

Как правило, в паралимпийский спорт приходят люди, связавшие свою жизнь с профессиональным спортом еще до инвалидности. Данную категорию лиц характеризует целеустремленность, воля к победе, сильный характер. Достижения паралимпийцев, их опыт недостаточно используются для пропаганды массового спорта среди людей с ограниченными возможностями. Очевидно, необходимо государственное стимулирование информационных структур в этом направлении.

Работа спортивных организаций инвалидов, ряда территориальных органов исполнительной власти сводится к подготовке и проведению различных соревнований и участию сильнейших спортсменов-инвалидов во всероссийских и международных турнирах. Ощущается недостаток работы по созданию условий и предпосылок для занятий инвалидов адаптивной физической культурой и спортом.

*Т.В.Конышева, Н.В.Ножкина, А.С.Подымова, Г.И.Губанова*

#### **ВНЕДРЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ОСУЖДЕННЫХ**

Современной формой организации оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным (ВИЧ+) является мультипрофессиональный подход, предусматривающий включение в работу с пациентом, наряду с лечащим врачом, других специалистов – социальных работников, психологов, психотерапевтов, наркологов [3]. Мультипрофессиональный подход обеспечивает разностороннюю диагностику проблем пациента в медицинской, социальной, психологической и духовной сферах и согласованность действий в их решении. Деятельность мультипрофессиональной команды (МПК), сконцентрированная на пациенте, призвана помочь ему сформировать и поддерживать мотивацию на приверженность диспансерному наблюдению и лечению [4].

В Свердловской области внедрение новых методов организации работы с ВИЧ+ пациентами является весьма актуальным, поскольку среди регионов России по кумулятивному числу ВИЧ-инфицированных область занимает 1-е место [5], а показатель распространенности вдвое превышает среднероссийский, в эпидемический процесс вовлечены все социальные и возрастные группы населения [1]. Среди общего числа ВИЧ+ жителей области около 30% имеют опыт

пребывания в МЛС, из них около 10% находятся в заключении. Количество содержащихся под стражей ВИЧ+ осужденных с каждым годом возрастает, что увеличивает нагрузку на медицинский персонал учреждений уголовно-исполнительной системы (УИС) [2]. Внедрение мультипрофессионального подхода в УИС способно оптимизировать деятельность разрозненных специалистов и улучшить качество оказания медико-социально-психологической помощи в данной целевой группе высокого риска по ВИЧ/СПИД. В составе МПК возрастает роль социального работника, который привлекается к работе по дотестовому и послетестовому консультированию лиц, обследуемых на ВИЧ; выявлению социальных рисков, влияющих на приверженность диспансерному наблюдению и лечению; осуществляет социально-психологическую подготовку к антиретровирусной терапии (АРТ) и контроль за ее соблюдением; участвует в профилактической работе.

Цель исследования – оценить эффективность внедрения мультипрофессионального подхода при организации диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных лиц, пребывавших в местах лишения свободы.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе Областного центра профилактики и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и двух его филиалов (ЦСПИД), а также 42 учреждений УИС Свердловской области. Объекты исследования: ВИЧ+ лица, пребывавшие в МЛС, в возрасте 18 лет и старше – всего 3209 чел. Период исследования – с 2000-2010 гг. В исследовании применялись методы: социально-гигиенический, организационного эксперимента, экспертной оценки, статистический. Источниками информации служили отчеты, электронная база персонифицированных данных и первичная медицинская документация ЦСПИД, отчеты и полицейские списки учреждений УИС. Полученная информация использовалась с соблюдением конфиденциальности. Статистическая обработка результатов выполнена в программе Microsoft Excel, достоверность определялась по критериям Стьюдента и хи-квадрат.

Результаты исследования свидетельствуют о преобладании низкого социального статуса лиц целевой группы: 46,5% имели начальное и неполное среднее образование; неработающих – 70,1% среди женщин и 51,5% среди мужчин; в зарегистрированном браке состояли лишь 15,6% женщин и 11,5% мужчин, соответственно; при этом име-

ли детей 62,7% женщин и 21,6% мужчин; на наличие в семье ВИЧ-инфицированных указали 36,7% женщин и 22,0% мужчин. До постановки на диспансерный учет 72,0% мужчин и 61,7% женщин находились в МЛС ( $p < 0,05$ ); срок заключения более 2 лет имели 69,3% и 51,3%, соответственно, а 5 лет и более – 36,7% мужчин.

У большей части осужденных (72,5%) ВИЧ-инфекция была выявлена в условиях заключения, преобладал наркотический путь заражения – у 98,4% мужчин и 93,8% женщин. Внутривенное употребление наркотиков отмечено в анамнезе у 94,0% как мужчин, так и женщин, из них более 50% – ежедневно, более 40% имели стаж наркотизации до выявления инфекции свыше 5 лет. Практически все потребители наркотиков использовали нестерильные шприцы и общую посуду, имели рискованные формы сексуального поведения (77,2%), серодискордантность половых отношений (25,5% мужчин и 35,4% женщин). У 46,1% диагностирована стадия 4 (вторичных заболеваний), практически у всех (99,8%) имеются сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С (92,7%), туберкулез (21,4%), инфекции, передающиеся половым путем (30,2%). При этом вставали на диспансерный учет в ЦСПИД лишь 35,8% (29,4% среди мужчин и 53,4% среди женщин,  $p < 0,05$ ).

Организационной формой реализации мультипрофессионального подхода в системе оказания помощи ВИЧ+ осужденным в Свердловской области явилось создание на базе областного и филиалов ЦСПИД специального функционального подразделения - социального бюро для людей, живущих с ВИЧ/СПИД, освобождающихся из мест лишения свободы (СБ). СБ включает социальную, психологическую, патронажную службы, различных консультантов, обеспечивающих совместное медико-социальное сопровождение и организацию работы по повышению приверженности диспансеризации и лечению ВИЧ+ осужденных, освобождающихся из МЛС. В сфере деятельности СБ выделяются два основных направления и две целевые группы – это работа с ВИЧ+ осужденными и работа с персоналом учреждений УИС. В рамках первого направления проводится групповое и индивидуальное обучение и социально-психологическое сопровождение ВИЧ+ осужденных – сначала на этапе подготовки их к освобождению (за полгода), а затем в период после освобождения. Главное внимание уделяется задаче удержания пациентов в программах диспансерного

наблюдения и лечения, при этом предоставляется необходимая социально-психологическая поддержка, помощь в решении социальных проблем (трудоустройство, место проживания, восстановление документов). По отношению к лицам, не вставшим на диспансерный учет после освобождения, организуются мероприятия по их активному выявлению, в том числе с обращением в паспортно-визовую службу, приглашению на прием к врачу и привлечению к диспансерному наблюдению. При необходимости проводится консультирование родственников осужденных. По второму направлению своей деятельности СБ объединяет усилия с медицинской службой пенитенциарной системы для обучения персонала учреждений УИС (медицинских, социальных работников и психологов) навыкам работы по формированию приверженности диспансерному наблюдению и лечению среди осужденных. Такая форма имеет целью подготовку команд специалистов для дальнейшего внедрения мультипрофессионального подхода во всех учреждениях УИС.

Выполненный нами анализ комплекса показателей деятельности за 2008-2010 гг. показал, что с внедрением СБ и мультипрофессионального подхода отмечена положительная динамика по ряду оценочных критериев качества диспансерного наблюдения. Так, по сравнению с периодом до внедрения новых форм работы возросли: охват наблюдением, особенно среди мужчин – в 1,6 раза, доля вставших на диспансерный учет из числа впервые выявленных – в 3,1 раза, доля явившихся в течение 1 месяца после освобождения – в 1,5 раза, наблюдавшихся не реже 1 раза в год – на 62,4%, выполняющих нормативы диспансерных посещений – на 23,6% ( $p < 0,05$ ). В группе ВИЧ+ осужденных, охваченных деятельностью СБ, по сравнению с контингентом не прошедших специальное обучение, охват диспансерным наблюдением выше в 1,4 раза, доля продолживших наблюдение после первичной явки – в 1,2 раза, наблюдавшихся не менее 1 раза в год – в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

Особой проблемой является недостаточная приверженность ВИЧ+ осужденных АРТ, поскольку из числа находившихся на свободе проходили лечение в среднем лишь 67% нуждавшихся. В результате деятельности СБ отмечено улучшение показателей, характеризующих приверженность лечению. Так, в группе лиц, получавших медико-социальное сопровождение специалистов СБ, в 1,2 раза ниже час-

тота нарушений схем АРТ, в том числе срывы на срок более 2 недель – в 1,4 раза, пропуски в приеме препаратов – в 1,9 раза, опоздания в приеме дозы препарата – в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ).

Большинству ВИЧ+ осужденных после освобождения необходима социально-психологическая помощь в решении проблем, возникающих в связи с выходом из МЛС, таких как: принятие диагноза, адаптация к условиям свободы, помощь в трудоустройстве, ресоциализация. Как показывает исследование, своевременная помощь мультипрофессиональной команды в решении данных проблем снижает потребность в дальнейшем сопровождении. Так, лицам, охваченным деятельностью СБ, потребовалось в 2,5 раза меньше дополнительных консультаций психолога по сравнению с неохваченными СБ, в 2 раза – консультаций социального работника, в 1,3 раза - активных вызовов в ЦСПИД для контроля или возобновления лечения.

**Выводы:**

1. Осужденные являются одной из наиболее эпидемически значимых социальных групп, для которой характерны высокая распространенность ВИЧ, наркотической зависимости и социально-значимых инфекций, рискованных форм поведения на фоне низкой мотивации к профилактике и лечению.

2. Спецконтингент учреждений УИС является организованной группой, с которой возможно проведение работы по профилактике ВИЧ-инфекции, повышению приверженности диспансерному наблюдению и лечению, как в условиях содержания в местах лишения свободы, так и после освобождения.

3. Рост числа пациентов со стадией вторичных заболеваний обуславливает необходимость внедрения адаптированных для контингента осужденных межведомственных программ профилактики, лечения, социально-психологической реабилитации с использованием мультипрофессионального подхода.

4. Организация медико-социально-психологического сопровождения осужденных специалистами социальных бюро и мультипрофессиональных команд способствует повышению приверженности данного контингента диспансерному наблюдению и лечению.

1. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 35. М., 2011.
2. Информация об эпидситуации по ВИЧ-инфекции в Свердловской области за ноябрь 2011 г. URL: <http://www.livehiv.ru/index.php?page=epid&pid=2061> (дата обращения: 15.12.2011).
3. *Копышева Т.В., Ножкина Н.В., Подымова А.С.* Повышение эффективности межведомственного взаимодействия при медицинском обеспечении ВИЧ-инфицированных контингентов особого риска // Социально-экономические и медицинские проблемы управления региональным здравоохранением: Мат. науч.-практ. конференции, посвященной 200-летию Свердловской областной клинической больницы (ОКБ №1). 17.11.2011 г. Екатеринбург, 2011.
4. Организация работы по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии: методические рекомендации МЗ и СР РФ от 6 августа 2007 г. № 5960-РХ // Сб. нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. Т. IV. Организация медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. М, 2007.
5. *Хан Г.Н.* Мультипрофессиональная команда. Сетевой подход // Руководство для мультипрофессиональных команд по формированию приверженности к ВААРТ. СПб., 2009.

*Д.В.Коренкин*

## **ГОСУДАРСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ**

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство соответственно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов. Однако возможности общества в борьбе с инвалидностью как социальным злом в конечном итоге определяются не только степенью понимания самой проблемы, но и существующими экономическими ресурсами. Конечно, масштаб инвалидности зависит от множества факторов, как-то: состояние здоровья нации, развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины, в частности,