы профилактики ВИЧ-инфекции среди женщин высокого риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/А.Ю. Гиль. — М., 2010. — 32 с.
 17. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей: пер. с англ./под ред. Пан Ги Мун; ООН. — Нью-Йорк, 2010. — 24 с.
 18. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг.: пер. с англ./Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2007. — 63 с.
 19. Глумов С.А. Пути улучшения репродуктивного здоровья пациентов с инфекциями, передающимися половым путем: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/С.А. Глумов. — Кемерово, 2009. — 23 с.
 20. Горбунова О.П. Медико-организационные аспекты планирования семьи и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в Тюменской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01/О.П. Горбунова. — Челябинск, 2008. — 26 с.
 21. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации 2012 год/Мин. труда и социальной защиты Российской Федерации. — М., 2013. — 312 с.
 22. Демина М.А. Медико-социальные аспекты эпидемиологии и профилактики заболеваний, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03, 14.01.10/М.А. Демина. — М., 2011. — 21 с.
 23. Денисенко В.Б. Материнские факторы, влияющие на течение ВИЧ-инфекции у детей/В.Б. Денисенко, Э.Н. Симованьян // Журнал инфектологии. — 2013. — Т. 5., №2. — С. 70–75.

24. Динамика и анализ причин передачи ВИЧ от матери ребенку в Санкт-Петербурге/А. В. Самарина, Е. Б. Ястребова, А. Г. Рахманова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 3. — С. 9–17.
25. До- и послетестовое консультирование как профилактика передачи ВИЧ: методические рекомендации МР 3.1.5.0076/1–13. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013. — 23 с.
26. Додонов К. Н. Организация диспансеризации и ранней диагностики перинатальной ВИЧ-инфекции с использованием современных лабораторных технологий в Российской Федерации/К. Н. Додонов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2011. — № 1. — С. 63–69.
27. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Управления Федеральной миграционной службы по Свердловской области на 2013 год и плановый период 2014–2016 годов/Управление Федеральной миграционной службы по Свердловской области. — Екатеринбург 2014. — 120 с.
28. Доклад о состоянии здоровья граждан, проживающих на территории Свердловской области, в 2013 году/Правительство Свердловской области, Мин. здравоохранения Свердловской области. — Екатеринбург, 2014. — 192 с.
29. Должанская Н. А. Базовые принципы профилактики ВИЧ-инфекции в наркологической практике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27/Н. А. Должанская. — М., 2013. — 39 с.
30. Евсеева М. Г. Комплексная оценка состояния здоровья детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08/М. Г. Евсеева. — Красноярск, 2010. — 23 с.
31. Жолобов В. Е. Служба профилактики и борьбы со СПИД в мегаполисе: концепция, модель, организационно-методическое обеспечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 05.26.02, 14.02.03/В. Е. Жолобов. — СПб, 2011. — 47 с.
32. Зайцев В. М. Прикладная медицинская статистика: учеб. пособие/В. М. Зайцев, В. Г. Лифляндский, В. И. Маринкин. — СПб.: ООО «Изд-во ФОЛИАНТ», 2006. — 432 с.
33. Запарий Н. С. Научное обоснование программы профилактики и снижения заболеваемости и инвалидности вследствие болезней, обусловленных ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/Н. С. Запарий. — М., 2012. — 38 с.
34. Зверев С. Я. Научное обоснование механизма развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на основе молекулярно-генетических исследований: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.02/С. Я. Зверев. — Пермь, 2010. — 46 с.
35. Иванова Э. С. Этапы развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Пермском крае/Э. С. Иванова, Н. Н. Воробьева, И. В. Фельдблом // Мате-

- риалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта, 2014 год). — М., 2014. — С. 115.
36. Исследование факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией среди уличных детей и подростков в восьми регионах России/Ю. В. Батлук, Д. В. Артоболевский, О. И. Воробьевский [и др.]; под ред. Р. В. Йорика. — СПб.: Врачи детям, 2011. — 32 с.
 37. Калинина Е. А. Состояние здоровья, качество жизни и пути совершенствования первичной медико-санитарной помощи девочкам-подросткам в условиях крупного города: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/Е. А. Калинина. — М., 2009. — 25 с.
 38. Канарский И. А. Научное обоснование эффективности реализации программ снижения риска ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков (на примере Свердловской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/И. А. Канарский. — М., 2004. — 24 с.
 39. Кожекина Н. В. Медико-социальные особенности заболеваемости и смертности от туберкулеза у женщин фертильного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/Н. В. Кожекина. — М., 2011. — 26 с.
 40. Комплексный подход к оказанию медико-социальной помощи женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией/Е. Б. Ястребова, В. Е. Жолобов, А. Г. Рахманова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2011. — Том 3. — №1. — С. 47–51.
 41. Концепция непрерывности помощи при ВИЧ-инфекции: Основа для формирования эффективного ответа системы здравоохранения на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Санкт-Петербурге. — Электр. ресурс. — Сайт Научно-методического центра по обеспечению качества медицинской помощи, 2011. — Режим доступа: <http://healthquality.ru>. — 31.10.2014.
 42. Коньшева Т. В. Исследование эпидемиологических особенностей заболеваемости и организации медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных/Т. В. Коньшева, Н. В. Ножкина, А. С. Подымова // Вестник уральской медицинской академической науки. — 2012. — №1 (38). — С. 14–18.
 43. Коньшева Т. В. Научное обоснование межведомственной организационной модели медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных лиц из пенитенциарных учреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/Т. В. Коньшева. — Екатеринбург, 2013. — 24 с.
 44. Коньшева Т. В. Оценка заболеваемости и организация медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин-осужденных/Т. В. Коньшева, Н. В. Ножкина, А. С. Подымова // Уральский медицинский журнал. — 2012. — №1 (93). — С. 124–127.
 45. Кузнецова Ю. Н. Особенности сексуального поведения подростков и молодежи. Уровень информированности о клинических проявлениях, последствиях и мерах профилактики ИППП/Ю. Н. Кузнецова // Уральский медицинский журнал. — 2011. — №08 (86). — С. 73–79.

46. Кузьмин Е. Г. Структурно-организационные основы службы СПИД и профилактики ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/Е. Г. Кузьмин — М., 2007. — 28 с.
47. Ладная Н. Н. Ситуация по ВИЧ-инфекции в РФ среди женщин: эпидемиологическая характеристика, проблемы противодействия: доклад/Н. Н. Ладная // Научно-практическая конференция с международным участием «Дети и ВИЧ. Проблемы и перспективы» (Санкт-Петербург, 25–26 сентября, 2014 г.). — Электр. ресурс. — Сайт МОО «Человек и его здоровье», 2014. — Режим доступа: <http://congress-ph.ru>. — 20.11.2014.
48. Лапин Ю. Е. Научные основы государственной политики в области охраны здоровья детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33/Ю. Е. Лапин. — М., 2010. — 50 с.
49. Латышева И. Б. Аудит учетных форм государственной статистической отчетности как критерий эффективности диспансеризации беременных женщин с ВИЧ-инфекцией/И. Б. Латышева, К. Н. Додонов, Е. Е. Воронин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2011. — № 3. — С. 47–51.
50. Латышева И. Б. Влияние клинико-социальных факторов ВИЧ-инфицированных женщин на риск перинатальной передачи ВИЧ/И. Б. Латышева, К. Н. Додонов, Е. Е. Воронин // РМЖ. — 2014. — № 14. — С. 1034–1038.
51. Латышева И. Б. Мониторинг и оценка мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на территории РФ в 2006–2012 годах: информационный бюллетень/И. Б. Латышева, Е. Е. Воронин. — СПб., 2013. — 43 с.
52. Латышева И. Б. Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции в РФ/И. Б. Латышева, Е. Е. Воронин // Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы: материалы научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 25–26 сентября, 2014 г.). — СПб., 2014. — С. 10–13.
53. Лащлес П. Р. Социальные и клинико-психопатологические факторы, влияющие на формирование зависимого поведения от психоактивных веществ у молодежи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 14.01.27/П. Р. Лащлес. — М., 2012. — 25 с.
54. Лебедев П. В. Современные тенденции распространения и медико-социальная значимость ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/П. В. Лебедев. — М., 2008. — 21 с.
55. Лощева Т. З. Научно-организационные основы повышения эффективности профилактики ВИЧ/СПИДа: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/Т. З. Лощева. — М., 2006. — 24 с.
56. Мазус А. И. Моделирование комплексных мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33/А. И. Мазус. — М., 2009. — 46 с.

57. Мальшева О. А. Гендерные, биологические и социальные предиктор-факторы нарушений репродуктивной функции у девушек и молодых женщин — студенток медицинского вуза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/О. А. Мальшева. — М., 2011. — 28 с.
58. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье»: утв. президиумом Совета при Президенте РФ по реализации приоритет. нац. проектов от 21 дек. 2005 г. прот. №2. — М., 2005. — 9 с.
59. Нечаева О. Б. Влияние ВИЧ-инфекции на развитие эпидемической ситуации по туберкулезу/О. Б. Нечаева, Н. В. Эйсмонт // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журнал. — 2011. — №3 (19). — Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. — 31.10.2014.
60. Нечаева О. Б. Фтизиатрическая служба — система, ориентированная на эффективность/О. Б. Нечаева // Эффективное решение проблем туберкулеза: от научной идеи до медицинской практики: материалы научно-практической конференции (Новосибирск, 18–20 июня 2014 год). — Сайт Федерал. госуд. бюджетного учреждения Центр НИИ организации и информатизации здравоохранения Мин. здравоохранения Рос. Федерации, 2014. — Режим доступа: <http://www.mednet.ru>. — 8.09.14.
61. Новожилов А. В. Научное обоснование выбора индикаторов мониторинга программ (на примере программ предупреждения распространения вируса иммунодефицита человека): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/А. В. Новожилов. — М., 2008. — 25 с.
62. Ножкина Н. В. Результаты мониторинга эффективности медико-социальных программ профилактики в среде потребителей наркотиков/Н. В. Ножкина, И. А. Канарский, Р. Пауэр // Организация профилактики и медико-социальной работы в среде потребителей инъекционных наркотиков: Российско-Британский проект, 1998–2002 гг. — Екатеринбург; Лондон, 2002. — С. 45–57.
63. О дополнительных мерах по ограничению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на территории Свердловской области: распоряжение Правительства Свердловской области от 17 мая 2013 г. №629-РП. — Электр. ресурс. — Сайт «Информационно-правовой портал «Гарант», 2014. — Режим доступа: <http://www.garant.ru>. — 19.12.14.
64. О дополнительных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области: распоряжение Правительства области от 29 янв. 2008 г. №44-РП. — Электр. ресурс. — Сайт Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. — Режим доступа: <http://www.livehiv.ru>. — 19.12.14.
65. О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДА в образовательной среде: письмо Мин. образования и науки Рос. Федерации от 6 октября 2005 г. № АС-1270/06,

- федер. службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 4 октября 2005 г. 0100/8129-05-32. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. — 16.09.14.
66. О Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года»: Постановление Правительства Свердловской области от 26 июня 2009 г. № 737-ПП. — Екатеринбург, 2009. — 14 с.
67. О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13 февраля 2012 г. № 16. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 19.09.2014.
68. О подготовке тьюторов по программе профилактики ВИЧ-инфекции в государственных образовательных учреждениях профессионального образования Свердловской области, подведомственных Министерству общего и профессионального образования Свердловской области: приказ Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 30 авг. 2013 г. № 567-и. — Екатеринбург, 2013. — 14 с.
69. О предложениях в проект Плана реализации «Государственной Стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в Российской Федерации на 2014–2020 годы»: письмо Правительства Свердловской области от 23 окт. 2013 г. № 01-01-86/17489. — Екатеринбург, 2013. — 9 с.
70. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): федер. закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (ред. от 28 декабря 2013 г., с изм. от 4 июня 2014 г.). — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 17.09.2014.
71. О проведении мероприятий по внедрению профилактических технологий на пилотных площадках в рамках реализации Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года»: приказ Мин. здравоохранения Свердловской области, Мин. общего и профессионального образования Свердловской области, Управления Федер. Службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области от 18 мая 2010 г. № 451-п/01-01-01-01-/218/139-и. — Екатеринбург, 2010. — 7 с.
72. О проведении поведенческого надзора среди больных ВИЧ-инфекцией: мет. рек. Минздравсоцразвития РФ от 20 сент. 2007 г. № 6966-РХ // Сборник нормативно-правовых актов и методических

- документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. — М., 2007. — Т. 2. Эпидемический надзор за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. — С. 49–218.
73. О профилактике наркомании и токсикомании на территории Свердловской области»: областной закон Свердловской области от 19 дек. 1997 г. № 78-ОЗ. — Электр. ресурс. — Официальный сайт Правительства Свердловской области. — Режим доступа: <http://www.midural.ru>. — 17.12.2014.
74. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: федер. закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (ред. от 23 июня 2014 г.) — Электр. ресурс. — Консультант Плюс. — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 17.09.2014.
75. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента Рос. Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 (ред. от 1 июля 2014 г.). — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. — 16.09.14.
76. О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»: постановление Правительства Рос. Федерации от 13 нояб. 2001 г. № 790. — Электр. ресурс. — Сайт «Предпринимательское право». — Режим доступа: <http://www.businesspravo.ru>. — 17.09.2014.
77. Об изменении вида режима и лимитов наполнения исправительных учреждений: приказ Мин. юстиции Рос. Федерации от 14 марта 2014 г. № 30. — Электр. ресурс. — Сайт «Техэксперт»: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru>. — 19.12.14.
78. Об областной государственной целевой программе «Неотложные меры по предупреждению распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» на 2007–2011 годы: закон Свердловской области от 30 июня 2006 г./ред. от 2 марта 2011 г. — Электр. ресурс. — Сайт «Информационно-правовой портал «Гарант», 2014. — Режим доступа: <http://www.garant.ru>. — 19.12.14.
79. Об областной государственной целевой программе «Профилактика и ограничение распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), наркомании и алкоголизма»: постановление Правительства Свердловской области от 30 июня 2005 г. № 521-ПП. — Электр. ресурс. — Сайт «Информационно-правовой портал «Гарант», 2014. — Режим доступа: <http://www.garant.ru>. — 19.12.14.
80. Об областной целевой программе «Безопасность жизнедеятельности населения Свердловской области» на 2011–2015 годы: Постановление Правительства Свердловской области от 11 окт. 2010 г. № 1488-ПП/ред. от 04.10.2013. — Электр. ресурс. —

- Сайт Мин. финансов Свердловской области. — Режим доступа: <http://minfin.midural.ru>. — 19.12.14.
81. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: закон Рос. Федерации от 21 нояб. 2011 г. №323-ФЗ (ред. от 21 июля 2014). — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 17.09.2014.
 82. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: распоряжение Правительства Рос. Федерации от 15 апреля 2014 г. №294. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс», 2014. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. — 16.09.14.
 83. Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ: приказ Мин. здравоохранения Рос. Федерации от 19 декабря 2003 г. №606. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс», 2014. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. — 16.09.14.
 84. Об утверждении Концепции демографической политики: указ Президента Рос. Федерации от 9 октября 2007 №1351/ред. от 1 июля 2014. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс», 2014. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. — 16.09.14.
 85. Об утверждении областной целевой программы «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории свердловской области» на 2011–2015 годы: постановление Правительства Свердловской области от 11 окт. 2010 г. №1473-ПП. — Электр. ресурс. — Официальный сайт Правительства Свердловской области. — Режим доступа: <http://www.midural.ru>. — 19.12.14.
 86. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): приказ Мин. здравоохранения Рос. Федерации от 8 ноября 2012 № 689н. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 19.09.2014.
 87. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: приказ Мин. здравоохранения Рос. Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н/ред. от 17 января 2014 г. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 19.09.2014.
 88. Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Свердловской области» на 2013–2020 годы: постановление Правительства Свердловской области от 8 июля 2013 г. №867-ПП. — Электр. ресурс. — Сайт Техэксперт: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru>. — 19.12.2014.

89. Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией: приказ Мин. здравоохранения и социального развития Рос. Федерации от 30 мая 2005 г. № 374. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 19.09.2014.
90. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ): приказ Мин. здравоохранения Рос. Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1512н. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 19.09.2014.
91. Образцова В.М. Медико-социальная характеристика и реабилитация детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, воспитывающихся в доме ребенка: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03/В.М. Образцова. — СПб., 2010. — 19 с.
92. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство/под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. — 624 с. — (Серия «Национальные руководства»).
93. Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы надзора за инфекционными болезнями в Российской Федерации: доклад на VI Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта, 2014)/Г.Г. Онищенко // Хроника: VI Ежегодный Всероссийский Конгресс по инфекционным болезням // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6., №2. — С. 124–126.
94. Онищенко Г.Г. Роль приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в реализации стратегии борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции в Российской Федерации/Г.Г. Онищенко, В.Ю. Смоленский // Гигиена и санитария. — 2011. — №2. — С. 9–18.
95. Операрио Д. Жизнь с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. Последствия социальной изоляции: региональный доклад о человеческом развитии, посвященный проблеме ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и СНГ: пер. с англ./Д. Операрио; Региональный центр ПРООН в Братиславе. — Братислава, 2008. — 73 с.
96. Организация медико-психологической помощи детям с перинатальной ВИЧ-инфекцией, лишившихся родительского попечения/К.Н. Додонов, Е.Е. Воронин, М.Ю. Фомина [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2. №4. — С. 67–74.
97. Организация межведомственного взаимодействия по программам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний (туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, гепатиты, наркомании): мет. рек. Минздравсоцразвития РФ от 20 апр. 2007 г. № 3212-РХ // Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. — М., 2007. — Т. 1. Организация работы службы

- по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации. — С. 73–84.
98. Особенности клинико-эпидемиологической и медико-социальной ситуации по ВИЧ-инфекции в Приморском крае/М.Е. Рассказова, В.Н. Рассказова, Н.Г. Садова [и др.] // *Фундаментальные исследования*. — 2012. — №4. — С. 105–108.
 99. Осуждение и изгнание: скрытая эпидемия ВИЧ-инфекции среди детей в Восточной Европе и Центральной Азии: пер. с англ./ЮНИСЕФ. — Женева, 2010. — 56 с.
 100. Паренкова И.А. Репродуктивное здоровье и качество жизни детей и подростков в условиях демографического кризиса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08, 14.01.01/И.А. Паренкова. — М., 2012. — 54 с.
 101. Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации/И.Б. Латышева, К.Н. Додонов, Е.Е. Воронин [и др.] // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. — 2012. — Т. 4., №3. — С. 71–77.
 102. Пивень Д.В. Инновационные технологии в вопросе профилактики ВИЧ-инфекции/Д.В. Пивень, Г.В. Ленок, Е.В. Попова // *Сибирский медицинский журнал*. — 2010. — №6. — С. 177–179.
 103. Плотникова Ю.К. Социология ВИЧ-инфицированности: проблемное поле, институциональное моделирование и социальный контроль: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.52/Ю.К. Плотникова. — Новосибирск, 2009. — 40 с.
 104. Погорила Н. Изучение распространенности ВИЧ и гепатита С, а также поведения, связанного с риском инфицирования, в группе потребителей инъекционных наркотиков г. Москвы, Екатеринбург, Омска и Орла в 2011 г./Н. Погорила, Ю. Таран // *Исследования НП «ЭСВЕРО»: отчеты по результатам исследования*. — М., 2011. — С. 36–127.
 105. Подымова А.С. Организация мониторинга за смертностью от туберкулеза в субъекте Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/А.С. Подымова. — М., 2004. — 29 с.
 106. Познякова Е.А. Перинатальная ВИЧ-инфекция: клинико-патогенетические варианты и особенности медицинского сопровождения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08/Е.А. Познякова. — Самара, 2011. — 25 с.
 107. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция — вызов инфекционистам России: доклад на VI Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта, 2014)/В.В. Покровский // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии: хроника: VI Ежегодный Всероссийский Конгресс по инфекционным болезням*. — 2014. — Т. 6., №2. — С. 124–126.
 108. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку: клинический протокол/Л.Ю. Афонина, Е.Е. Воронин, Ю.А. Фомин [и др.] // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. — 2013. — №3. — С. 1–16.

109. Прохорова О.Г. Актуальность распространения ВИЧ-инфекции в подростковой среде в Свердловской области/О.Г. Прохорова, А. С. Подымова, Н. В. Ножкина // Вестник уральской медицинской академической науки. — 2012. — №1. — С. 23–25.
110. Прохорова О.Г. К оценке ситуации по ВИЧ-инфекции и совершенствованию профилактики в Свердловской области/О.Г. Прохорова, Н. В. Ножкина, А. С. Подымова // Здоровье населения и среда обитания: информационный бюллетень. — Екатеринбург, 2013. — №9. — С. 29–31.
111. Прохорова О.Г. Развитие профилактики и медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям в Свердловской области/О.Г. Прохорова, Н. В. Ножкина // Вестник РГМУ. Научный медицинский журнал Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. — 2013. — №5–6. — С. 106–110.
112. Прохорова О.Г. Совершенствование комплексной профилактики в современных условиях развития эпидемии ВИЧ-инфекции в субъекте Федерации/О. Г. Прохорова, А. С. Подымова, Н. В. Ножкина // Уральский медицинский журнал. — 2014. — №6 (120). — С. 120–125.
113. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации среди женщин, употребляющих психоактивные вещества в период беременности/Н. В. Козырина, Н. Н. Ладная, И. В. Масевкина [и др.] // Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта, 2014 год). — М., 2014. — С. 136.
114. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации в 2006–2010 гг. данные когортного исследования/Н. В. Козырина, Н. Н. Ладная, И. В. Масевкина [и др.] // Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 24–26 марта 2014 год). — М., 2014. — С. 135–136.
115. Профилактика ВИЧ-инфекции: санитарно-эпидемиологические правила 3.1.5.2826–10: утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача Рос. Федерации от 11 января 2011 г. №1 // Российская газета. — 2011 г. — 15 апр. — №5457. — С. 22.
116. Профилактика заражения ВИЧ: методические рекомендации МР 3.1.0087–14. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014. — 51 с.
117. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в Приволжском федеральном округе/Н. Н. Зайцева, Е. Е. Кузоватова, Н. Н. Носов [и др.] // Медицинский альманах. — 2012. — №3 (22). — С. 78–81.
118. Психологические и психопатологические характеристики детей с ВИЧ-инфекцией (в связи с задачами комплексной комплаенса и реабилитации)/Н. В. Александрова, Е. Е. Воронин, М. Ю. Городнова [и др.] // Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы: материалы

- научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 25–26 сентября, 2014 г.). — СПб., 2014. — 31–40 с.
119. Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения/под ред. В. И. Стародубова, А. Е. Ивановой. — М.: Литтерра, 2012. — 360 с.
 120. Растегаева И. Н. Научное обоснование повышения роли диспансеризации в охране здоровья беременных женщин и родильниц: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/И. Н. Растегаева. — М., 2013. — 49 с.
 121. Рахманова А. Г. Организация и результаты медико-социальной помощи женщинам и детям, живущим с ВИЧ/А. Г. Рахманова, Е. Б. Ястребова, А. В. Самарина // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4., № 1. — С. 9–19.
 122. Рекомендации по организации обучения педагогических работников, работающих с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, а также родителей (законных представителей) детей по вопросам профилактики суицидального поведения обучающихся, употребления психоактивных веществ, распространения ВИЧ-инфекции и жестокого обращения с детьми: утв. Мин. образования и науки Рос. Федерации от 18 ноября 2013 г. № ВК-53/07ВН. — Электр. ресурс. — Сайт «КонсультантПлюс». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. — 19.09.2014.
 123. Руденко Ю. А. Современные подходы к ведению беременности, родов и состояние новорожденных у ВИЧ-инфицированных женщин в условиях сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01/Ю. А. Руденко. — Самара, 2013. — 24 с.
 124. Самарина А. В. Оценка эффективности затрат на проведение профилактики перинатального инфицирования ВИЧ и программ планирования семьи среди ВИЧ-инфицированных женщин/А. В. Самарина // Журнал инфектологии. — 2014. — Т. 6., № 1. — С. 78–83.
 125. Самарина А. В. Стратегия ограничения распространения ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста и риска перинатального заражения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01, 14.01.09/А. В. Самарина. — СПб., 2014. — 39 с.
 126. Самойлов М. И. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции на урбанизированных территориях: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.30/М. И. Самойлов. — М., 2008. — 24 с.
 127. Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных («кейс-менеджмент»): пер. с англ./Американский Международный Союз Здравоохранения. — М., 2008 г. — 113 с.
 128. Свердловская область в 2009–2013 годах: стат. сб./Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области. — Екатеринбург, 2014. — 251 с.
 129. Симонова Е. Г. Научно-методические и организационные основы системы управления эпидемическим процессом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.02/Е. Г. Симонова. — М., 2010. — 45 с.

130. Скворцова В.И. Доклад на итоговой коллегии Минздрава России/В.И. Скворцова // Итоговая коллегия Министерства здравоохранения России (Москва, 24 апреля, 2014 г.). — Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2014. — Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru>. — 16.09.14.
131. Смбалян С.М. Фундаментальные основы профилактики социально опасных заболеваний в субъекте Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/С.М. Смбалян. — М., 2010. — 52 с.
132. Совместные действия для достижения результатов: Рамочный документ с описанием целей ЮНЭЙДС на 2009–2011 годы: пер. с англ./Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) — Geneva, 2009. — 12 p.
133. Состояние здоровья населения и показатели деятельности системы здравоохранения Свердловской области (по данным годовых статистических отчетов за 2013 год): информационный бюллетень №21/ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр». — Екатеринбург, 2014. — 244 с.
134. Социально-демографическая безопасность России/под ред. В. А. Черешнева, А. И. Татаркина. — Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. — 864 с.
135. Социально значимые заболевания населения России в 2013 году (статистические материалы)/Департамент мониторинга, анализа, и стратегического развития здравоохранения Мин. здравоохранения Рос. Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Мин. здравоохранения Рос. Федерации. — М., 2014. — 71 с.
136. Спектор Ш.И. Научное обоснование системы комплексной профилактики наркомании и алкоголизма в субъекте федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33/Ш.И. Спектор. — М., 2008. — 48 с.
137. Таишева Л. А. Медико-организационные технологии профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07, 14.00.33/Л. А. Таишева. — М., 2009. — 45 с.
138. Тарасова О.В. Превентивные технологии в школьной медицине/О.В. Тарасова: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.07. — Архангельск, 2008. — 37 с.
139. Торшина И.Е. Оптимизация медицинской помощи детям и беременным, больным сифилисом, на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.10/И.Е. Торшина. — М., 2010. — 39 с.
140. Троценко О.Е. ВИЧ-инфекция/СПИД в Дальневосточном федеральном округе Российской Федерации (эпидемиологическая характеристика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.30/О.Е. Троценко. — М., 2005. — 47 с.
141. Укрепление действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков: пер. с англ./Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2009. — 15 с.

142. Филоненко Н.Г. Научное обоснование основных направлений повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/Н.Г. Филоненко. — М., 2009. — 24 с.
143. Фомина М.Ю. Заболевания нервной системы и организация комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий у детей с ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.11, 14.02.03/М.Ю. Фомина. — СПб., 2009. — 55 с.
144. Францева В.О. Научное обоснование и разработка системы межсекторального взаимодействия в решении медико-социальных проблем детей «группы риска» (социально-гигиеническое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/В.О. Францева. — М., 2011. — 48 с.
145. Царев С.А. Инновационная модель оказания наркологической помощи, как механизм снижения социальной стоимости наркомании: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.27, 14.02.03/С.А. Царев. — М., 2013. — 47 с.
146. Чижова Л.А. Клинико-иммунологические особенности течения заболеваний верхних дыхательных путей у детей, рожденных от женщин с ВИЧ и ВИЧ-ассоциированными заболеваниями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08/Л.А. Чижова. — Владивосток, 2012. — 22 с.
147. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях/Е.Н. Шиган. — М., 1986. — 208 с.
148. Шурыгина Т.Е. Организация профилактической работы среди подростков в условиях наркологического диспансера: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03/Т.Е. Шурыгина. — М., 2011. — 27 с.
149. Эйсмонт Н.В. Научное обоснование и разработка системы организации противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.02.03/Н.В. Эйсмонт. — М., 2013. — 47 с.
150. Яковлева Т.В. Инфекционные и паразитарные заболевания детей: социальные и демографические аспекты: доклад/Т.В. Яковлева // II международный форум Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: российский опыт (Санкт-Петербург, 4–6 декабря 2012 г.). — Электр. ресурс. — Сайт II международного форума «Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: российский опыт». — Режим доступа: <http://g8.niidi.ru>. — 19.12.2014.
151. Ястребова Е.Б. Обоснование и оценка эффективности медико-социальной помощи женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.09, 14.02.03/Е.Б. Ястребова. — СПб., 2011. — 45 с.
152. A short guide on methods: measuring the impact of national PMTCT programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive/World Health Organization. — Geneva, 2012. — 34 p.

153. Adolescent health epidemiology/WHO, 2013. — Электр. ресурс. — Сайт WHO. — <http://www.who.int>. — 29.07.13.
154. Adoption of national recommendations related to use of antiretroviral therapy before and shortly following the launch of the 2013 WHO consolidated guidelines/L. J. Nelson, M. Beusenber, V. Habiyambere [et al.] // AIDS. — 2014. — №28. — Suppl. 2. — P. 217–224.
155. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach: 2010 version/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 105 p.
156. Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach — 2010 revision/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 194 p.
157. Community and service provider views to inform the 2013 WHO consolidated antiretroviral guidelines: key findings and lessons learnt // A. C. Hsieh, G. Mburu, A. B. J. Garner [et al.] // AIDS. — 2014. — №28. — Suppl. 2. — P. 205–216.
158. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach June 2013/World Health Organization. — Geneva, 2013. — 269 p.
159. Core epidemiological slides. HIV/AIDS estimates/WHO. — 2013. — Электр. ресурс. — Сайт WHO. — <http://www.who.int>. — 8.07.14.
160. Declaration of Commitment on HIV/AIDS:/Twenty-sixth special session Resolution № S-26/2 adopted by the General Assembly 27 June 2001. — New York, 2001. — 15 p.
161. Developing dosing guidance for new and upcoming formulations of paediatric antiretrovirals in line with Treatment 2.0 priorities: Meeting Report/World Health Organization. — Geneva, 2012. — 31 p.
162. Developing the 2013 WHO consolidated antiretroviral guidelines/P. J. Easterbrook, C. J. Irvine, M. Vitoria [et al.]. — AIDS. — 2014. — №28. — Suppl 2. — P. 93–100.
163. Early initiation of antiretroviral therapy in HIV-infected adults and adolescents: a systematic review // A. Anglemyer, G. W. Rutherford, P. J. Easterbrook [et al.] // AIDS. — 2014. — №28. — Suppl. 2. — P. 105–118.
164. Essajee S. Laboratory needs for elimination of mother-to-child transmission/Essajee S. // Meeting report: 2011 annual meeting of the interagency task team on prevention and treatment of HIV infection in pregnant women, mothers and their children. Geneva, Switzerland (May 2–3, 2011). — Geneva, 2011. — P. 16.
165. European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015/WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2011. — 70 p.
166. Generating demand and community support for sexual and reproductive health services for young people: a review of the literature and programmes/World Health Organization. — Geneva, 2009. — 106 p.
167. Getting to zero: 2011–2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). — Geneva, 2010. — 63 p.

168. Global epidemic and health care response: powerpoint slides/WHO, 2013. — Электр. ресурс. — Сайт WHO. — <http://www.who.int/hiv/data/en>. — 16.07.13.
169. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis/World Health Organization. — Geneva, 2014. — 23 p.
170. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks/World Health Organization. — Geneva, 2009. — 55 p.
171. Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011–2015/WHO. — Geneva, 2011. — 40 p.
172. Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011/World Health Organization. — Geneva, 2011. — 224 p.
173. Global monitoring framework and strategy for the global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive (EMTCT), April 2012/World Health Organization, UNICEF. — Geneva, 2012. — 54 p.
174. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive 2011–2015/UNAIDS. — Geneva, 2011. — 44 p.
175. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). — Geneva, 2013. — 193 p.
176. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities: WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS/World Health Organization, UNICEF, UNAIDS. — Geneva, 2013. — 124 p.
177. Guidance on global scale-up of the prevention of mother to child transmission of HIV: towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children/Inter-Agency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children. — Geneva, 2007. — 35 p.
178. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance/World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. — Geneva, 2000. — 40 p.
179. Guidelines on HIV and infant feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 49 p.
180. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO Guidelines Review Committee: Recommendations on child health/World Health Organization. — Geneva, 2013. — 31 p.
181. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO Guidelines Review Committee: Recommendations on maternal and perinatal health/World Health Organization. — Geneva, 2013. — 16 p.

182. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century/The Regional Office for Europe of the World Health Organization. — Copenhagen, 2013. — 182 p.
183. Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade: Summary/World Health Organization. — Geneva, 2014. — 14 p.
184. Health in the European Union: Trends and analysis/P. Mladovsky, S. Allin, Cr. Masseria [et al]/World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. — Copenhagen, 2009. — 164 p.
185. Health systems implications of the 2013 WHO consolidated antiretroviral guidelines and strategies for successful implementation/C. Holmes, Y. Pillay, A. Mwangi [et al.] // AIDS. — 2014. — №28. — Suppl. 2. — P. 231–239.
186. Highlights 2012–2013: Progress Report/World Health Organization, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. — Geneva, 2014. — 38 p.
187. Hindin M. J. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries/M. J. Hindin, C. S. Christiansen, B. J. Ferguson // Bulletin of the World Health Organization. — 2013. — №91. — P. 10–18.
188. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers/World Health Organization. — Geneva, 2013. — 81 p.
189. HIV Interventions for Most-at-Risk Young People: Inter-Agency Task Team on HIV and Young People: Guidance brief/United Nations Population Fund, UNAIDS, UNICEF [et al.]. — New York, 2008. — 7 p.
190. HIV Interventions for Young People in the Education Sector: Inter-Agency Task Team on HIV and Young People: Guidance brief/United Nations Population Fund, UNAIDS, UNICEF [et al.]. — New York, 2008. — 6 p.
191. HIV operational plan 2012–2013: WHO's support to implement the Global health sector strategy on HIV/AIDS/World Health Organization. — Geneva, 2012. — 40 p.
192. HIV programme: Achieving our goals: Operational plan 2014–2015/World Health Organization. — Geneva, 2014. — 29 p.
193. HIV/AIDS and other STIs // Global Health Observatory Data Repository. — Электр. ресурс. — Сайт WHO. — <http://www.who.int>. — 8.07.14.
194. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012: Surveillance Report/European Centre for Disease Prevention and Control. The WHO Regional Office for Europe. — Stockholm, 2012. — 87 p.
195. HIV/AIDS treatment and care: Clinical protocols for the WHO European Region/edited by I. Eramova, S. Matic, M. Munz/WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2007. — 496 p.

196. IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV: participant manual/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 114 p.
197. Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report from the 2005/2006 Survey/C. Currie, S.N. Gabhainn, E. Godeau [et al.] // WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2008. — 206 p.
198. Injuries and violence: the facts/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 19 p.
199. Interagency task team on prevention and treatment of HIV infection in pregnant women, mothers and their children: Report of the Meeting of the Paediatric Working Group Developing an Optimized list of Paediatric ARV Formulations // WHO. — Geneva, 2012. — 10 p.
200. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences/D. V. McQueen, M. Wismar, V. Lin [et al.] // WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. — Copenhagen, 2012. — 206 p.
201. Larson H.J. Redesigning the AIDS response for long-term impact/H. J. Larson, S. Bertozzi, P. Piot // Bulletin World Health Organization. — 2011. — Vol. 89, № 11. — P. 846–852.
202. Maternal, newborn, child and adolescent health: progress report 2010–2011: highlights/World Health Organization. — Geneva, 2012. — 42 p.
203. McClure C. Treatment 2.0/C. McClure, M. Simao // Meeting report: 2011 annual meeting of the interagency task team on prevention and treatment of HIV infection in pregnant women, mothers and their children. Geneva, Switzerland (May 2–3, 2011). — Geneva, 2011. — P. 16–17.
204. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: meeting report/World Health Organization. — Geneva, 2013. — 67 p.
205. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting/UNAIDS. — Geneva, 2009. — 135 p.
206. Optimization of antiretroviral therapy in HIV-infected children under 3 years of age: a systematic review/M. Penazzato, A. J. Prendergast, L. M. Muhe [et al.] // AIDS. — 2014. — № 28. — Suppl 2. — P. 137–146.
207. Pediatric advocacy: Toolkit: For improved pediatric HIV diagnosis, care and treatment in high HIV prevalence countries and regions/WHO, UNICEF. — Geneva, 2011. — 20 p.
208. PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 34 p.
209. Policy requirements for HIV testing and counselling of infants and young children in health facilities/World Health Organization, UNICEF. — Geneva, 2010. — 20 p.
210. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS: Resolution № 65/277 adopted by the General Assembly of the United Nations, Sixty-fifth session, 10 June 2011. —

- New York, 2011. — 17 p. — Электр. ресурс. — Сайт UNAIDS. — Режим доступа: <http://www.unaids.org>. — 29.07.2013.
211. Preventing mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding/The Kesho Bora Study Group. — Geneva, 2011. — 3 p.
 212. Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information brief/WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development. — Geneva, 2008. — 19 p.
 213. Rapid Advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Version 2/World Health Organization. — Geneva, 2009. — 12 p.
 214. Ross D. Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people/D. Ross, B. Dick, J. Ferguson // World Health Organization. — Geneva, 2006. — 348 p.
 215. Scale up of HIV-related prevention, diagnosis, care and treatment for infants and children: a programming framework/World Health Organization, UNICEF. — Geneva, 2008. — 75 p.
 216. Securing the Future Today. Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People/UNAIDS. — Geneva, 2011. — 106 c.
 217. Siberry G. Commentary: When to start and what to use in children — recommendations and rationale/G. Siberry, D. Tindyebwa // AIDS. — 2014. — №28 (Suppl 2). — P. 133–135.
 218. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey/C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan [et al.]/WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2012. — 252 p.
 219. Strengthening the adolescent component of HIV/AIDS and reproductive health programmes: a training course for public health managers/World Health Organization. — Geneva, 2011. — 167 p.
 220. Suhrcke M. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence/M. Suhrcke, C. de Paz Nieves // WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2011. — 35 p.
 221. The new European policy for health—Health 2020: Doc. №EUR/RC61/Inf. Doc./4/Regional Committee for Europe, Sixty-first session (Baku, 12–15 September 2011) // WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2011. — 103 p.
 222. The strategic use of antiretrovirals to help end the HIV epidemic/World Health Organization. — Geneva, 2012. — 51 p.
 223. The top 10 causes of death/Fact sheet. — June 2011. — №310. — Электр. ресурс. — Сайт WHO. — Режим доступа: <http://www.who.int>. — 16.07.13.
 224. Toolkit, Expanding and Simplifying Treatment for Pregnant Women Living with HIV: Managing the Transition to Option B/B+/World Health Organization, UNICEF. — Geneva, 2013. — 117 p.
 225. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009/WHO. — Malta, 2009. — 162 p.

226. Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV: Report of a WHO technical consultation 9–11 November 2010/World Health Organization. — Geneva, 2011. — 81 p.
227. Tsague L. Commentary: Antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women — the shifting paradigm/L. Tsague, E. J. Abrams // AIDS. — 2014. — №28 (Suppl 2). — P. 119–121.
228. United Nations Millennium Declaration: Resolution №55/2, adopted by the General Assembly the United Nations, Fifty-fifth session (18 September, 2000). — New York, 2000. — 9 p. — Электр. ресурс. — Сайт Организации Объединенных Наций. — <http://www.un.org>. — 10.09.14.
229. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: programmatic update/World Health Organization. — Geneva, 2012. — 5 p.
230. We can empower young people to protect themselves from HIV/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). — Geneva, 2010. — 14 p.
231. What we've achieved together: report of the Regional Director on the work of WHO in the European Region in 2010–2011/WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2012. — 64 p.
232. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs/M. Mahy, J. Stover, K. Kiragu [et al.] // Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV: Report of a WHO technical consultation 9–11 November 2010. — Geneva, 2011. — P. 48–55.
233. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries/World Health Organization. — Geneva, 2011. — 195 p.
234. WHO HIV/AIDS strategy for 2011–2015: Doc. № WHA63.19, adopted 21 May 2010 by the Sixty-third World Health Assembly. — 3 p. — Электр. ресурс. — Сайт WHO. — Режим доступа: <http://www.who.int>. — 24.12.2012.
235. WHO recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children/World Health Organization. — Geneva, 2010. — 56 p.
236. World health statistics 2014/World Health Organization. — Geneva, 2014. — 177 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Межведомственный комплексный план по первичной, вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции на _____ год на территории _____

(наименование муниципального образования)

Цель: взаимодействие различных заинтересованных служб и ведомств муниципального образования для решения следующих задач:

1. предотвращение новых случаев инфицирования ВИЧ населения муниципального образования;
2. раннее выявление ВИЧ-инфекции, особенно среди уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения и групп повышенного риска заражения ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков, лица, имеющие большое количество половых партнеров, половые партнеры ПИН, лица, употребляющие алкоголь);
3. снижение риска перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
4. своевременное начало лечения ВИЧ-инфицированных;
5. улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных;
6. социализация ВИЧ-инфицированных.

Нормативное обеспечение: СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», распоряжение Правительства Свердловской области от 29.01.2008 г. №44-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области», приказ Министерства социальной защиты населения Свердловской области и Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.09.2011/19.09.2011 гг. №918-П/838 «Об организации взаимодействия системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области».

№	Наименование мероприятия	Механизм реализации	Ответственный исполнитель	Ожидаемый результат
1.	Организация и проведение мероприятий, направленных на информирование и обучение учащихся, специалистов учреждений образования по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции	В соответствии с приказом Министра здравоохранения Свердловской области и Министра общего и профессионального образования Свердловской области от 01.12.2011 г. №855-и/1344-п «О внедрении программы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательные учреждения Свердловской области»	Орган управления образованием ОЦ СПИД и ИЗ	Достижение 95% уровня охвата учащихся образовательных учреждений информацией о профилактике ВИЧ-инфекции
2.	Выявление (выяснение) факторов инфицирования ВИЧ-инфекции среди пациентов учреждений здравоохранения: — употребление психоактивных веществ (ПАВ) самим пациентом или его половым партнером — большое количество половых партнеров у пациента и их половые партнеры — ранее пребывание в местах лишения свободы — беспризорность и безнадзорность подростков	Обучение медицинского персонала всех структурных подразделений учреждения здравоохранения: 1. сбору данных по наличию факторов инфицирования ВИЧ-инфекции среди пациентов (эпидемиологический анамнез) 2. признакам употребления ПАВ 3. клиническим признакам ВИЧ-инфекции	Руководитель учреждения здравоохранения ОЦ СПИД и ИЗ	100% обследование на ВИЧ лиц, относящихся к группам высокого риска 100% обследование на ВИЧ лиц, стоящих на наркологическом диспансерном учете
3.	Направление на обследование на ВИЧ-инфекцию среди подлежащих контингентов с проведением до и послетестового консультирования	1. Обучение медицинского персонала всех структурных подразделений учреждения здравоохранения методике консультирования до и после теста на ВИЧ 2. Внедрение в работу экспресс-формы консультирования — вкладыша в амбулаторную карту (историю болезни)	Руководитель учреждения здравоохранения ОЦ СПИД и ИЗ	100% проведение до и послетестового консультирования

4.	Своевременная постановка на диспансерный учет в КДК (КИЗ) — в течение 30 дней с момента выявления ВИЧ-инфекции	Патронажная работа сотрудниками КДК (КИЗ) или участковой службой	Руководитель учреждения здравоохранения	Показатель доходимости впервые выявленных — 80% в течение 30 дней
5.	Подготовка и утверждение и реализация совместного приказа учреждения здравоохранения и учреждения социальной защиты населения по взаимодействию в части оказания комплексной помощи ВИЧ-инфицированным и профилактики ВИЧ	В соответствии с приказом МЗ СО и МСЗН СО от 16.09.2011/19.09.2011 г. №918-П/838	Руководитель учреждения здравоохранения Руководитель учреждения социальной защиты населения	
6.	Организация деятельности меж-профессиональной команды (МПК) в учреждении здравоохранения	Привлечение к работе МПК нарколога, фтизиатра, гинеколога, психолога, социального работника. При отсутствии социального работника привлечение доверенного специалиста из учреждения социальной защиты. Поддержка работы равных консультантов и (или) волонтеров	Руководитель учреждения здравоохранения ОЦ СПИД и ИЗ	Охват диспансерным наблюдением 85% подлежащих контингентов с выполнением действующих стандартов.
7.	Взаимодействие врача-инфекциониста КДК (КИЗ) учреждения здравоохранения и доверенных специалистов учреждений социальной защиты населения по оказанию комплексной психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным		Руководитель учреждения социальной защиты населения Руководитель учреждения здравоохранения ОЦ СПИД и ИЗ	Оказание комплексной медико-психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам

№	Наименование мероприятия	Механизм реализации	Ответственный исполнитель	Ожидаемый результат
8.	Выявление (выяснение) факторов инфицирования ВИЧ-инфекции среди клиентов учреждений социальной защиты, проведение мотивационного консультирования, направленное на обращение в учреждение здравоохранения для прохождения обследования на ВИЧ	Обучение специалистов учреждений социальной защиты различным вопросам ВИЧ-инфекции, в том числе по факторам инфицирования, мотивационному консультированию	Руководитель учреждения социальной защиты населения ОЦ СПИД и ИЗ	Увеличение уровня обследования на ВИЧ лиц, относящихся к группам высокого риска
9.	Привлечение лиц с известным ВИЧ-статусом к диспансерному наблюдению и регулярному обследованию у врача инфекциониста	Патронажная работа социальной службы и взаимодействие учреждений социальной защиты населения с врачом инфекционистом	Руководитель учреждения социальной защиты населения Руководитель учреждения здравоохранения ОЦ СПИД и ИЗ	60% эффективность патронажной работы — число пришедших после активного вызова (числитель — пришедшие за месяц, знаменатель — число лиц, с которыми был контакт)
10.	Выявление (выяснение) факторов инфицирования ВИЧ-инфекции с последующим и тестированием на ВИЧ среди задержанных в изоляторах временного содержания, специальных приемниках, центрах временной изоляции несовершеннолетних, приютах для беспризорных	Обучение сотрудников территориального органа МВД по различным вопросам ВИЧ-инфекции Обеспечение специальных учреждений экспресс-тестами на ВИЧ-инфекцию	Руководитель территориального органа МВД ОЦ СПИД и ИЗ	Увеличение уровня обследования на ВИЧ лиц, относящихся к группам высокого риска

11.	Предоставление информационных материалов по ВИЧ-инфекции и прямое информирование клиентов о необходимости и местах тестирования, с целью профилактики профессионального заражения обучение и регулярное тестирование на ВИЧ-инфекцию	Обучение сотрудников территориального органа МВД по различным вопросам ВИЧ-инфекции Обеспечение специальных учреждений информационными профилактическими материалами	Руководитель территориального органа МВД ОЦ СПИД и ИЗ	Профилактика ВИЧ-инфекции среди групп высокого риска
12.	Организация выявления и первичной профилактики ВИЧ-инфекции среди работающей молодежи	Включение в работу межведомственной комиссии отчет руководителей предприятий и организаций ст. 4.8 «Генерального соглашения между общероссийским объединением профсоюзов, общероссийским объединением работодателей и Правительством РФ на 2011–2013 гг.» о профилактике социально значимых заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и наркомании. Организация экспресс тестирования на ВИЧ. Распространение информационных профилактических материалов	Заместитель главы по социальной политике ОЦ СПИД и ИЗ	
13.	Организация экспресс тестирование среди различных групп населения	Организация работы мобильного пункта экспресс тестирования на ВИЧ	Заместитель главы по социальной политике ОЦ СПИД и ИЗ	
14.	Привлечение средств массовой информации для проведения разъяснительной работы среди населения о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции	Обучение представителей средств массовой информации по проблеме ВИЧ-инфекции. Трансляция видео- и аудиоматериалов по профилактике ВИЧ-инфекции на радио и телевизионных каналах, в кинотеатрах и т. д.	Заместитель главы по социальной политике ОЦ СПИД и ИЗ	Достижение 95-процентного уровня охвата населения информацией о профилактике ВИЧ-инфекции

**Макет технического задания
на выполнение мероприятий по профилактике
ВИЧ-инфекции среди работающего
населения Свердловской области**

Цель: снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции среди работающего населения Свердловской области, снижение дискриминации и повышение толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, путем информирования целевых групп населения по вопросам ВИЧ-инфекции.

Характеристика целевой группы:

Целевая группа — руководители и работники предприятий, организаций и учреждений.

Уровень охвата целевой группы:

В течение года реализации программы рекомендуется охватить не менее 80% от числа представителей целевой группы.

Нормативное обеспечение:

Санитарные правила 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 13.02.2012 №16 «О неотложных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20.09.2007 г. №6965-РХ «Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции», распоряжение Правительства Свердловской области от 17.05.2013 г. №629-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области».

Описание деятельности:

1 этап: Выбор предприятий, организаций и учреждений для проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

2 этап: Проведение обучающих семинаров для лиц, ответственных за реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на промышленных предприятиях, в организациях и учреждениях муниципального образования.

Целью проведения семинара является мотивация руководителей и ответственных лиц на проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

3 этап: Разработка и реализация профилактических программ, направленных на ограничение распространения ВИЧ-инфекции среди сотрудников предприятий, организаций, учреждений.

Программа профилактики ВИЧ-инфекции должна содержать:

- включение в коллективные договоры обязательства по проведению информационно-разъяснительной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и принятие политики предприятий по ВИЧ/СПИД на рабочем месте;

- включение вопросов по профилактике ВИЧ-инфекции в программы вводного и повторных инструктажей по охране труда;

- издание и распространение информационных материалов (печатных, аудио- и видеоматериалов) среди работников;

- оформление информационных стендов с размещением на них листовок и буклетов по ВИЧ-инфекции;

- осуществление мониторинга эффективности профилактической деятельности с проведением анкетирования.

Программа рекомендуется к реализации учреждениям здравоохранения, учреждениям социального обслуживания населения, учреждениям культуры, учреждениям образования, некоммерческим общественным организациям, работающим в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

План мероприятий и ожидаемые результаты

№	Мероприятие	Требования к выполнению мероприятия	Индикатор
1.	Проведение обучающих семинаров для руководителей и лиц, ответственных за реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на промышленных предприятиях, в организациях и учреждениях муниципального образования	1. Участники семинара: — руководители подразделений, отделов и т. д. — представители службы управления персоналом, профсоюзных организаций, охраны труда, медицинские сотрудники 2. Количество семинаров на каждом предприятии — не менее 2 3. Охват участников на каждом предприятии — не менее 10 человек 4. Темы для освещения на семинаре: — факторы инфицирования ВИЧ-инфекцией — понятие о ВИЧ — эпидемиология ВИЧ-инфекции — некоторые вопросы клиники ВИЧ-инфекции — вопросы тестирования на ВИЧ — дискриминация и стигма при ВИЧ/СПИДе — личная профилактика заражения ВИЧ — правовые и социальные вопросы при ВИЧ-инфекции 5. При подготовке к семинару необходимо согласование с ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» (привлечение специалистов)	Определение и привлечение к выполнению поставленных задач ответственных специалистов
2.	Включение в коллективные договоры обязательства по проведению профилактической работы по ВИЧ-инфекции на рабочем месте	Рекомендации по включению в коллективные договоры обязательства по проведению профилактической работы по ВИЧ-инфекции на рабочем месте прилагаются	Определение политики предприятия по профилактике ВИЧ-инфекции

3.	Включение вопросов по профилактике ВИЧ-инфекции в программы вводного и повторных инструктажей по охране труда	Информация по ВИЧ-инфекции для проведения вводного и повторных инструктажей по охране труда прилагается (приложение)	Охват информацией по ВИЧ-инфекции не менее 95% работников
4.	Изготовление и распространение информационных материалов по профилактике ВИЧ-инфекции среди сотрудников промышленных предприятий, организаций и учреждений		Охват информацией по ВИЧ-инфекции не менее 95% работников
4.1	Брошюра «Знать, чтобы жить»	Электронный макет можно получить в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»	
4.2	Буклет «Знать, чтобы жить»		
4.3	Листовка «Остановить можешь ты»		
4.4	Брошюра «Учебный элемент»		
4.5	Диск с видеофильмом «Профилактика ВИЧ-инфекции»		
5.	Осуществление мониторинга эффективности профилактических программ на предприятиях, организациях и в учреждениях с проведением анкетирования	Мониторинг осуществляется посредством выборочного анкетирования 1 раз в год при проведении повторных инструктажей по технике безопасности с последующим анализом уровня информированности сотрудников (приложение №4)	Уровень информированности по ВИЧ-инфекции не менее 95%

**Макет технического задания
на выполнение мероприятий по профилактике
ВИЧ-инфекции среди лиц, относящихся
к уязвимым ВИЧ-инфекции группам
населения и группам повышенного риска**

Цель: взаимодействие различных заинтересованных служб, ведомств и общественных объединений муниципального образования для решения следующих задач:

1. раннее выявление ВИЧ-инфекции, особенно среди уязвимых ВИЧ-инфекции групп населения (потребители инъекционных наркотиков (далее ПИН));
2. раннее выявление ВИЧ-инфекции среди групп повышенного риска заражения ВИЧ (лица, употребляющие алкоголь, лица, имеющие большое количество половых партнеров, половые партнеры ПИН, безнадзорные подростки);
3. своевременное начало лечения ВИЧ-инфицированных;
4. улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных;
5. социализация ВИЧ-инфицированных.

Характеристика целевой группы:

Целевая группа — уязвимые ВИЧ-инфекции группы населения (потребители инъекционных наркотиков) и группы повышенного риска заражения ВИЧ (лица, вернувшиеся из мест лишения свободы, лица, употребляющие алкоголь, лица, имеющие большое количество половых партнеров, половые партнеры ПИН, безнадзорные подростки).

Уровень охвата целевой группы:

В течение года реализации программы рекомендуется охватить не менее 30% от числа представителей уязвимых ВИЧ-инфекции групп населения (потребители инъекционных наркотиков) и 30% представителей групп повышенного риска заражения ВИЧ (лица, освободившиеся из мест лишения свободы, лица, употребляющие алкоголь, лица, имеющие большое количество половых партнеров, половые партнеры ПИН, безнадзорные подростки).

Нормативное обеспечение:

СП 3.1.5.2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 13.02.2012 №16 «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20.09.2007 №6965-РХ «Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции», распоряжение Правительства Свердловской области от 17.05.2013 г. №629-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области».

Описание деятельности:

1 этап: Организация межведомственного взаимодействия специалистов учреждений системы профилактики (учреждения здравоохранения, учреждения социального обслуживания населения, правоохранительные органы и др.), общественных объединений, вовлеченных в систему выявления, профилактики и оказания помощи уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения и группам повышенного риска заражения ВИЧ.

Для развития сети доверенных специалистов и повышения доступности медицинской помощи и социальных услуг для целевых групп необходимо проведение обучающих мероприятий для вышеуказанных специалистов.

2 этап: Организация пункта низкого порога медико-социальной помощи уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения и группам повышенного риска заражения ВИЧ с созданием условий для оказания следующих услуг:

1. предоставление информации по профилактике ВИЧ-инфекции, способах снижения риска для здоровья при употреблении наркотиков;
2. экспресс-тестирование на ВИЧ, вирусный гепатит В, сифилис;
3. направление (сопровождение) клиента в учреждение здравоохранения с целью обследования на ВИЧ-инфекцию, вирусный гепатит В, сифилис классическими методами;
4. первичный доврачебный прием (осмотр на наличие кожных и заразных заболеваний);

5. консультирование по вопросам получения наркологической помощи и реабилитации;
 6. консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, приверженности к антиретровирусной терапии, к диспансерному наблюдению у врача-инфекциониста, нарколога;
 7. консультирование по вопросам планирования семьи, контрацепции, профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
 8. психологическое консультирование;
 9. социальное консультирование и содействие в получении социальных услуг (восстановление документов, оформление регистрации, оформление медицинского полиса и т. д.);
 10. социальное сопровождение до учреждения здравоохранения с целью облегчения получения медицинской помощи;
 11. предоставление продуктовых наборов;
 12. предоставление профилактических средств (презервативы) и медикаментов (витамины, мази-венотоники);
 13. предоставление информационных материалов по ВИЧ-инфекции.
- 3 этап: Установление контакта и оказание услуг закрытым социальным группам вне медицинских и социальных учреждений.

Программа рекомендуется к реализации учреждениям здравоохранения, учреждениям социального обслуживания населения, некоммерческим общественным организациям, работающим в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

	<i>Мероприятие</i>	<i>Требования к выполнению мероприятия</i>	<i>Индикатор</i>
1.	<p>Проведение семинара (совещания) с целью организации межведомственного взаимодействия по выявлению ВИЧ-инфекции, профилактике ВИЧ-инфекции и оказанию медицинской помощи и социальных услуг уязвимым группам населения и группам повышенного риска заражения ВИЧ</p>	<p>1. Участники семинара (совещания): — специалисты учреждения здравоохранения (инфекционист, фтизиатр, нарколог, дерматовенеролог), — специалисты учреждения социального обслуживания населения, — сотрудники правоохранительных органов (участковые уполномоченные), — представители общественных объединений, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.</p> <p>2. Темы для освещения на семинаре: — факторы инфицирования ВИЧ-инфекции — консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и приверженности к наблюдению и лечению; — особенности оказания медицинской помощи и социальных услуг уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения; — условия создания «сети» доверенных специалистов для оказания низкопороговой помощи уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения.</p> <p>3. При подготовке к семинару необходимо согласование с ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» (привлечение специалистов)</p>	<p>Определение и привлечение к выполнению поставленных задач доверенных специалистов из учреждения здравоохранения (инфекционист, фтизиатр, нарколог, дерматовенеролог) и учреждения социального обслуживания населения</p>

	<i>Мероприятие</i>	<i>Требования к выполнению мероприятия</i>	<i>Индикатор</i>
2.	Создание пункта низкопороговой медико-социальной помощи уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения и группам повышенного риска заражения ВИЧ	<p>1. Пункт рекомендуется размещать с условием приближения получения медицинской помощи и социальных услуг уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения и группам повышенного риска заражения ВИЧ (в учреждениях здравоохранения, учреждениях социального обслуживания населения).</p> <p>2. Пункт должен быть оборудован помещением для проведения консультирования клиентов, для первичного доврачебного приема для осуществления экспресс-тестирования на ВИЧ, вирусный гепатит В, сифилис.</p> <p>3. Помещение должно быть отремонтированным, чистым, хорошо проветриваться и легко подвергаться влажной уборке, оборудованным раковиной для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды.</p> <p>4. Штатные сотрудники: — медицинская сестра (фельдшер); — психолог и/или социальный работник; — «равный» консультант.</p> <p>Сотрудники должны пройти подготовку с привлечением ГБУЗ СО «ОЦ СПИД».</p> <p>5. Оборудование и оснащение: — стол для медицинской сестры (фельдшера); — не менее 2 стульев; — кушетка; — шкаф для хранения расходных, профилактических и информационных материалов; — уборочный материал, моющие и дезинфицирующие средства, бактериальные лампы (дезар); — аптечка «АнтиВИЧ»; — средства индивидуальной защиты работников (перчатки, маски); — экспресс-тесты по выявлению антител к ВИЧ, вирусному гепатиту В, сифилису; — презервативы; — мази-венотоники для потребителей инъекционных наркотиков; — витамины; — продуктовые наборы для лиц, получающих лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза в качестве поддержки их приверженности; — информационные материалы; — журнал регистрации клиентов и оказываемых услуг</p>	Создание условий для предоставления уязвимым группам населения различных видов помощи вне зависимости от уровня их мотивации на изменение поведения

	<i>Мероприятие</i>	<i>Требования к выполнению мероприятия</i>	<i>Индикатор</i>
3.	Оказание услуг уязвимым ВИЧ-инфекции группам населения и группам повышенного риска заражения ВИЧ на пункте низкопороговой медико-социальной помощи:		
3.1	Консультирование	Консультирование проводит обученный сотрудник пункта низкопороговой медико-социальной помощи. Темы консультирования: — профилактика ВИЧ-инфекции, — способы снижения риска для здоровья при употреблении наркотиков, — получение наркологической помощи и реабилитации, — приверженность к антиретровирусной терапии, к диспансерному наблюдению у врача-инфекциониста, нарколога, — планирование семьи, — контрацепция, — профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	Количество консультаций — 100% от числа обращений
3.2	Экспресс-тестирование на ВИЧ, вирусный гепатит В, сифилис	Проводится в соответствии с «Порядком проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию с применением экспресс-тестов, их использования, хранения и учета результатов», утвержденным главным врачом ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» от 11 апреля 2013 г. Количество экспресс тестов определяется из расчета — не менее 75% от числа целевой группы	Количество обследованных — 100% от числа подлежащих контингентов (ранее не обследованных)
3.3	Первичный доврачебный прием	Осмотр проводится медицинским работником (фельдшер, медицинская сестра) на наличие кожных и заразных заболеваний	Количество осмотров — 100% от числа целевой группы
3.4	Содействие в получении социальных услуг	Восстановление документов, оформление регистрации, оформление медицинского полиса и т. д.	Количество социальных услуг — 100% от подлежащих контингентов

	<i>Мероприятие</i>	<i>Требования к выполнению мероприятия</i>	<i>Индикатор</i>
3.5	Социальное сопровождение до учреждения здравоохранения	Сопровождение до учреждения здравоохранения осуществляется с целью облегчения доступа к медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> — постановка на диспансерный учет к врачу-инфекционисту клиничко-диагностического кабинета, — назначение и получение антиретровирусной терапии, — флюорографическое обследование на туберкулез, — туберкулинодиагностика, — прием дерматовенеролога, — прием нарколога 	Количество клиентов, получивших необходимую помощь — 100% от подлежащих контингентов
3.6	Предоставление продуктовых наборов	Состав набора: <ul style="list-style-type: none"> — 1 банка тушенки говяжьей 450 г, — 1 банка сгущенного молока 400 г, — 1 упаковка каши быстрого приготовления 500 г. Наборы предоставляются ВИЧ-инфицированным клиентам, получающим (подлежащим) антиретровирусную терапию, лечение туберкулеза, химиопрофилактику туберкулеза, химиопрофилактику перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Количество наборов определяется из расчета — обеспечение 100% подлежащих ВИЧ-инфицированных с кратностью выдачи 1 раз в месяц	Количество клиентов, получивших продуктовые наборы — 100% от подлежащих
3.7	Предоставление презервативов	Презервативы предоставляются не менее 50% клиентов из расчета — не менее 10 штук в месяц	Количество клиентов, получивших презервативы — 50% от целевой группы

	<i>Мероприятие</i>	<i>Требования к выполнению мероприятия</i>	<i>Индикатор</i>
3.8	Предоставление медикаментов	<p>Состав медикаментов: — поливитамины, упаковка по 30 шт., — мазь-венотоник.</p> <p>Поливитамины предоставляются ВИЧ-инфицированным лицам, получающим (подлежащим) антиретровирусную терапию, лечение туберкулеза, химиопрофилактику туберкулеза, химиопрофилактику перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку.</p> <p>Мазь-венотоник предоставляется потребителям инъекционных наркотиков.</p> <p>Количество определяется из расчета — обеспечение 100% подлежащих ВИЧ-инфицированных с кратностью выдачи 1 раз в месяц</p>	Количество клиентов, получивших медикаменты — 100% от подлежащих
3.9	Предоставление информационных материалов по ВИЧ-инфекции:	Макеты информационных материалов в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»	
4.	Проведение социальной уличной работы (аутрич-работы) в местах нахождения уязвимых ВИЧ-инфекции групп населения и групп повышенного риска заражения ВИЧ	<p>Аутрич-работа — метод социальной работы, направленный на установление контакта и оказание услуг закрытым социальным группам вне медицинских и социальных учреждений.</p> <p>Аутрич-работа осуществляется на улицах, в квартирах, местах пребывания целевых групп.</p> <p>К проведению аутрич-работы привлекаются лица, имеющие доступ к целевой группе.</p> <p>Основная функция аутрич-работников: — поиск и установление контакта с целевой группой; — привлечение в пункт низкопороговой медико-социальной помощи; — консультирование по вопросам выявления и профилактики ВИЧ-инфекции; — консультирование по вопросам приверженности к диспансерному наблюдению и лечению.</p> <p>Аутрич работники должны пройти подготовку в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД».</p> <p>Кратность выходов аутрич-работников в среду целевых групп — не менее 3 раз в неделю</p>	Охват не менее 30% клиентов

**Макет технического задания
по созданию мультипрофессиональной команды
специалистов по повышению приверженности
диспансерному наблюдению и лечению
ВИЧ-инфицированных пациентов**

Цель: создание системы комплексной медицинской и психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным, направленной на их привлечение к наблюдению и лечению, с целью снижения уровня распространения и негативного воздействия ВИЧ-инфекции на население Свердловской области.

Целевая группа: ВИЧ-инфицированные пациенты, нуждающиеся в антиретровирусной терапии (АРВТ), химиопрофилактике и лечении туберкулеза, относящиеся к социально-неблагополучным группам населения (потребители наркотиков, лица, употребляющие алкоголь, освободившиеся из мест лишения свободы и т. д.).

Специалисты — участники мультипрофессиональной команды (МПК): врач-инфекционист (фельдшер), медицинская сестра, социальный работник (психолог), «равный» консультант.

Задачи:

1. Раннее выявление ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.
2. Своевременное начало лечения, профилактика срывов с АРВТ.
3. Своевременное начало химиопрофилактики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов.
4. Улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных.
5. Социализация ВИЧ-инфицированных.

Функции специалистов — участников мультипрофессиональной команды (МПК)

<i>Врач</i>	<i>Медицинская сестра</i>	<i>Социальный работник (психолог)</i>	<i>Равный консультант</i>
Обучение специалистов ЛПО выявлению факторов риска, методике до и посттестового консультирования, принципам профилактики ВИЧ-инфекции	Осуществление патронажа к ВИЧ-инфицированным пациентам: — не наблюдающимся у врача-инфекциониста — бросившим АРВТ — нуждающимся, но не принимающим химиопрофилактику и лечение туберкулеза	Осуществление патронажа к ВИЧ-инфицированным пациентам: — не наблюдающимся у врача-инфекциониста; — бросившим АРВТ — нуждающимся, но не принимающим химиопрофилактику и лечение туберкулеза	Проведение мотивационного консультирования по снижению рискованного поведения и необходимости диспансерного наблюдения и лечения
Проведение последнего консультирования	Проведение мотивационного консультирования по снижению рискованного поведения и необходимости диспансерного наблюдения и лечения	Помощь в предоставлении социальных услуг, социальное обслуживание (помощь в трудоустройстве, решение проблем по выплате пенсий, социальных льгот, оформлении документов, регистрация по месту жительства и т. д.)	Участие в работе Школы жизни с ВИЧ
Проведение мотивационного консультирования по снижению рискованного поведения и необходимости диспансерного наблюдения и лечения	Проведение мотивационного консультирования по приверженности к приему АРВТ, химиопрофилактике и лечению туберкулеза	Проведение мотивационного консультирования по снижению рискованного поведения и необходимости диспансерного наблюдения	Оказание консультативной помощи пациентам по устранению факторов, противобьющих лечению: наркомания, алкоголизм

<i>Врач</i>	<i>Медицинская сестра</i>	<i>Социальный работник (психолог)</i>	<i>Равный консультант</i>
Проведение мотивационного консультирования по приверженности к приему АРВТ, химиопрофилактике и лечению туберкулеза	Участие в работе Школы жизни с ВИЧ	Оказание помощи пациентам по устранению факторов, противодействующих лечению: наркомания, алкоголизм, социальная уязвимость	
Участие в работе Школы жизни с ВИЧ		Участие в работе Школы жизни с ВИЧ	
		Предоставление продуктовых наборов и гепатопротекторов	

План мероприятий и ожидаемые результаты

<i>№</i>	<i>Мероприятие</i>	<i>Требования к выполнению мероприятия</i>	<i>Индикатор</i>
1.	Обучение специалистов ЛПО выявлению факторов риска, методике до и послетестового консультирования, принципам профилактики ВИЧ-инфекции	Проведение обучающего семинара. Семинар проводит подготовленный сотрудник ЛПО. Возможно привлечение специалистов ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»	100% сотрудников ЛПО
2.	Осуществление патронажа к ВИЧ-инфицированным пациентам	Патронаж осуществляется: — к пациентам, не наблюдающимся у врача-инфекциониста; — к пациентам, бросившим АРВТ; — к пациентам, нуждающимся в химиопрофилактике и лечении туберкулеза. Патронаж осуществляется медицинской сестрой, возможно социальным работником	не менее 50% пациентов дошли до инфекциониста после патронажа
3.	Проведение мотивационного консультирования	Консультирование проводят обученные специалисты (врач-инфекционист, социальный работник, медицинская сестра, равный консультант). Темы консультирования: — снижение рискованного поведения; — приверженность диспансерному наблюдению; — приверженность антиретровирусной терапии, химиопрофилактике и лечению туберкулеза. Количество консультаций для каждого пациента: — врач (медицинская сестра) — не менее 4; — социальный работник (психолог) — не менее 2; — «равный» консультант — не менее 1	100% нуждающихся пациентов

№	Мероприятие	Требования к выполнению мероприятия	Индикатор
4.	Предоставление социальных услуг; социальное обслуживание	Помощь в трудоустройстве, решение проблем по выплата пенсий, социальных льгот, оформление документов, регистрация по месту жительства и т. д.	не менее 30% от целевой группы
5.	Организация «равного консультирования» по вопросам приверженности АРВТ	Необходимо определение и обучение «равного» консультанта. Обучение проводится в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД». Кратность «равного» консультирования — не реже 2 раз в неделю	100% нуждающихся пациентов
6.	Создание «Школы жизни с ВИЧ»	К проведению школы привлекаются: — врач-инфекционист (фельдшер); — психолог (социальный работник); — равный консультант. Кратность — не менее 1 раза в 2 недели	100% нуждающихся пациентов
7.	Предоставление продуктовых наборов и гепатопротекторов	Состав продуктового набора: — 1 банка тушенки говяжьей 450 г; — 1 банка стуженного молока 400 г; — 1 упаковка каши быстрого приготовления 500 г. Продуктовые наборы и гепатопротекторы предоставляются ВИЧ-инфицированным пациентам с целью мотивации приема антиретровирусных препаратов, химиопрофилактики и лечения туберкулеза	100% нуждающихся пациентов
8.	Предоставление информационных материалов по ВИЧ-инфекции:	Макеты информационных материалов в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»	100% нуждающихся пациентов

Ожидаемые результаты работы МПК:

1. Количество пациентов, получающих АРВТ — не менее 90% от числа нуждающихся ($CD4 \leq 350$), не менее 70% при $CD4 > 350$;
2. Сроки назначения АРВТ — не более 30 дней от возникновения показаний к лечению;
3. Количество пациентов, прошедших полный курс подготовки к АРВТ — 90% от числа пациентов вновь начавших прием АРВТ;
4. Количество пациентов, прошедших обследование на СД4 — 100% от числа принимающих лечение каждые 3 месяца;
5. Количество пациентов, прошедших обследование на туберкулез — 100% наблюдающихся на участке 2 раза в год;
6. Количество пациентов, превавших АРВТ — не более 15% от получающих АРВТ;
7. Количество пациентов, возобновивших АРВТ после прерывания — не менее 50%;
8. Количество отказов от АРВТ — не более 10%;
9. Удельный вес пациентов («группа риска» по срыву с АРВТ), находящихся на сопровождении в МПК — 20–30% от получающих АРВТ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	— антиретровирусные препараты
АРВТ	— антиретровирусная терапия
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ИФА	— иммуноферментный анализ
ИХА	— иммунохроматографический анализ
ЛЖВС	— люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
ГУМВД	— Главное управление Министерства внутренних дел
ГУФСИН	— Главное управление Федеральной службы исполнения наказания
КДК	— клиничко-диагностический кабинет
КИЗ	— кабинет инфекционных заболеваний
КСР	— работницы коммерческого секса
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МО	— муниципальное образование
НКО	— некоммерческие организации
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ОЦ СПИД	— Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями
ПИН	— потребители инъекционных наркотиков
ППМР	— перинатальная передача ВИЧ от матери ребенку
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ФСКН	— Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков

Научное издание

Ольга Геннадьевна Прохорова
Наталья Владимировна Ножкина
Анжелика Сергеевна Подымова

СОВРЕМЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ
МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ISBN 978-5-85895-721-6

Редактор Е. Бортникова
Корректор: Л. Ким
Оформление, верстка: И. Амромин

Оригинал-макет подготовлен:
Издательство УГМУ
г. Екатеринбург
Тел./факс: (343) 311-51-04, 214-85-65
+7 (908) 920-84-78
E-mail: ps-press@mail.ru
www.usma.ru