

ФБУН «ОМСКИЙ НИИ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ»
РОСПОТРЕБНАДЗОРА
СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУЖНОЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
СИБИРСКАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
«АНТИСПИД-СИБИРЬ»

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

**Материалы научно-практической конференции
специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД
Сибирского федерального округа**

08 - 09 ноября 2012 года



ООО «Издательский центр «Омский научный вестник»»
Омск 2012

УДК 616.98:578.828.6 (571)
ББК 55.145
А 43

Редакционный совет

- Рудаков Н. В. директор ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, доктор медицинских наук, профессор
- Ястребов В. К. заместитель директора ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, доктор медицинских наук
- Султанов Л. В. главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», кандидат медицинских наук
- Тюменцев А. Т. руководитель Сибирского федерального окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД, кандидат медицинских наук
- Рубина Ю. Л. заведующая отделом эпиднадзора, информации и методической работы Сибирского федерального окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД

**А 43 Актуальные аспекты ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе: матер. науч.-практ. конф. специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД Сибирского федерального округа (Омск, 08–09 ноября 2012 г.). – Омск: ИЦ «Омский научный вестник», 2012. – 130 с.
ISBN 978-5-91306-046-4**

УДК 616.98:578.828.6 (571)
ББК 55.145

ISBN 978-5-91306-046-4

© Федеральное бюджетное учреждение науки «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора, 2012
© Авторы, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Становление службы по профилактике и борьбе со СПИД в Сибири</i> Г.А. Калачёва, А.Т. Тюменцев Омск	6
<i>Анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе в 2011 году</i> Г.А. Калачёва, А.Т. Тюменцев, Н.В. Рудаков Омск	13
<i>Распространение ВИЧ-инфекции в Омской области</i> М.А. Вайтович, В.М. Миленина, И.Н. Пуртова, С.А Сковородина	16
<i>Современная ситуация по ВИЧ-инфекции на территории Омской области</i> Н.И. Магар, Т.А. Женжер Омск	17
<i>Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Тыва</i> А.Д. Ооржак, Д.Х. Ондар Кызыл	19
<i>ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулезом на территории Томской области</i> А.С. Чернов, С.А. Соловьева, М.Н. Добкина, Д.В. Мецераков, Л.В. Василенок, Е.Н. Пронина Томск	23
<i>Туберкулез и ВИЧ-инфекция в Алтайском крае</i> Л.Н. Карпова, Е.Ю. Кожевникова, Е.А. Ильина, В.А. Лукьянова Барнаул	25
<i>Анализ длительности заболевания туберкулезом и ВИЧ-инфекцией у больных с сочетанной патологией</i> О.Н. Конончук, К.В. Сибиль, В.Я. Аксенова, Т.В. Пьянзова, М.О. Майорова Кемерово	27
<i>Результаты изучения рентгенологических изменений в легких у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией</i> О.Н. Конончук, К.В. Сибиль, Т.В. Пьянзова Кемерово	29
<i>Поверхностные микозы как клинический маркер выраженного иммунодефицита у ВИЧ-инфицированных Алтайского края</i> Л.Ю. Воеводская, О.И. Дюканова, С.И. Белых, В.В. Маевская Барнаул	32
<i>Саркома Капоши у пациентов с ВИЧ-инфекцией</i> Е.А. Ильина, Т.Н. Боровских Барнаул	34
<i>Инфекции, передаваемые половым путем, в проблеме репродуктивного здоровья женщин с ВИЧ-инфекцией</i> Н.Н. Кузнецова, Е.Р. Татьянакина, В.А. Лукьянова, Л.О. Егармина Барнаул	35
<i>Анализ смертности ВИЧ-инфицированных в Кемеровской области</i> Н.А. Жарова, Ж.Н. Берг, В.Я. Аксенова, Е.Ю. Макареева, В.Н. Васильев Кемерово	38
<i>Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Сибирском федеральном округе в 2005-2011гг.</i> Е.С. Довгополюк, А.Т. Тюменцев, Ю.Л. Рубина Омск	40
<i>Повышение эффективности мероприятий по предупреждению вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях</i> В.В. Шишкина Абакан	43
<i>Эффективность профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в Томской области</i> Т.Н. Исмаилова, Л.А. Пилипенко, С.А. Соловьева, М.Н. Добкина Томск	49

<p>Организация мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Кемеровской области К.В.Сибиль, Н.А.Жарова, В.Я.Аксенова, С.С.Айкин Кемерово</p>	51
<p>Результаты интегрированного поведенческого и серозидемиологического исследования по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Барнаул Л.В.Султанов, Э.Р.Демьяненко, Н.В.Вагайцева Барнаул</p>	55
<p>Охват скрининговыми исследованиями на ВИЧ наркозависимых в Алтайском крае Л.В.Султанов, Э.Р.Демьяненко, М.В. Минакова, В.В.Попова Барнаул</p>	57
<p>Принципы лабораторных исследований Е.Э.Орлова, Н.В.Степанова Омск</p>	59
<p>Деятельность отдела ПЦР-диагностики ГБУЗ РХ «Центр АнтиСПИД» Е.П.Иптышева, Е.А.Артонова, Л.В.Галкина Абакан</p>	62
<p>Распространение нового генетического варианта 02_AG ВИЧ-1 в Новосибирской области В.Н. Михеев, В.В. Богачев, П.Б. Барышев, Н.Я. Черноусова, Ю.А. Топчин, Ю.В. Соколов, Е.Б. Савочкина, Ф.О. Мирджамалова, Ю.В. Мещерякова, А.В. Тотменин, А.В. Шиповалов, Е.А. Чубарева, Н.М. Гашиникова Новосибирск</p>	66
<p>К вопросу о состоянии инфекционной безопасности передачи ВИЧ-инфекции при переливании крови в Красноярском крае М.А.Малышева, Е.П. Бойко, Е.А.Татьянина Красноярск</p>	69
<p>Организация противоэпидемических мероприятий по профилактике заражения ВИЧ при переливании донорской крови и ее компонентов Л.В.Султанов, Э.Р.Демьяненко, М.В. Минакова, Л.А. Шаповалова, И.В. Козулина Барнаул</p>	74
<p>Профилактическая работа, проводимая КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» среди населения края по различным аспектам ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов Л.В.Султанов, Э.Р.Демьяненко, М.А.Егорова, С.А.Федина Барнаул</p>	78
<p>Совершенствование направлений профилактической работы по ВИЧ-инфекции на территории Кемеровской области в соответствии с развитием эпидемического процесса Е.О.Синявская, Т.А.Годун, К.В.Сибиль Кемерово</p>	81
<p>Профилактика постконтактного (профессионального) заражения ВИЧ-инфекцией среди медицинских работников Республики Хакасия В.В.Шишкина, Т.А.Майнагашева Абакан</p>	85
<p>Кабинет консультирования до и после теста на ВИЧ-инфекцию Ю.В.Бурдина, Г.В.Бизюкова Красноярск</p>	89
<p>Консультирование и тестирование половых партнеров беременных – важный компонент профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку К.В.Сибиль, В.Я.Аксенова, Е.П.Черных, Ж.Н.Берг Кемерово</p>	90
<p>Актуальные вопросы информированности по ВИЧ/СПИД среди студентов ВУЗов: КемГИПП и КемГУКИ А.И. Сидорова, Е.О. Синявская Кемерово</p>	92

<i>К вопросу миграции и ВИЧ-инфекции</i> М.Ю. Паиковская, Ю.Н. Ракина, Ю.К. Плотникова Иркутск	95
<i>К субъективной оценке состояния здоровья мигрантов и диагностике ВИЧ-инфекции</i> Л.М. Костюнина, Л.В. Дмитриева, Ю.К. Плотникова Иркутск	96
<i>Тестирование на ВИЧ как одна из реальных мер в снижении распространения ВИЧ</i> Л.В. Хаустова Барнаул	98
<i>Подготовка педагогов по проблеме ВИЧ-инфекции как основа превентивной деятельности среди учащихся</i> В.Е. Кухта, Н.В. Ребова, М.В. Маслакова Омск	101
<i>Межведомственное взаимодействие в вопросах медико-социального сопровождения лиц, отбывших наказание в пенитенциарных учреждениях, в Алтайском крае</i> Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.А. Егорова, В.В. Попова, Н.С. Чукмасова Барнаул	103
<i>Значение межведомственной профилактической работы в сдерживании темпов распространения ВИЧ-инфекции</i> О.В. Агафонова, В.Е. Кухта, О.И. Назарова Омск	107
<i>Опыт разработки и реализации стратегии противодействия ВИЧ/СПИД в сфере труда в Алтайском крае</i> Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.А. Егорова Барнаул	111
<i>Из опыта работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди работающего населения Омской области</i> В.Е. Кухта, Н.В. Ребова Омск	114
<i>Эффективность обучения людей, живущих с ВИЧ, в рамках программы «Школа пациента»</i> В.Е. Кухта, А.Б. Семухин, Н.В. Мусс, М.В. Маслакова Омск	116
<i>Лечение ко-инфекции, вызванной ВИЧ и вирусами гепатита В и С</i> А.Б. Тюрин, А.В. Зеленов Омск	119
<i>Экономические аспекты ВИЧ-инфекции на примере Алтайского края</i> Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко Барнаул	121
<i>Оценка эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по компоненту «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в Алтайском крае</i> Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.В. Минакова Барнаул	124
<i>Опыт применения и экономическая эффективность использования лабораторной информационной системы при проведении скрининга на ВИЧ-инфекцию</i> С.И. Белых, Ю.В. Арцемович Барнаул	126
<i>Роль медицинской сестры в реализации национального проекта</i> Н.Г. Панова Барнаул	127

СТАНОВЛЕНИЕ СЛУЖБЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД В СИБИРИ

Г.А. Калачёва, А.Т. Тюменцев

*ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций Роспотребнадзора»
Сибирский федеральный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД*

Как известно, пандемия ВИЧ/СПИД стала гуманитарной, социальной и экономической катастрофой с далеко идущими последствиями для отдельных людей, регионов и даже стран.

Прошло уже более 20 лет с момента, когда весь мир узнал о новом заболевании СПИД. Никто тогда из читателей первого доклада, включавшего девять абзацев текста, в котором описывался странный синдром, отмеченный у пяти пациентов, не мог предполагать, что читает о начале самой смертоносной в истории человечества эпидемии. Менее чем за 20 лет СПИД по своим последствиям превзошел такие давно известные смертельно опасные болезни как малярия и туберкулез.

В действительности все прогнозы, сделанные медицинской общественностью и учеными по поводу ВИЧ/СПИДа за эти годы, в значительной мере недооценили его последствия. На сегодняшний день в мире более 42 млн. человек, живущих с ВИЧ/СПИДом, 3 млн. человек умерло, а последствия этой эпидемии только начинают ощущаться.

Эта проблема не обошла стороной Россию и Сибирский федеральный округ в том числе.

Специализированная служба по борьбе с ВИЧ-инфекцией является самой молодой медицинской службой страны. Организация такой службы в России была адекватной реакцией правительства и руководства здравоохранения на чрезвычайную эпидемическую ситуацию по ВИЧ/СПИД в мире.

В 2012 году исполняется 23 года службе профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией в России.

Организация и становление этой службы прошли в стране в период перестройки в условиях нестабильной социально-экономической обстановки, усиления внутренних и внешних миграционных процессов.

Еще в апреле 1986 года положено начало организации лабораторий клинической иммунологии при станциях переливания крови. В 1987 году эти лаборатории переименованы в диагностические лаборатории СПИД. Основной их функцией являлось обследование доноров крови, плазмы и костного мозга. Так называемое «тестирование донорской крови» было одним из первых мер в профилактике ВИЧ-инфекции.

Существующие и вновь создаваемые лаборатории оснащались аппаратурой, проводилась профессиональная подготовка специалистов.

В это же время разрабатывается положение о межобластном (региональном) клинико-диагностическом центре по углубленной диагностике и клиническому обследованию носителей ВИЧ и лечению больных СПИД, рассматривается его структура, штаты и нормативы оснащения.

В августе 1987 года Президиумом Верховного Совета СССР принят Указ «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД», определивший порядок прохождения медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ.

В 1988 году в штаты отделов особо опасных инфекций республиканских, краевых и областных санитарно-эпидемиологических станций введены должности врача-эпидемиолога и помощника эпидемиолога для проведения эпидемиологического надзора за выявленными ВИЧ-инфицированными и контактировавшими с ними лицами.

Историческая справка: в марте-апреле 1989 года изданы приказы МЗ СССР и МЗ РСФСР о создании центров по предупреждению и борьбе со СПИД и об организации службы профилактики СПИД. В Москве открывается Республиканский научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД, а при научно-исследовательских институтах эпидемиологического профиля в гг. Ленинград, Ростов-на-Дону, Нижний Новгород, Омск, Свердловск и Хабаровск организуются региональные центры по профилактике и борьбе со СПИД. Создаются также краевые и областные центры по профилактике и борьбе со СПИД.

В этот период Омский региональный центр по борьбе со СПИД курировал 10 территорий: Алтайский и Красноярский края, Бурятскую и Тувинскую АССР, Иркутскую, Новосибирскую, Кемеровскую, Омскую, Томскую и Тюменскую области. В 1989 году руководителем Омского регионального центра назначен Боровский Игорь Владимирович, д.м.н. С этого же периода по настоящее время работает заведующая лабораторией диагностики ВИЧ и оппортунистических инфекций Сибирского федерального окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД (СФОЦ СПИД) врач-вирусолог высшей категории Сергеева Ирина Валентиновна.

В 1990 году Омский региональный центр при ОмскНИИПОИ и Омский областной центр объединились в Сибирский региональный центр по профилактике и борьбе со СПИД, главным врачом которого был назначен Гнатко Юрий Валентинович, врач-эпидемиолог высшей категории.

В 1989-1990 годах создаются центры на 11 административных территориях Сибирского региона.

Со дня основания центров трудятся главные врачи: заслуженный врач РФ, к.м.н. Султанов Ленар Васильевич (Алтайский край), заслуженный врач РФ Рузаева Людмила Александровна (Красноярский край), заслуженный врач РФ Чернов Александр Степанович (Томская область).

Длительное время возглавляли центры главные врачи: заслуженный врач РФ, к.м.н. Зазнобова Надежда Афанасьевна (Иркутская область), отличник здравоохранения РФ Ламажаа Анна Момбужаевна (Республика Тыва), Нестеров Сергей Валентинович (Кемеровская область), Ягудин Борис Ибрагимович (Новосибирская область), Гнатко Юрий Валентинович (Омская область), Парщиков Владимир Николаевич (Республика Хакасия). В Республике Бурятия в 1991 году главным врачом назначена заслуженный врач РФ и РБ Имеева Екатерина Лазаревна, сменившая на этом посту Варнакова Валерия Васильевича.

Основная направленность профилактических мероприятий этого периода – обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, массовое обследование населения на ВИЧ и предотвращение внутрибольничного

заражения ВИЧ-инфекцией.

В 1993 году была принята «Федеральная целевая программа на 1993-1995 годы по предупреждению распространения заболевания СПИДом в Российской Федерации (Анти-СПИД)».

Этой Программой определены главные задачи:

- предупреждение распространения СПИДа половым путем и через кровь;
- диагностика, лечение и диспансеризация;
- правовая и социальная защита;
- совершенствование системы эпидемиологического надзора;
- информационное обеспечение и подготовка кадров.

Финансовые средства, выделенные на реализацию мероприятий Программы, были использованы, в основном, на приобретение лабораторного оборудования, диагностических тест-систем и лекарственных препаратов.

Значительная часть мероприятий, предусмотренных Программой, была осуществлена. Это позволило на данном этапе предупреждать распространение ВИЧ-инфекции как в России, так и в Сибирском регионе.

Проблема профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией определена Правительством России как чрезвычайно важная и требующая государственного подхода: в короткий срок были разработаны и приняты в марте 1995г. Федеральный Закон №38 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и в мае 1996г. Федеральная целевая Программа «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) – «Анти-ВИЧ/СПИД» на 1996-1997 годы и на период до 2000 года».

В этих документах были сформулированы главные принципы национальной политики государства в отношении эпидемии ВИЧ-инфекции в России: борьба с ее распространением признается одной из приоритетных задач выживания нации и должна рассматриваться как проблема национальной безопасности, угрожающей жизненным интересам каждой личности и общества в целом.

В 1996-1998 годах служба профилактики и борьбы со СПИД в Сибири пополнилась новыми центрами: в Кемеровской области открыты городской центр в г. Кемерово (главный врач Горланова Людмила Львовна, врач-инфекционист высшей категории) и городской центр клинической иммунологии и профилактики СПИД в г. Новокузнецк (главный врач Абрамов Владислав Алексеевич).

В Республике Алтай создан Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД – главный врач Туяков Владимир Ракумович, которого сменила врач-инфекционист, к.м.н. Рау Наталья Юрьевна. В 1997 году в Новосибирском областном центре главным врачом назначен Орловский Владимир Геннадьевич, в Кемеровском – Коростелев Александр Алексеевич, д.м.н., профессор. В 1998 году Хакасский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями возглавил

Конгаров Николай Семенович.

В 1997 году Омский региональный центр был преобразован в два центра: Сибирский региональный центр по профилактике и борьбе со СПИД, руководителем которого назначен Ипаткин Валерий Федорович, врач-эпидемиолог высшей категории, к.м.н., и Омский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, который в 1998 г. возглавил Тюменцев Александр Тимофеевич, к.м.н. В течение нескольких лет обязанности руководителя Сибирского регионального центра по профилактике и борьбе со СПИД исполнял Рубин Леонид Константинович, отличник здравоохранения КазССР.

В 2000 году в целях совершенствования организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД, а также приведения их сети в соответствие с Указом Президента Российской Федерации о создании в России федеральных округов, Сибирский региональный центр по профилактике и борьбе со СПИД преобразован в Сибирский окружной центр Минздрава России по профилактике и борьбе со СПИД. На тот момент в состав Сибирского федерального округа входили 16 регионов: 4 Республики – Алтай, Бурятия, Тыва и Хакасия, 2 края – Алтайский и Красноярский, 6 областей – Иркутская, Кемеровская, Новосибирская, Омская, Томская и Читинская, а также 4 автономных округа – Агинский Бурятский, Таймырский (Долгано-Ненецкий) и Усть-Ордынский Эвенкийский.

В 2001 году Кемеровский областной центр возглавила Иванова Нина Ивановна, а Читинский областной центр – Бутыльский Алексей Николаевич, к.м.н. В 2002 году главным врачом Иркутского областного центра назначен Цветков Борис Васильевич, к.м.н. В 2004 году в Республике Тыва центр возглавила Ооржак Наталья Доржуевна.

В 16 субъектах Сибирского федерального округа функционировали 18 центров по профилактике и борьбе со СПИД: Сибирский федеральный окружной центр Роспотребнадзора, 4 республиканских – в Республиках Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия; 3 краевых – в Алтайском, Красноярском и Забайкальском краях; 4 областных – в Иркутской, Новосибирской, Омской, Томской, 6 городских – в Кемеровской области и Алтайском крае.

Кроме того, в лечебно-профилактических учреждениях 189 скрининговых лабораторий выполняли исследования на антитела к ВИЧ.

В 2003 г. Томский и Читинский областные центры по профилактике и борьбе со СПИД после проведенной реконструкции разместились в новых зданиях. Продолжается строительство здания центра в Иркутской области, а также реконструкция здания для центра в Республике Хакасия, заканчивается строительство лабораторного корпуса центра Республики Бурятия.

За 23 года специализированная служба по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией доказала свою эффективность и целесообразность своего назначения, превратилась в одну из наиболее развитых специализированных служб здравоохранения Сибири. Около 50,0% врачей присвоена высшая квалификационная категория.

Специалистам со средним медицинским образованием присвоена высшая

квалификационная категория – (44,0%), первая – (39,4%), вторая – (19,9%).

Ежегодно проходят последипломную подготовку и повышение профессиональных знаний более 70 врачей и 60 специалистов со средним медицинским образованием.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 №90 утверждена Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)». В эту программу входит подпрограмма «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)». Подпрограмма предусматривает реализацию мероприятий по основным направлениям:

- Профилактика, диагностика, лечение заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (разделы: развитие системы информирования населения о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции; совершенствование профилактических и противоэпидемических мероприятий, эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции, правовое обеспечение мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией);

- Обеспечение безопасности донорской крови, медицинских иммунобиологических препаратов, биологических жидкостей, органов и тканей;

- Совершенствование диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, в том числе обеспечение учреждений здравоохранения и уголовно-исполнительной системы лекарственными средствами;

- Социальная защита ВИЧ-инфицированных, членов их семей и лиц, подвергающихся риску заражения при исполнении ими служебных обязанностей;

- Научное обеспечение подпрограммы;

- Укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений;

- Повышение квалификации кадров.

Во всех регионах Сибирского округа приняты региональные Программы «АнтиСПИД». Полностью выделены средства по бюджетному финансированию в Республиках Бурятия и Хакасия, а также в Алтайском крае и Омской области. На 66-83% профинансирована Программа в Республике Алтай, Иркутской, Кемеровской и Читинской областях. В Новосибирской области и Усть-Ордынском автономном округе выделено соответственно 20% и 40% от утвержденного размера.

Несмотря на недостаточное финансирование по бюджету и по целевым программам, региональными центрами разработаны, тиражированы и распространены среди населения и в средствах массовой информации печатные, аудио- и видеоматериалы по профилактике ВИЧ-инфекции, проведены обучающие семинары, активизирована работа среди групп высокого риска заражения.

В Сибирском федеральном округе укрепились хорошие традиции:

ежегодно в одном из регионов проводятся окружная научно-практическая конференция по актуальным вопросам ВИЧ-инфекции и совещание главных врачей региональных центров.

Следует отметить, что в каждом регионе Сибири также проводят научно-практические конференции по проблемным вопросам ВИЧ-инфекции и СПИД-индикаторным болезням.

В округе состоялись заседания Советов эпидемиологов, а также специалистов по лабораторному делу и профилактической работе среди населения.

Специалисты службы СПИД округа принимают участие в работе международных республиканских семинаров по проблемным вопросам ВИЧ-инфекции. В городах Барнаул, Красноярск, Иркутск, Новосибирск, Омск, Томск и Улан-Удэ проведены семинары-совещания по обмену опытом реализации международных совместных проектов, таких как: «Российско-Канадский проект «Российская сеть по борьбе с ВИЧ-инфекцией», проект СПИД Фонда «Восток-Запад» «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку».

Сибирским окружным и региональными центрами выполняется большая научно-практическая работа. Ежегодно в различных сборниках специалисты региональных центров публикуют научные статьи, которые находят широкое применение в практической деятельности и в подготовке кадров в медицинских и образовательных учреждениях. Организовано издание тематических сборников по материалам научно-практических конференций по актуальным вопросам эпидемиологии, клиники, лечения, лабораторной диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний.

В 1998 году впервые в России Сибирские центры по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями объединились в Сибирскую Межрегиональную Ассоциацию «АнтиСПИД-Сибирь» для совместной реализации социально значимых программ, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в округе. Ассоциация призвана разрабатывать единую для Сибирского региона стратегию и тактику профилактики ВИЧ-инфекции, обобщать и распространять опыт борьбы с эпидемией на других территориях, осуществлять взаимодействие между государственными, общественными и народными организациями, участвующими в борьбе с ВИЧ/СПИДом в России.

В 2004 году объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЕЙДС) опубликовала новый доклад о распространении эпидемии в мире. За 20 лет человечеством накоплен огромный опыт изучения инфекции и лечения больных.

В Российской Федерации истекшие 10 лет стали кардинальным периодом в части не только организации деятельности учреждений службы СПИД, но и их финансирования. Так, был создан Межведомственный Координационный Совет по противодействию распространения ВИЧ/СПИД в РФ, в который вошли руководители и специалисты Сибирского округа (Алтайский край, Томская область); утверждён состав Правительственной Комиссии по вопросам

профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека; разработаны и внедрены стандарты медицинской помощи пациентам с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также методические рекомендации (по предупреждению заражения медработников на рабочем месте, перинатальной профилактике ВИЧ, о проведении обследования на ВИЧ и т. д.). Кроме того, много внимания обращают на себя разделы паллиативной помощи и социального сопровождения пациентов с ВИЧ/СПИД, в т. ч. с участием некоммерческих общественных организаций. В России реализуется Приоритетный национальный проект «Здоровье», разрабатывается государственная Концепция противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД и «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызванном вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В этот период плечу руководителей службы в Сибири пополнили новые квалифицированные кадры: Плотникова Юлия Кимовна, д.м.н. – в Иркутской области, Миргород Елена Эдуардовна, к.м.н. – в Забайкальском крае, Черноусова Наиля Якубовна – в Новосибирской области, Ооржак Александр Доткан-Оолович, отличник здравоохранения РФ и РТ – в Республике Тыва, Сибиль Кирилл Валерьевич, к.м.н. – в Кемеровской области, Назарова Ольга Ивановна, к.м.н. – в Омской области.

В 2012 году Сибирский федеральный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД возглавил Тюменцев Александр Тимофеевич, к.м.н., отличник здравоохранения РФ.

Сегодня специалисты службы в Сибирском федеральном округе не только активно принимают участие в разработке документов на региональном и национальном уровнях, но и тесно взаимодействуют с различными ведомствами, НКО (некоммерческими организациями); являются участниками рабочих международных экспертных групп, проводят пилотные исследования. В течение последних 5 лет налажено тесное взаимодействие с Аппаратом Полномочного представителя Президента РФ в Сибирском федеральном округе, в т.ч. – с антинаркотическими комиссиями. За большой вклад в организацию взаимодействия с различными службами и ведомствами СФО отмечена Калачева Галина Аркадьевна, заместитель руководителя Сибирского федерального окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД, врач-эпидемиолог высшей категории, работающая в СФОЦ СПИД с 1995 года.

Сложившийся коллектив специалистов службы по профилактике и борьбе со СПИД в Сибири позволяет достойно реализовать задачи Приоритетного национального Проекта в рамках комплексной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ в регионах округа.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2011 ГОДУ

Г.А. Калачёва², А.Т. Тюменцев², Н.В. Рудаков¹

¹ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора

²Сибирский федеральный окружной центр
по профилактике и борьбе со СПИД

По данным отчётов региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД в Сибирском федеральном округе (далее – СФО) в 2011 году вновь выявлено 15 188 ВИЧ-инфицированных (фактически, как и в 2010 году – 15 272 человека). Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 78,3 (78,1 – в 2010 году) на 100 тыс. населения.

Доля вновь выявленных ВИЧ-инфицированных в 2011 году в Сибири от всех ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2011 году в РФ, составила 24,6%, что ниже, чем в 2010г. – 26,8%. В целом, по округу – 2011г. – третий год фактической стабильной эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции: 2009г. – 78,5; 2010г. – 78,1; 2011г. – 78,3. В 3 из 12 регионов округа выявлено снижение показателя заболеваемости (Республика Тыва, Кемеровская и Новосибирская области), в 3-х – стабильная эпидситуация (Алтайский край, Омская область и Республика Алтай), в 6-ти – в математическом выражении – рост показателей заболеваемости: Республика Бурятия – в 1,09 раза; Республика Хакасия – в 1,3 раза; Красноярском крае – в 1,1 раза; Томской области – в 1,2 раза; Забайкальском крае – в 1,05 раза; Иркутской области в 1,03 раза. Однако корректным и эпидсущественным можно считать рост заболеваемости только в 2 территориях Сибирского федерального округа: Республика Хакасия – в 1,3 раза и Томской области – в 1,2 раза. Наибольший показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2011г. отмечен в Кемеровской – 138,5, Иркутской – 118,1 и Новосибирской областях – 106,4 на 100 тыс. населения.

Доля выявленного ВИЧ-инфицированного населения в Сибири к концу 2011г. составила 0,6% (к концу 2010 г. – 0,5%), против 0,4% в Российской Федерации.

К началу 2012г. в Иркутской области 1,4% населения поражена ВИЧ-инфекцией, в Кемеровской области – 0,9%, а в Красноярском крае – 0,5%.

Общее число выявленных ВИЧ-инфицированных в СФО достигло 116 305 человек, показатель поражённости ВИЧ в СФО – 599,8. Среди регионов округа показатель сильно варьирует от 20,1 в Республике Тыва до 1328,2 на 100 тыс. населения в Иркутской области.

В 2011 году в структуре ВИЧ-инфицированных контингентов произошли значительные изменения. Так, первое ранговое место заняла группа лиц «прочие» (код 118 – 20,7%) против потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) – код 102 – 19,3% в 2010 г., 2-ое место «сохранила» за собой группа лиц, выявленных по клиническим показаниям (код 113 – 20,3%, в 2010г. – 18,3%), на 3-е ранговое место перешла группа ПИН – код 102 – 17,0% (2010 г. – 19,3%). В ранжировании мест среди заключённых, беременных и лиц, выявленных при эпидрасследовании, занявшие соответственно 4,5 и 6 места, изменений по сравнению с 2010 годом не выявлено.

При распределении СПИД-больных по контингентам в 2011г. отмечено явное различие от распределения других ВИЧ-инфицированных. Так, на 1 месте среди СПИД-больных выявлены ПИН (код 102 – 33,0%), на 2-ом месте – лица, выявленные по клиническим показаниям (код 113 – 21,5%), на 3-м месте – заключенные (код 112 – 13,0%).

В целом, в СФО в 2011 году зарегистрировано значительное число лиц, выявленных по клиническим показаниям в различных ЛПУ и находящихся в стадиях как ВИЧ-инфекции, так и СПИД.

В 2011 году доля установленных путей передачи ВИЧ-инфекции составила 83,1% вместо 79,9% в 2010г. Наименьший уровень установленных путей передачи отмечен в Красноярском – 69,5% и Забайкальском – 68,3% краях.

У 50,8% ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2011 году, основным фактором заражения было употребление наркотиков (2010г. – 57,3%). Гетеросексуальные контакты явились причиной заражения ВИЧ-инфекцией у 47,7% человек (в 2010г. – 41,3%). Кроме того, было выявлено 2 случая заражения ВИЧ при переливании крови (Красноярский край и Иркутская область). Наибольшая доля заражения ВИЧ перинатальным путём отмечена в Республике Алтай – 2,7%, Иркутской области – 2,2%, Алтайском крае – 1,6%, Кемеровской области – 1,5%. Наименьшая – в Омской области, Забайкальском и Красноярском краях (0,3%, 0,7%, 0,9% соответственно).

В 2011 году доля сельских жителей среди вновь выявленных случаев ВИЧ снизилась и вернулась к уровню 2009г. – 22,5%. Рост числа ВИЧ-инфицированных среди городских жителей можно частично объяснить увеличением потребления «клубных» наркотиков в городских ночных клубах и большей возможностью приобретения медпрепаратов для изготовления синтетических наркосредств (в т. ч. в аптеках).

При распределении ВИЧ-инфицированных по социальным группам в 2011г. отмечено, что неблагополучные лица (осужденные, подследственные, безработные, БОМЖ) составляют 59,7% от всех выявленных ВИЧ-инфицированных, при этом соотношение лиц, входящих в число благополучных социальных групп к неблагополучным составляет 1 : 2. Наибольшую долю ВИЧ-инфицированных составляют безработные лица – 46,2%; группа работающих занимает 2-ое ранговое место – 24,2%; осужденные – 3 место – 11,3%. В 2011г. число социальных групп по сравнению с 2010 годом увеличилось за счёт предпринимателей, инвалидов по здоровью, пенсионеров, женщин, находящихся в декретном отпуске, медицинских работников, особенно в Кемеровской области. Большинство регионов недостаточно работают с КСР, только в Томской, Омской, Кемеровской областях и Республике Бурятия выявлены ВИЧ-положительные в этой «группе риска».

Активизация полового пути передачи является адекватным подтверждением увеличения числа ВИЧ-инфицированных беременных. В Сибирском федеральном округе в 2011 году сохраняется тенденция к дальнейшему росту выявленных беременных с ВИЧ. Так, наибольший рост числа выявленных ВИЧ-инфицированных беременных в 2011г. зарегистрирован в Республике Алтай (в 1,9 раза) и Томской области (в 1,7 раза),

в Забайкальском крае – отмечен стабильный уровень регистрации ВИЧ-инфицированных беременных. Однако на большинстве территорий СФО сохраняется тенденция к дальнейшему росту числа выявляемых ВИЧ-инфицированных беременных.

При анализе возрастно-половых различий ВИЧ-инфицированных в 2011 году установлено, что наибольшую долю выявленных лиц с ВИЧ составляют 25-29 летние – 26,5%, затем 30-34-летние – 25,3%, 20-24-летние – 15,7%, 35-39-летние – 14,7%. Возрастная группа 15-19 лет переместилась на 7 ранговое место. Среди ВИЧ-инфицированных лиц преобладают мужчины; соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин к ВИЧ-инфицированным женщинам в 2011г. составляет 1,5 : 1, против 1,6 : 1 в 2010г.

В 2011г. в Сибирском федеральном округе умерло 2°926 ВИЧ-инфицированных, что составляет 19,3% от числа вновь выявленных (в 2010г. – 13,3%). Среди умерших в 59,6% случаев потребители инъекционных наркотиков. Больные, умершие в стадии СПИД, составляют 18,1%, среди которых потребителями инъекционных наркотиков являются 54,2%. Наибольшее число умерших в стадии СПИД были в возрастной группе 45-49 лет – 23,5%.

В целом, к концу 2011 года в Сибирском федеральном округе отмечена тенденция к стабилизации числа новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции, что частично можно объяснить сокращением объемов тестирования на ВИЧ (перебои в поставках тест-систем) среди уязвимых контингентов на 14 517 исследований.

В округе сохраняется тенденция к дальнейшему увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ, увеличению числа ВИЧ-инфицированных женщин. Эпидемическая ситуация может измениться с ростом дезоморфиновой наркомании.

При прогнозировании эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в девяти регионах Сибирского федерального округа (анализ многолетней заболеваемости с 2007 по 2011гг.) выявлена выраженная тенденция к росту заболеваемости ($T_{пр} = 10,5\%$). Наибольшая – в Томской ($T_{пр} = 23,8\%$) и Омской ($T_{пр} = 23,0\%$) областях. В Алтайском крае – ($T_{пр} = 0,85\%$) – выявлена тенденция к стабилизации эпидситуации. В Иркутской области – ($T_{пр} = 3,1\%$) и Забайкальском крае – ($T_{пр} = 5,0\%$) – выявлена умеренная тенденция к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

По итогам 2010-2011гг. наибольший прирост заболеваемости отмечен в Республике Хакасия ($T_{пр.} + 29,6\%$), Томской области ($T_{пр.} + 22,9\%$) и Забайкальском крае ($T_{пр.} + 14,3\%$). Напротив, в Алтайском крае – снижение показателя заболеваемости ($T_{сн.} - 1,8\%$), как и в Кемеровской области ($T_{сн.} - 6,3\%$), Новосибирской области ($T_{сн.} - 7,2\%$), Республике Тыва ($T_{сн.} - 26,6\%$).

Выраженные различия в распространении эпидемии свидетельствуют о качестве организации профилактических мероприятий, их объеме и взаимодействии заинтересованных структур и организаций.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Вайтович, В.М. Миленина, И.Н. Пуртова, С.А Сковородина
Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области

Всего два десятилетия назад даже большинство медицинских работников не знало, что такое ВИЧ-инфекция. За этот небольшой период времени болезнь охватила население практически всех континентов и стран. Это заболевание стало не только важнейшей медицинской, но и социальной, политической и экономической проблемой.

Эпидемический процесс при ВИЧ-инфекции в Омской области характеризуется постоянным развитием. В 2011 году показатель распространенности ВИЧ-инфекции составил 228,4 на 100 тысяч населения.

Первый случай ВИЧ-инфекции зарегистрирован в области в 1996 году, на 01.01.2012 года выявлено 4 596 случаев. Первая волна интенсивного роста была отмечена в 2010 году, вторая началась в 2008 году, произошло увеличение числа выявленных случаев по сравнению с 2007 годом в 5,7 раза.

Начиная с 2008 года, уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией остаётся стабильно высоким. В 2009 году заболеваемость по сравнению с 2008 годом увеличилась в 1,6 раза. В 2010 году и в 2011 году показатели заболеваемости находились на одном уровне. ВИЧ-инфекция выявлена во всех сельских районах области и округах г. Омска. Всё это свидетельствует о том, что активность эпидемического процесса ВИЧ-инфекции резко увеличилась.

В соответствии с периодами менялись и качественные проявления эпидемического процесса

Особенностью эпидемии на современном этапе в нашей области является вовлечение в эпидемический процесс трудоспособного населения в репродуктивном возрасте от 20 до 39 лет: на их долю приходится около 90% в структуре заболевших. Начиная с 2008 года, в области прослеживается тенденция роста случаев ВИЧ-инфекции в возрастной группе 30-39 лет с 34,1% в 2008 году до 45,5% в 2011г.

Доминирует парентеральный путь инфицирования, обеспечиваемый наркопотребителями. Вместе с тем за последние пять лет в Омской области происходит изменение путей передачи ВИЧ-инфекции. Постепенно уменьшается число лиц, заразившихся при внутривенном употреблении наркотических средств, с 79% в 2008 году до 62% в 2011 году и увеличивается число лиц, заразившихся половым путём, с 19,6% в 2008 году до 36,0% в 2011 году.

Увеличение числа лиц, заразившихся половым путём, приводит к увеличению числа ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста. За весь период регистрации ВИЧ-инфекция выявлена у 639 беременных женщин, в том числе в 2011 году у 192. Родилось 304 ребёнка от ВИЧ-инфицированных матерей, из них у 25 диагноз «ВИЧ-инфекция» подтверждён.

За весь период регистрации ВИЧ-инфекция выявлена у 33 доноров крови.

По данным мониторинга в области с начала регистрации умерло по разным причинам 318 ВИЧ-инфицированных, ежегодно их количество увеличивается.

В 2011 году умерло 110 человек, что на 64% больше, чем в 2010 году. Вследствие развития собственно ВИЧ-инфекции умерло 62 человека (19,5%), остальные погибли от причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией.

Вышеизложенное характеризует состояние эпидемического процесса в Омской области как этап перехода в концентрированную стадию, которая характеризуется укоренением и распространением вируса среди внутривенных потребителей наркотиков и постепенным переходом в общую популяцию населения. Изменение возрастного состава заболевших вносит существенные коррективы в профилактические мероприятия в части улучшения составляющей, направленной на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

Не менее важной является профилактика ещё одного пути передачи – от матери к ребёнку, которая включает мероприятия, направленные на уменьшение факторов, которые повышают риск передачи вируса от инфицированной матери к ребёнку во время беременности, родов и вскармливания грудью. Прежде всего, это проведение трёхэтапной химиопрофилактики во время беременности, в родах, ребёнку.

Использование всех форм гигиенического обучения и воспитания населения по профилактике ВИЧ-инфекции позволит изменить негативные стереотипы поведения человека, несущие высокий риск заражения.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.И. Магар, Т.А. Женжер

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Российская Федерация по темпам роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции занимает лидирующее место в мире. Наиболее высокие темпы увеличения новых случаев ВИЧ-инфекции в 2008-2011 гг. имел Сибирский федеральный округ (СФО), в значительной степени и обусловивший рост среднероссийских показателей. На территории Омской области, которая входит в состав СФО, показатель поражённости за 1996-2011 гг. составил 232,6 на 100 тысяч населения. Если в предыдущие годы Омская область занимала 11 место по показателю поражённости среди 12 административных территорий СФО, то на 01.01.2012г. – 8 место, ниже аналогичные показатели у Томской области, Республики Алтай, Республики Хакасии и Республики Тывы. По уровню показателя заболеваемости за 2011 год Омская область находится на 7 месте среди административных территорий СФО. Общее число ВИЧ-инфицированных в области на 01.01.2012г. – 4 596 человек, что составило 0,2% от общей численности населения.

В Омской области первый случай ВИЧ-инфекции был выявлен в 1996 году и до 1999 года регистрировались единичные случаи. Первая волна роста заболеваемости была отмечена в 2000г., когда было выявлено 59 новых случаев, в 2001 году – 106 случаев; затем до 2006 года включительно

выявлялось от 63 до 87 ВИЧ-инфицированных. Все эти годы Омская область находилась в начальной стадии эпидемии и относилась к территориям с низким уровнем заболеваемости. Формирование внутреннего резервуара инфекции на территории Омской области шло медленно, удельный вес «завозных» случаев к 2006 году составлял 45,5%. В 2006 году доля «завозных» случаев составила 29,2%, соответственно, доля местных случаев заражения возросла до 70,8%. В 2007 году на территории Омской области исчез наркотический препарат кустарного производства «ханка», и на смену ему стал поступать наркотический синтетический препарат героин. Наличие вируса иммунодефицита человека среди «местных» потребителей инъекционных наркотиков и доступность наркотика способствовали распространению ВИЧ-инфекции на территории Омской области более быстрыми темпами. Вторая волна роста началась в 2008 году, когда заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличилась в 5,7 раза по сравнению с предыдущим годом. В последующие годы уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией оставался стабильно высоким. В 2010 году и в 2011 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией практически не меняется. В 2011 году выявлен 941 случай ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 47,6 (в 2010 году – 947 случаев, показатель – 47,1).

Последние четыре года доля "завозных" случаев не превышает 5% и развитие эпидемического процесса в Омской области уже не зависит от других территорий.

Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения г. Омска и сельских районов до 2008 года имела одинаковую тенденцию к росту. Ситуация изменилась в 2008 году, когда показатель заболеваемости населения г. Омска превысил показатель заболеваемости населения сельских районов в 2 раза (46,1 и 23,6 на 100 тысяч жителей соответственно). В 2011 году данная тенденция сохранилась: показатель заболеваемости городского населения составил 52,5 (606 случаев), сельского 38,1 (312 случаев).

ВИЧ-инфекция выявлена во всех 32 сельских районах Омской области. Показатель пораженности по сельским районам составил 168,4 на 100 тысяч населения. В муниципальных образованиях, прилегающих к железной дороге, зарегистрировано 997 ВИЧ-инфицированных или 72% от выявленных по сельским районам за период до 2011 года включительно. Активизация эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в данных муниципальных образованиях началась не одновременно. Так, с 2001 года подъем заболеваемости начался в Калачинском и Называевском районах, в 2008 и 2009 годах резкий рост заболеваемости начался еще в 8 сельских районах. Максимальный показатель пораженности отмечается в Кормиловском районе – 453,4 на 100 тысяч населения, он превышает показатель по области в 2 раза.

Среди жителей города Омска за все годы регистрации выявлено 2 984 ВИЧ-инфицированных. Показатель на 100 тысяч населения составил 258,5. Наибольший показатель пораженности в Ленинском округе – 367,1 и наименьший – в Кировском округе – 220,8.

Внутривенный наркотический путь передачи по-прежнему представляет

наибольшую опасность в плане распространения ВИЧ-инфекции. В целом по Омской области в 2009 году наркотический путь заражения составлял 78,6%, в 2010 году – 71,8% и в 2011 году – 60,8%. Необходимо отметить, что с 2008 года идет неуклонное повышение доли полового пути заражения: 2008г. – 30%; 2009г. – 22%; 2010г. – 29% и в 2011 году – 38,9%.

Вертикальный путь заражения в 2009 году составлял 0,8%, в 2010 году – 0,2% и в 2011 году – 0,6%.

Продолжается вовлечение в эпидпроцесс населения возрастной группы 20-39 лет, удельный вес ее составляет 89,0%. В 2011 году впервые за все годы регистрации возрастная группа 30-39 лет составила больший удельный вес, чем возрастная группа 20-29 лет (45,9% и 42,5% соответственно).

В 2011 году удельный вес мужчин составил 64,3%, женщин 35,7%.

За весь период регистрации ВИЧ-инфекция выявлена у 332 беременных женщин. В том числе у 72 в 2009 году, 71 в 2010 году и 88 в 2011 году. Всего в Омской области родилось 303 ребенка от ВИЧ-инфицированных матерей, из них 47 в 2009г., 69 в 2010г. и 107 в 2011г.

Среди выявленных ВИЧ-инфицированных в 2011 году преобладали безработные – 59,0% Количество трудоустроенных составило 24,0%, учащаяся молодежь – 1,4%.

ВИЧ-инфекция проникла в такую строго контролируемую группу населения как доноры крови. За весь период среди доноров выявлено 33 ВИЧ-инфицированных, в том числе 6 в 2009г., 2 в 2010г. и 6 в 2011г. Кровь была утилизирована по абсолютному браку.

Умерло ВИЧ-инфицированных 318, в том числе 54 в 2009 году, 67 в 2010г. и 110 в 2011г. Среди причин смерти туберкулез составил 23,8%, острые отравления опиатами – 18,6% и бактериальные инфекции – 16,1%.

На территории Омской области эпидемия ВИЧ-инфекции вошла в концентрированную стадию своего развития. Данная стадия характеризуется укоренением и распространением вируса в среде внутривенных потребителей психоактивных препаратов и переходом его в общую популяцию населения.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

А.Д. Ооржак, Д.Х. Ондар

ГБУЗ Республики Тыва

*«Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»*

Период наблюдения за ВИЧ-инфекцией в Республике Тыва насчитывает 18 лет (1994-2012г.), начиная с регистрации первого случая заболевания в 1994 году. В развитии эпидемического процесса ВИЧ-инфекции отмечается несколько периодов. Первое десятилетие наблюдения (1994-2003гг.) характеризуется спорадическим характером заболеваемости с выявлением единичных случаев заболевания. Начало второго десятилетия наблюдения с 2004 года характеризуется как начало подъема заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике, когда впервые зарегистрировано заболевание среди детей.

Тенденция увеличения числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции отмечается с 2009 года. Наметился рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, который достиг максимального уровня в 2010 году, когда было выявлено 15 случаев заболевания ВИЧ-инфекцией. За весь период наблюдения на 01.06.2012г. в Республике зарегистрирован 81 случай, в том числе жители республики 67,9%, показатель на 100 тыс. населения составляет 26,3. Об этом свидетельствуют следующие цифры. В 2008 году зарегистрировано 3 случая ВИЧ-инфекции, в 2009 году 7 случаев, в 2010 году – 15, в 2011 году – 11 случаев, за 5 месяцев 2012 года – 7 случаев. Интересную картину представляет ежегодная регистрация (динамика) случаев ВИЧ-инфекции. Начиная с 2004 года, происходит постепенное увеличение вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, хотя и отмечается неравномерность выявления: в 2003 и 2006гг. ВИЧ-инфекция вовсе не выявлялась. Рост заболеваемости в 2010-2011 гг. связан с прибытием лиц в реабилитационный Центр филиала Кемеровского отделения общероссийской общественной организации «Преображение России» для реабилитации от наркотической зависимости и для отбывания срока наказания в учреждения ФСИН.

Анализ в разрезе возрастных групп показал, что в Республике Тыва ВИЧ-инфекция преимущественно поражает людей молодого возраста. За весь период наблюдения у 59% ВИЧ-инфекция диагностирована в возрасте от 20-29 лет, в возрасте 30-39 лет – 25,9%, 40-49 лет – 12%. До 2003 года случаев ВИЧ-инфекции среди детей в возрасте до 14 лет не было зарегистрировано. В 2004 году зарегистрирован 1 случай ВИЧ-инфекции у ребенка 3 лет, заразившегося при грудном вскармливании. Показатель удельного веса составил 1,2% от общего числа зарегистрированных больных. Среди подростков ВИЧ-инфекция не зарегистрирована. Следует отметить, что в начале эпидемии ВИЧ-инфекции (1994-2004гг.) случаи регистрировалась среди возрастных групп 30-40 лет. Увеличение доли старшего возраста среди ВИЧ-инфицированных косвенно свидетельствует о ведущей роли полового фактора передачи инфекции, а также о «старении» ВИЧ-инфекции.

Анализ распределения заболевших по половому признаку показывает, что ВИЧ-инфекция встречается среди мужчин и женщин почти одинаково (49% и 51 %). В России этот показатель составил 64,9 и 35,1% соответственно.

Существенные изменения произошли также в структуре первичных путей передачи ВИЧ-инфекции. Высокий удельный вес парентерального наркотического пути передачи отмечался в 2000 году (67%), в 2009-2011гг. составил по 60%. Основным фактором заражения на сегодня остается парентеральный путь, связанный с внутривенным введением наркотиков. Регистрация ВИЧ-инфекции с парентеральным путем заражения связана с прибытием инфицированных ВИЧ из-за пределов Республики в реабилитационный центр «Преображение России» для реабилитации от наркотической и алкогольной зависимости. Анализируя данную ситуацию можно сделать вывод, что у нас в Республике вполне реальный и высокий риск распространения ВИЧ-инфекции среди жителей через наркотики. Гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения были

указаны у 59,2% выявленных больных за весь период регистрации ВИЧ-инфекции в Республике Тыва. Перинатальный путь передачи составляет 1,2% от общего числа больных.

Граждане, живущие с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, составили 0,02% от всего населения Республики.

При анализе заболеваемости ВИЧ-инфекцией по социальному признаку отмечается, что наибольший удельный вес занимают неработающие лица, которые составили 41% от всех больных (не имели постоянную работу, они довольствовались временной работой, случайными заработками), работающие составляют 31%, осужденные – 15%. Отсюда видно, что ВИЧ-инфекция накапливается среди асоциальной части населения. У больных ВИЧ-инфекцией наблюдается сложная социальная картина.

Выявление лиц, больных ВИЧ-инфекцией, среди потребителей наркотиков на сегодняшний день имеет большой удельный вес среди уязвимых групп населения. Всего выявлено 30 потребителей наркотиков, больных ВИЧ-инфекцией. Темп роста заболевания отмечается с 2009 года и составил в 3 раза больше, чем за предыдущие 12 лет.

Уровень заболеваемости среди лиц, отбывающих наказание в учреждениях ФСИН, на сегодняшний день высокий. Ежегодно тестируются от 3 500 до 4 500 заключенных. Выявляемость ВИЧ-инфекции среди заключенных неравномерна, но в последние 3 года отмечается рост. Кумулятивное число выявленных в учреждениях ФСИН – 12 человек. Заболеваемость на 100 тыс. населения составила 266,6. Эта группа наиболее опасна в эпидемиологическом отношении, поскольку именно в ней наиболее высока циркуляция вируса, а после освобождения из мест лишения свободы, как правило, увеличивается регистрация в остальной, не затронутой эпидемией, части населения.

Среди больных ИППП за весь период регистрации выявлено всего 9 больных ВИЧ-инфекцией. Среди больных ИППП отмечается неравномерное выявление ВИЧ-инфекции. Учитывая высокий уровень заболеваемости ИППП у нас в Республике, для ВИЧ-инфекции становится вполне реальным постепенное расширение границ инфекции среди населения.

Для профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ежегодно беременные женщины тестируются. За весь период регистрации выявлено 7 беременных, инфицированных ВИЧ. ВИЧ-инфекция выявляется среди беременных также неравномерно. Родились от ВИЧ-инфицированных 8 детей. Из них 4 ребенка сняты с диспансерного наблюдения, четверо продолжают наблюдаться.

Особенности развития эпидпроцесса в Республике Тыва:

- продолжается распространение ВИЧ-инфекции среди жителей Республики;
- преобладает половой путь передачи возбудителя, наблюдается выравнивание соотношения мужчин и женщин среди вновь заразившихся, причем чаще инфицируются женщины, чем мужчины;
- растет число инфицированных беременных, в связи с чем увеличивается число детей, родившихся от инфицированных матерей;

– в связи с ростом заболеваемости наркоманией растет возможность передачи возбудителя парентеральным путем при внутривенном введении наркотиков и дальнейшее распространение в гетеросексуальной популяции населения;

– преимущественное поражение людей в репродуктивном и трудоспособном возрасте (20-39 лет составляет 70%) свидетельствует, что по-прежнему в эпидпроцесс вовлекаются различные группы населения, и, сосредотачиваясь среди уязвимых групп, ВИЧ-инфекция переходит в другую незатронутую ею часть населения;

– большую часть ВИЧ-инфицированных составляют лица без определенных занятий, на долю которых приходится 41%

– рост удельного веса инфицированных ВИЧ среди контингентов УФСИН за последние 3,5 года.

Факторы, влияющие на интенсивность распространения ВИЧ-инфекции:

1. Высокий уровень заболевания ИППП, наркомании и алкоголизации населения.
2. Более 60% от общего количества заболевших составляют лица, заразившиеся и прибывшие из-за пределов Республики. Происходит завоз инфекции в Республику.
3. Уровень санитарной грамотности населения в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции.
4. Нет видимой экономической стабильности Республики, рост безработицы.
5. Неблагоприятный прогноз развития эпидемиологического процесса.

Для решения вопросов по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции в Республике Тыва необходимо:

1. Организацию и проведение профилактической работы по проблеме ВИЧ-инфекции поставить на более высокий общественный уровень. Повышение уровня информированности населения о проблемах ВИЧ-инфекции, прежде всего о путях заражения и методах личной и общественной профилактики. Изменяющаяся тенденция развития эпидситуации требует внедрения новых форм работы и координирования действий государственных и общественных организаций.
2. Время требует не только усиления профилактической работы среди населения, но и совершенствования мер по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, усиления надзорных мероприятий по профилактике передачи ВИЧ при оказании медицинской помощи.
3. Урегулирование ведомственных и межведомственных взаимодействий по проблемам ВИЧ-инфекции.
4. Необходимость разработки, внедрение и реализация новых профилактических программ, их финансирование из республиканского бюджета, сочетание этих программ со всеми мероприятиями по сдерживанию распространения ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А.С.Чернов, С.А. Соловьева, М.Н. Добкина, Д.В. Мещеряков,
Л.В. Василенок, Е.Н. Пронина

*ОГБУЗ «Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
и другими инфекционными заболеваниями»*

Актуальность заболеваемости ВИЧ-инфицированных туберкулезом обусловлена тем, что сочетанная патология не только ухудшает состояние здоровья пациентов, увеличивает летальность, но и негативно влияет на развитие эпидемического процесса при этих инфекциях. Знание детерминант эпидемического процесса сочетанной патологии позволяет более точно прогнозировать заболеваемость, а также более эффективно планировать профилактические мероприятия.

Томская область относится к числу регионов со средним уровнем заболеваемости и пораженности населения ВИЧ-инфекций и высоким уровнем заболеваемости активным туберкулезом. Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в период 2000-2011гг. колебались от 5,5 (2004г.) до 31,5 (2001г.), составляя в среднем $12,1 \pm 2,5$ на 100 тыс. населения, что в 2,7 раза ниже, чем среднегодовые показатели по РФ и в 3,8 раза ниже, чем по Сибирскому федеральному округу (СФО). В Томской области после периода стабилизации уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2003-2007гг., начиная с 2008г., наметилась умеренная тенденция роста заболеваемости, темп прироста составляет 3,4% ($P > 95\%$). Пораженность населения Томской области ВИЧ-инфекцией на 01.01.2012г. достигла 157,1 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость активным туберкулезом на территории Томской области имеет высокий уровень и за период 2000-2011гг. колебалась от 116,7 (2000г.) до 75,5 (2011г.), составляя в среднем $102,6 \pm 3,8$ на 100 тыс. населения. Для заболеваемости туберкулезом сформировалась умеренная тенденция снижения показателей заболеваемости, темп снижения равен – 2,5% ($P > 95\%$).

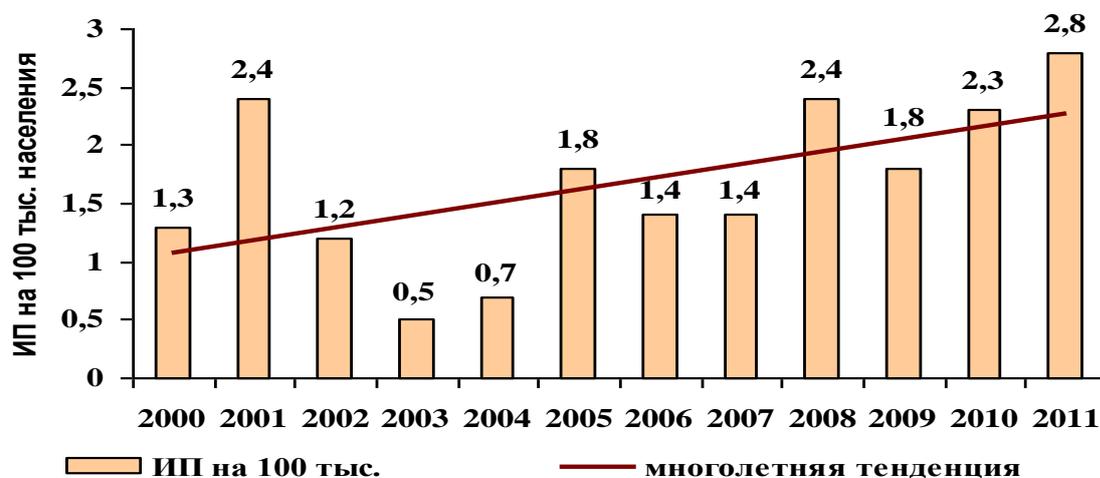


Рис.1. Динамика и тенденция заболеваемости сочетанной патологией ВИЧ-инфекция и туберкулез (ИП на 100 тыс. населения), Томская область, 2000-2011гг.

В структуре вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных туберкулез в 2000-2011гг. постоянно занимает первое место, на его долю приходится в среднем $37,3 \pm 5,1\%$.

Заболеваемость сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза менялась от 0,5 (2003г.) до 2,8 (2011г.) на 100 тыс. населения и имеет выраженную тенденцию роста.

Темп прироста данной патологии составляет $+8,7\%$ ($P > 95\%$) (рис.1).

Анализ клинических форм туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в период 2000-2011гг. показал, что преобладают инфильтративные формы у $40,9 \pm 2,8\%$ пациентов, почти у каждого второго больного отмечалось бацилловыделение. Следует отметить, что в последние три года регистрируется рост лекарственно устойчивых форм туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с впервые выявленной сочетанной патологией: с $33,0\%$ в 2009г. до $91,7\%$ в 2011г., в т.ч. форм с множественной лекарственной устойчивостью с $18,1\%$ в 2009г. до $81,8\%$ в 2011г.

У большей части пациентов с сочетанной патологией ($66,7 \pm 7,2\%$) туберкулез присоединился на фоне ВИЧ-инфекции. При этом установлена прямая сильная связь между заболеваемостью сочетанной патологией и ВИЧ-инфекцией: $\rho = 0,7$ $t = 2,3$ $P > 95\%$. Связь заболеваемости сочетанной патологии и туберкулеза недостоверна: $\rho = -0,3$ $t = 1,0$ $P < 95\%$.

В возрастном составе больных с сочетанной патологией, выявляемых в последние три года, преобладают лица в возрасте 30-39 лет ($51,2-62,5\%$). Неработающие составляют $48,2-90,0\%$, заключенные – $20,8-37,9\%$. Подавляющее большинство больных мужчины (до 92%) и относятся к потребителям инъекционных наркотиков (до 77%).

Летальность у лиц с сочетанной патологией в Томской области в период 2000-2011гг. составляла в среднем $3,3 \pm 0,6\%$ и была в 1,8 раза выше, чем в целом среди ВИЧ-инфицированных.

Начиная с 2006 года в области при поддержке Глобального Фонда реализуется проект «Снижение риска заражения туберкулезом ВИЧ-инфицированных».

Проект позволил проводить большую часть мероприятий по профилактике туберкулеза у ВИЧ-инфицированных на базе ОГБУЗ «Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями».

Начиная с 2006 года улучшилась ранняя диагностика туберкулеза, увеличился охват флюорографическим обследованием до $84,1\%$ (2011г.), стоящих на диспансерном учете, и до 94% вновь выявленных ВИЧ-инфицированных.

Охват химиопрофилактическим лечением больных ВИЧ-инфекцией возрос до $64,5\%$ (2011г.). С 2005г. стала проводиться реакция Манту (рис.2).

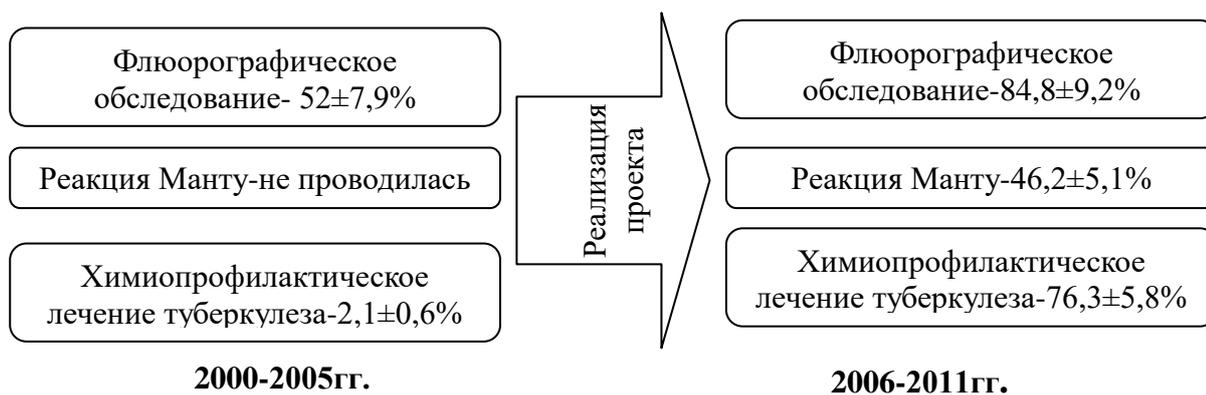


Рис.2. Динамика ранней диагностики и профилактического лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, Томская область, 2000-2011гг.

Основной причиной не полученного химиопрофилактического лечения туберкулеза являются отказы – до 30%, при этом все отказывающиеся являются активными потребителями инъекционных наркотиков, что существенно влияет на их приверженность к лечению.

Заболевшие сочетанной патологией в период 2000-2005гг. составляли $2,6 \pm 0,3\%$ от числа состоявших в этот период на учете ВИЧ-инфицированных. За период 2006-2011гг. заболело сочетанной патологией $1,7 \pm 0,2\%$ от числа стоявших на учете, что достоверно ниже, чем за предшествующий период ($t = 2,5$ $P > 95\%$).

Таким образом, заболеваемость сочетанной патологией ВИЧ-инфекция и туберкулез на территории Томской области имеет средний уровень и определяется, в основном, уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, а не туберкулезом. Как для заболеваемости ВИЧ-инфекцией, так и для заболеваемости сочетанной патологией наметилась тенденция умеренного роста. Основной причиной смерти, связанной с ВИЧ-инфекцией, является присоединение туберкулеза.

Увеличение пораженности ВИЧ-инфекцией населения, значительное число ВИЧ-инфицированных, отказывающихся от профилактического лечения туберкулеза, рост числа лекарственно устойчивых форм у лиц с впервые выявленной сочетанной патологией не позволяют прогнозировать в ближайшее время снижение уровня заболеваемости сочетанной патологией и летальности от нее. Однако, реализация мероприятий по раннему выявлению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и организация химиопрофилактического лечения существенно влияют на уровень заболеваемости данной патологией.

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Л.Н. Карпова, Е.Ю. Кожевникова, Е.А. Ильина, В.А. Лукьянова
*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

Алтайский край относится к регионам с высокой заболеваемостью и смертностью от туберкулеза. Уровень основных показателей превышает

показатели РФ более чем в 1,5 раза. Показатель первичной заболеваемости туберкулезом в 2011 году составил 121,8 на 100 тыс. населения.

ВИЧ-инфекция – наиболее серьезный фактор риска развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза.

Туберкулез – самая частая инфекция, регистрируемая у больных ВИЧ-инфекцией, и самая частая причина их смерти.

На 01.01.2012г. в Алтайском крае кумулятивное число ВИЧ-инфицированных составило 12 822, показатель на 100 тыс. населения 530,5. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции остается стабильно напряженной. В крае зарегистрирован 2 131 случай сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез, что составляет 16,6% от общего числа больных ВИЧ-инфекцией, выявленных в крае.

Умерло больных с сочетанной патологией ВИЧ+туберкулез 671 человек. Состоит под наблюдением на 01.01.2012г. 1 632 больных, из них получают лечение ВИЧ-инфекции 222 человека.

По итогам 2011 года охват профилактическим обследованием на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией составил 82%.

Все больные ВИЧ-инфекцией имеют низкий иммунный статус (уровень CD4 лимфоцитов ниже 200 клеток в мкл) и нуждаются в превентивном лечении туберкулеза. Подлежащие превентивному лечению получают его в полном объеме.

Несмотря на проводимые мероприятия из года в год отмечается рост числа больных с сочетанной патологией ВИЧ+туберкулез. Так, в 2011 году было заполнено 532 карты персонифицированного учета вновь выявленных пациентов с сочетанной формой ВИЧ-инфекции + туберкулез.

Анализ сроков выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией показал, что в 68,1% случаев туберкулез развился у больных на фоне ВИЧ-инфекции (362 случая), в 23,6% случаев туберкулез и ВИЧ-инфекция выявлены одновременно (126 случаев), в 8,3% (144 случая) – ВИЧ-инфекция выявлена среди контингентов, состоящих на учете у фтизиатра.

В структуре клинических форм преобладает диссеминированный туберкулез с генерализацией процесса (40%) и инфильтративный туберкулез (34,5%).

В Алтайском крае в условиях продолжающегося роста заболеваемости туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией:

- разработана и утверждена нормативно-правовая база по вопросам профилактики, диагностики и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;

- обеспечена система мониторинга больных с сочетанной патологией;

- оборудованы и эффективно работают кабинет скрининговой диагностики туберкулеза на базе КГБУЗ «Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» и кабинет референтской диагностики туберкулеза у больных с иммунодефицитными состояниями на базе Краевого противотуберкулезного диспансера;

– на базе стационара Краевого противотуберкулезного диспансера работает кабинет до- и послетестового консультирования для лиц, подлежащих тестированию на ВИЧ;

– ежеквартально проводятся заседания Координационного совета Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности по вопросам профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Вывод: сочетанная патология ВИЧ-инфекция + туберкулез остается одной из актуальных проблем на территории Алтайского края.

АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

О.Н. Конончук ¹, К.В. Сибиль ¹, В.Я. Аксенова ¹,
Т.В. Пьянзова ², М.О. Майорова ²

*ГБУЗ «Кемеровский областной центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»¹,*

ГБОУ «Кемеровская государственная медицинская академия»²

Цель исследования. По результатам анализа длительности заболевания туберкулезом и ВИЧ-инфекцией среди больных двойной патологией выделить группы риска по развитию сочетанного заболевания.

Материалы и методы исследования. У больных с первичной регистрацией ВИЧ-инфекции и последующим выявлением туберкулеза (ВИЧИ/ТБ группа, n=660) проведён анализ длительности периодов: 1 – от возможного инфицирования ВИЧ до выявления туберкулеза и 2 – от регистрации ВИЧ-инфекции до выявления туберкулеза. Длительность 1 периода определяли при опросе больного и анализе данных анамнеза, 2 – при анализе медицинской документации. В свою очередь, среди больных с туберкулезом в качестве первичного заболевания (ТБ/ВИЧИ группа, n=163) изучена длительность наблюдения по поводу туберкулеза до выявления ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования. По длительности 1 и 2-го периодов наблюдения больных ВИЧИ/ТБ группы распределили: до 1 года – 7 (1,1%) больных с длительностью 1 периода и 90 (13,6%) с длительностью 2-го, 1-2 года – 24 (3,6%) и 114 (17,3%) соответственно, 2-4 года – 122 (18,5%) и 203 (30,8%), 4-6 лет – 190 (28,8%) и 209 (31,7%), 6 и > лет – 222 (33,6%) и 44 (6,7%), не установлен – 95 (14,4%) и 0 соответственно (рис. 1).

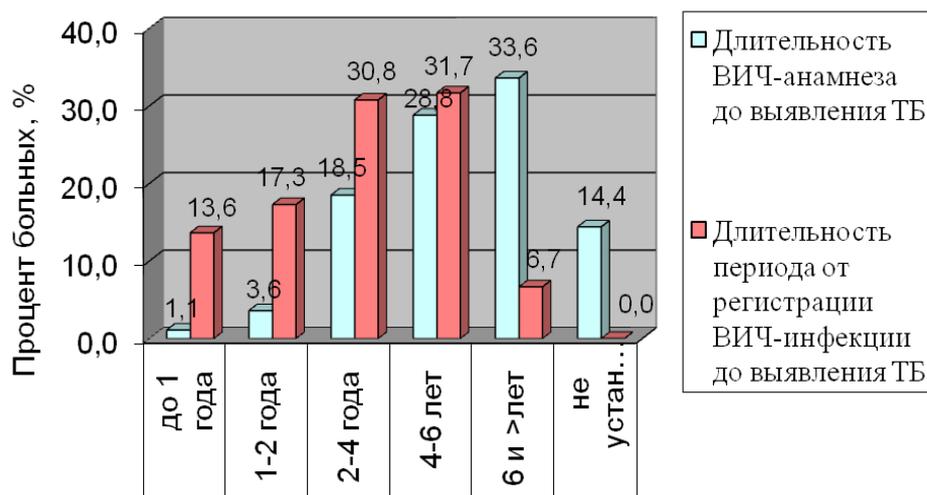


Рис. 1. Распределение больных ВИЧИ/ТБ группы (n=660) по длительности периодов: от возможного инфицирования ВИЧ до выявления туберкулеза и от регистрации ВИЧ-инфекции до выявления туберкулеза.

Анализ распределения больных ВИЧИ/ТБ группы по длительности периода от возможного инфицирования ВИЧ до выявления туберкулеза показал, что у большинства больных этот период составил 4 и более лет (62,4%). Пациенты с длительностью ВИЧ-анамнеза 2-4 года составили 1/5 (18,5%). Доли больных, выявленных до 1 года и от 1 до 2 лет, достоверно не различались, составив 1,1% и 3,6% соответственно. У 1/7 (14,4%) пациентов отсутствовали сведения о длительности указанного выше периода.

В свою очередь, с момента регистрации одной инфекции (ВИЧ-инфекции) до выявления другой (туберкулеза) проходило, как правило, от 2 до 6 лет (62,5% больных). Доли больных, выявленных до 1 года и от 1 до 2 лет, не различались и составили 1/7 и 1/6 соответственно от всех больных в группе. У 6,7% больных с момента регистрации одной инфекции до выявления другой прошло 6 лет и более лет.

Следовательно, анализ длительности периода от возможного инфицирования ВИЧ до выявления туберкулеза показал, что больные с длительностью инфицирования ВИЧ 4 и более лет являются группой риска по развитию туберкулеза и нуждаются в особом внимании врачей. В этой группе необходимо усилить комплекс мероприятий, направленных на профилактику и выявление туберкулеза (профилактические осмотры и консультации фтизиатра не менее 2 раз в год, химиопрофилактика и т.д.).

Из рисунка 2 видно, что чаще всего длительность периода от выявления туберкулеза до регистрации ВИЧ-инфекции составляла от 4 до 6 лет – 41% (72 чел.). Вероятно, это обусловлено неблагоприятным социальным статусом больных, длительным заболеванием туберкулезом (33% больных страдают хроническими формами). Данные обстоятельства предрасполагают к поведению больных, сопряженному с риском заражения ВИЧ-инфекцией, например, приему наркотиков. Больных с длительностью туберкулезного анамнеза 6 и более лет не было. Доли выявленных до 1 года и через 2-4 года практически не различались, составив 26% (42 чел.) и 22% (36 чел.)

соответственно. Наблюдавшихся по поводу туберкулеза от 1 до 2 лет оказалось 11% (18 чел.).

В свою очередь, в группе больных с туберкулезом в качестве первичного заболевания (ТБ/ВИЧИ группа) проанализирована длительность наблюдения по поводу туберкулеза до выявления ВИЧ-инфекции (рис. 2).

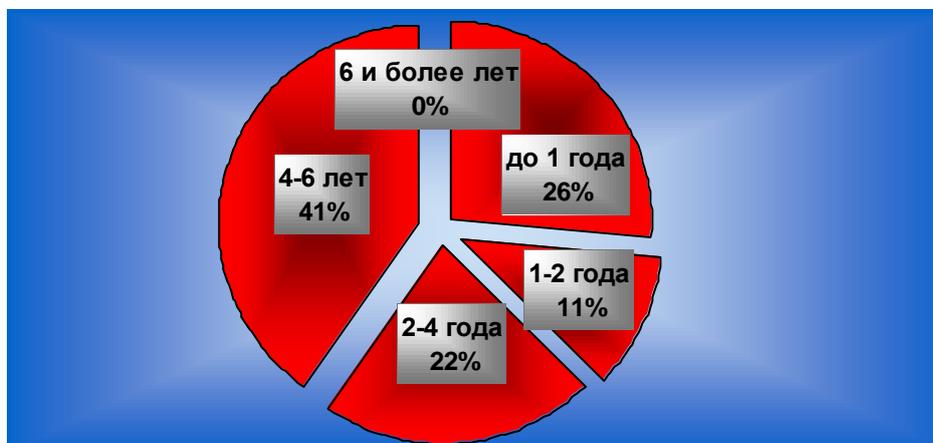


Рис. 2. Распределение больных ТБ/ВИЧИ группы (n=163) по длительности наблюдения с туберкулезом до выявления ВИЧ-инфекции.

Таким образом, при сочетании у больного длительности заболевания 4–6 лет и нередко хронической формы туберкулеза с паллиативной терапией риск заболевания ВИЧ-инфекцией резко возрастает. В этот период заболевания внимание врачей к пациенту, как правило, ослабевает, а данные больные представляют эпидемиологическую опасность по заболеванию и распространению ВИЧ-инфекции. В этой группе мероприятия, направленные на профилактику и выявление ВИЧ-инфекции, должны проводиться наиболее активно: обследование каждые 3 месяца, информационно-образовательная работа, наблюдение нарколога.

Заключение. В процессе изучения указанных периодов установлено, что в ВИЧИ/ТБ группе с момента заражения ВИЧ до выявления туберкулеза проходило чаще всего 4 и более лет (62,4%), а от выявления первой инфекции до регистрации второй – от 2 до 6 лет (62,5%). В ТБ/ВИЧИ группе наибольшая доля больных (67%) наблюдались по поводу туберкулеза от 4 до 6 лет (41%) либо до 1 года (26%) до выявления ВИЧ-инфекции. Следовательно, больные с длительностью инфицирования ВИЧ 4 и более лет являются группой риска по развитию туберкулеза, а с длительностью туберкулезного анамнеза от 4 до 6 лет – по ВИЧ-инфекции.

В этих группах должны быть усилены мероприятия, направленные на профилактику и выявление туберкулеза или ВИЧ-инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

О.Н. Конончук¹, К.В. Сибиль¹, Т.В. Пьянзова²

ГБУЗ «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»¹,

ГБОУ «Кемеровская государственная медицинская академия»²

Цель исследования.

Провести сравнительный анализ поражения легких по данным рентгенологического обследования у больных туберкулезом (ТБ) в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ВИЧИ) и без неё.

Материалы и методы исследования.

Проведено проспективное исследование на сплошном материале с использованием учетно-отчетной документации и личного сбора авторами данных о больных двойной инфекцией и только туберкулезом, проходивших курс стационарного лечения в отделениях иммунодефицитных состояний инфекционной больницы и противотуберкулезного диспансера.

Рентгенологические проявления заболевания оценивались у больных при поступлении в стационар.

Для выявления статистических различий полученных результатов в группах больных применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Он позволил сравнить распределение показателя в группах.

Анализ поражения легких по данным рентгенологического исследования проведен у больных четырёх групп:

1 группу составили пациенты с первичной регистрацией ВИЧ-инфекции и последующим выявлением туберкулеза (ВИЧИ/ТБ – 134 чел.),

2 группа – пациенты, у которых регистрация ВИЧ-инфекции произошла на фоне заболевания туберкулезом (ТБ/ВИЧИ – 30 чел.),

3 группа – больные с одновременной регистрацией обеих инфекций (ТБ=ВИЧИ – 53 чел.),

4 группа – контрольная, включившая 145 больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования.

Изучены частота и распространенность рентгенологических изменений в легких, показателю присвоено четыре значения: 0 – нет поражения легочной ткани (внелегочный туберкулез); 1 – поражено 1, 2 сегмента; 2 – 1, 2 доли; 3 – 3 доли и более. Дополнительно представлен анализ частоты туберкулеза с распадом легочной ткани, показатель «распад легочной ткани» имел три значения: 0 – нет распада; 1 – 1, 2 каверны; 2 – поликаверноз (таблица).

Частота и распространенность поражения легких, в том числе с распадом легочной ткани по данным рентгенологического обследования

Рентгено-логически изменения легких	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа	
	%	распределение	%	распределение	%	распределение	%	распределение
0	7,5	7,5	0	0	3,8	3,8	7,6	7,6
1	36,7	44,2	10	10	24,5	28,3	55,2	62,8
2	25,4	69,44	46,7	56,7	43,4	71,7	28,3	91,1
3	30,6	100	43,3	100	28,3	100	9,0	100
Различия в распределениях групп больных ВИЧ-инфекцией: 1 и 2 ($p < 0,01$); 1 и 3 ($p > 0,1$); 2 и 3 ($p > 0,1$);								
Различия в распределениях между группами больных ВИЧ-инфекцией и контрольной группой: 1 и 4 ($p < 0,002$); 2 и 4 ($p < 0,001$); 3 и 4 ($p < 0,001$);								
Распад легочной ткани	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа	
	%	распределение	%	распределение	%	распределение	%	распределение
0	67,9	67,9	50	50	60,4	60,4	57,9	57,9
1	17,9	85,8	13,3	63,3	26,4	86,8	28,3	86,2
2	14,2	100	36,7	100	13,2	100	13,8	100
Различия в распределениях групп больных ВИЧ-инфекцией: 1 и 2 ($p > 0,1$); 1 и 3 ($p > 0,1$); 2 и 3 ($p > 0,1$);								
Различия в распределениях между группами больных ВИЧ-инфекцией и контрольной группой: 1 и 4 ($p > 0,1$); 2 и 4 ($p > 0,1$); 3 и 4 ($p > 0,1$);								

Из таблицы видно, что частота изолированного внелегочного поражения в группах была одинаковой, за исключением 2 группы, где вовлечение в процесс легких наблюдалось в 100%. Распространенность поражения легких у больных ВИЧ-инфекцией оказалась статистически достоверно большей, чем у больных только туберкулезом. Поражение 1, 2 долей в контрольной группе визуализировалось чаще, чем в других, а 3-х и более – реже. Сравнение распределений показателя у лиц с двойной инфекцией показало достоверность различий между 1 и 2 группами, где во 2 группе регистрировалось больше изменений. Из таблицы видно, что частота туберкулеза с распадом легочной ткани во всех группах одинакова. Обращает на себя внимание высокий удельный вес больных с поликавернозом во 2 группе. В то же время больных без поражения легочной ткани в 1 группе оказалось больше, чем в других. При этом достоверность различий значений показателей статистически не подтверждена.

Заключение. Таким образом, по данным рентгенологического обследования частота поражения легких, в том числе с распадом, во всех изученных группах оказалась одинаковой. При этом распространенность

изменений у больных ВИЧ-инфекцией была большей, а наихудшие показатели – во 2 группе. Необходимо отметить, что у больных сочетанной инфекцией в структуре клинических форм туберкулеза диссеминированная форма была одной из самых частых, а во 2 группе – фиброзно-кавернозная.

ПОВЕРХНОСТНЫЕ МИКОЗЫ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВЫРАЖЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Л.Ю. Воеводская, О.И. Дюканова, С.И. Белых, В.В. Маевская
КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

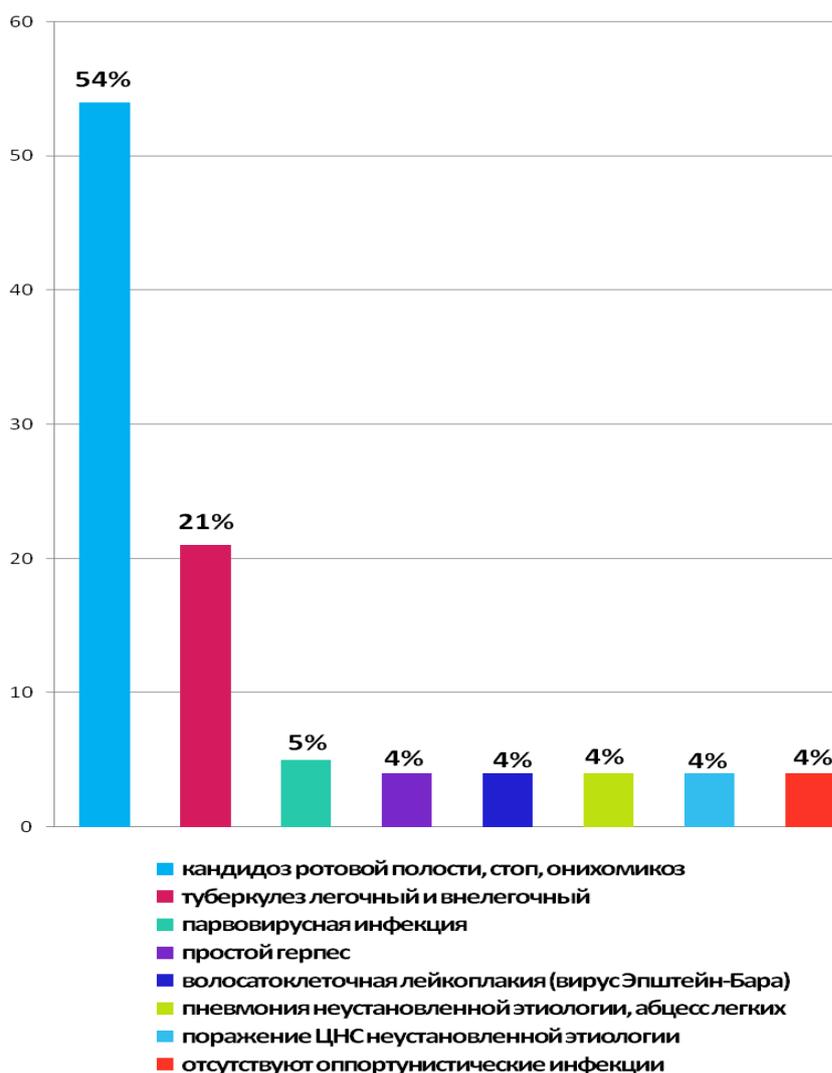
Метод проточной цитометрии для определения процентного и абсолютного содержания зрелых субпопуляций лейкоцитов в цельной крови человека используется в нашей лаборатории с 2003 года. Определение проводится на проточном цитофлюориметре FACSCalibur фирмы Becton Dickinson реагентами с трёхцветной меткой Tritest CD3⁺ FITC/CD4⁺ PE/CD45⁺PerCP этой же фирмы. С помощью этого набора определяются лимфоциты и их субпопуляции в лизированной (без отмывки) крови ВИЧ-инфицированных пациентов. Подсчёт процентного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3⁺) и Т-хелперов (CD4⁺) проводится двухплатформенным методом, который предусматривает использование общего количества лейкоцитов и процент лимфоцитов, полученных на гематологическом анализаторе. Для автоматизированной обработки результатов используется программа MultiSET.

Мониторинг количества CD4⁺ Т-хелперов является одним из главных лабораторных критериев оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции, а также необходим для оценки эффективности антиретровирусной терапии. Значительное уменьшение их абсолютного количества, как правило, соответствует развитию иммунодефицита, клиническими проявлениями которого являются оппортунистические заболевания (поражения).

Мы исследовали группу из 25 ВИЧ-инфицированных: 19 мужчин и 6 женщин в III-IV стадии (согласно клинической классификации В.И.Покровского) с абсолютными значениями CD3⁺<1000 клеток/мкл и CD4⁺<200 клеток/мкл. Эти показатели соответствуют выраженной степени иммунодефицита, при которой могут развиваться такие оппортунистические заболевания, как: пневмоцистная пневмония, герпес I и II типа, герпес Зостер, поражения, вызванные вирусом Эпштейн-Бара, парвовирусная инфекция, токсоплазмоз, легочный и внелёгочный туберкулёз, грибковые поражения. В этом исследовании нас интересовала частота развития вторичных заболеваний.

Исследование показало, что наибольшую часть оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов с выраженным иммунодефицитом составляют поверхностные микозы.

Частота развития вторичных заболеваний в изучаемой группе



Значительное количество больных ВИЧ-инфекцией впервые выявляется в стадии глубокого иммунодефицита. Можно предположить, что клиническим маркёром иммунодефицита в большом числе случаев будут поверхностные грибковые поражения.

Больные с такого рода поражениями не относятся к подлежащим обследованию на ВИЧ по клиническим показаниям, и в большинстве случаев диагноз ВИЧ-инфекции выставляется на более поздних стадиях развития болезни.

Выводы: наши данные позволяют предположить целесообразность обследования на ВИЧ-инфекцию пациентов с поверхностными микозами.

САРКОМА КАПОШИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Е.А. Ильина, Т.Н. Боровских

КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Саркома Капоши (СК) – новообразование эндотелиальных клеток, наиболее частая злокачественная опухоль, развивающаяся у больных с ВИЧ-инфекцией.

У мужчин проявляется чаще, но у женщин протекает наиболее агрессивнее, чем у мужчин.

Возбудителем Саркомы Капоши является вирус герпеса 8 типа. Для развития Саркомы Капоши не обязательно наличие тяжелого иммунодефицита.

Может возникать и у пациентов с относительно сохраненным иммунным статусом.

Саркома Капоши – СПИД-индикаторное заболевание.

Клиника. Саркома Капоши появляется на коже в виде маленьких пятен, которые постепенно увеличиваются до пальпируемых уплотнений, а затем узлов. Количество элементов может быть различным: от одного до сотен. Подсыпание может быть медленным – в течение года или быстрым, в течение нескольких недель. Размеры от нескольких мм до 10 см и более. Цвет от красно-коричневого до фиолетового на кончике носа, вокруг глазницы и за ухом. При генерализации процесса часто вовлекаются слизистые оболочки (твердое и мягкое небо, глотка), ЖКТ поражается у половины больных. При осложнении Саркомы Капоши поражается трахея, бронхи.

Диагностика. Диагноз ставится только при цитологическом исследовании биоптата, а также на основании данных визуального осмотра.

Лечение. Саркома Капоши неизлечима. Цель терапии заключается в изменении симптоматики и предотвращении прогрессирования заболевания. Для лечения используют:

Местные методы: облучение, криотерапия, введение цитостатиков и интерферонов внутрь элемента.

Системная терапия: цитостатики проспидин + интерфероны в больших дозах(1-10 Ед п/к в сутки).

Применение цитостатиков, как правило, приводит к усугублению иммунодефицита и развитию вторичных заболеваний.

На фоне АРВТ наблюдается регрессия элементов опухоли, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни.

Клинический случай Саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированного.

Пациент У., 35 лет, ПИН. Впервые отметил появление новообразования около 1 года назад. Появились образования неправильной формы, увеличивающиеся в размере в области кисти. За 6 месяцев образования начали подсыпать на верхних и нижних конечностях.

Пациенту был поставлен диагноз Саркома Капоши.

При обследовании на АТ к ВИЧ (по клиническим показаниям) была выявлена ВИЧ-инфекция. Взят на Д-учет с диагнозом ВИЧ-инфекция. Стадия 4в (СПИД) вторичных заболеваний. Фаза прогрессирования. Саркома Капоши.

Хронический вирусный гепатит В+С. Волосатая микоплакия языка. Кандидоз ротовой полости.

При обследовании: СД4 – 214 кл – 14%. РНК ВИЧ – 410 000 коп/мл.

Пациенту назначена АРВТ в день взятия на учет.

На фоне приема АРВТ у пациента уже через 1 месяц отмечалась положительная динамика:

- регрессия элементов опухоли;
- улучшение клинического состояния;
- СД4 через 1 месяц приема АРВТ – 244 кл – 25%.

РНК ВИЧ – 5700 коп/мл. Специфическая терапия не назначалась.

В настоящее время пациент продолжает получать АРВТ.

Выводы: в настоящее время имеются трудности в диагностике Саркомы Капоши в цитологическом исследовании биоптата и проведении специфического лечения, так как онкологический центр зачастую отказывает в помощи ВИЧ-инфицированным.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ПРОБЛЕМЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Н.Н. Кузнецова, Е.Р. Татьянакина В.А. Лукьянова, Л.О. Егармина
КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), занимают особое место в структуре общей заболеваемости. Их значимость обусловлена тем, что эти болезни затрагивают органы и ткани, относящиеся к репродуктивной системе.

Среди девушек ИППП встречается в 4-6 раз чаще, чем среди юношей, что объясняется их повышенной биологической и социальной уязвимостью.

Инфекции, передаваемые половым путем, вызываются большим количеством (более 30) разнообразных вирусных и бактериальных агентов, в частности: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, а также группой микроорганизмов-резидентов, ассоциированных с ИППП.

Генитальные микоплазмы, хламидии считаются ответственными в развитии патологии беременности и неонатального периода, служат причиной хронических цервицитов, уретритов, воспалительных заболеваний органов малого таза. При осложненном течении (неразвивающаяся беременность, привычное невынашивание, фетоплацентарная недостаточность, угрожающие преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода, врожденные пороки развития) частота их выявления возрастает до 35-68 %.

Доказано, что уrogenитальный хламидиоз (УГХ) увеличивает восприимчивость к инфицированности ВИЧ, причем штаммы ВИЧ, выделенные от таких больных, более вирулентны.

Закономерен тот факт, что 70-80% инфекций, передаваемых половым путем, диагностируют на фоне патологического влагалищного дисбиоза.

Бактериальный вагиноз (БВ), сам по себе, является значимой проблемой,

но его осложнения еще более опасны. Так, осложнениями БВ являются развитие хориоамнионита, преждевременные роды, эндометрит, послеродовой сепсис, перикюльтит.

У ВИЧ-инфицированных персистенция и тяжесть бактериального вагиноза увеличивается по мере нарастания иммунодефицита. В свою очередь, БВ способствует увеличению концентрации ВИЧ в секрете половых путей, тем самым может повышать риск передачи ВИЧ.

Кандидозный вульвовагинит у ВИЧ-инфицированных женщин встречается чаще и характеризуется более персистирующим течением. Однако его тяжесть при ВИЧ инфекции не увеличивается.

Развитию заболевания способствует низкое количество CD4. В большинстве случаев вульвовагинит вызывают штаммы *Candida albicans*. В 26-27% случаев инфекций, вызываемых не *albicans*, возбудителем является *C. glabrata*.

Лидирующее место по своему повреждающему действию на организм в целом и на репродуктивную систему, в частности, отводится вирусным инфекциям.

Вирус простого герпеса (ВПГ) может находиться в ассоциации с ВИЧ и возбудителями других ИППП, усиливая их размножение, ассоциируется с хроническими метроэндометритами, уретритами, экзо- и эндоцервицитами, стимулирует выкидыши, преждевременные роды, врожденные уродства, а по некоторым данным, развитие детского церебрального паралича (ДЦП). Возможна передача герпеса и развитие молниеносных форм заболевания у новорожденных, которые могут привести к летальному исходу.

Генитальный герпес также повышает риск передачи и заражения ВИЧ-инфекцией. Однако профилактический прием противогерпетических препаратов не снижал риск заражения ВИЧ у ВПГ2-инфицированных пациентов.

Распространенность ВПГ2-инфекции среди ВИЧ-инфицированных женщин выше, при этом рецидивы герпесной инфекции протекают тяжелее и бывают атипичными.

Актуальна проблема папилломавирусной инфекции (ВПЧ) и репродукции.

Папилломавирус, вызывающий у взрослых бородавки и остроконечные кондиломы, может приводить к злокачественному перерождению эпителия шейки матки.

Установлено, что беременность у женщин, инфицированных ВПЧ, нередко сопровождается нарушением развития нервной трубки плода. Эти наблюдения расширяют спектр возможных негативных последствий инфицирования ВПЧ.

У женщин, имеющих ВИЧ положительный статус, выше риск развития дисплазии и рака шейки матки (РШМ), генитальных язв, вагинальных инфекций и генитальных остроконечных кондилом, чем у женщин, не имеющих ВИЧ-инфекции. Поэтому врачи, которые наблюдают ВИЧ-инфицированных женщин, должны подчеркивать важность регулярных гинекологических осмотров.

Частота скрининговых осмотров женщин, имеющих ВИЧ-инфекцию,

зависит от клинической ситуации. Если Пап-мазок при первичном обследовании был в пределах нормы, то следующее скрининговое обследование проводят через 6 месяцев.

Более частый скрининг необходим женщинам с высоким риском дисплазии шейки матки, например, с патологическими изменениями в цитологических мазках (Пап-мазках), с ВПЧ-инфекцией, количеством лимфоцитов CD4 менее 200 кл/мкл, а также женщинам, которым уже проводилось лечение дисплазии шейки матки.

Показатели заболеваемости и распространенность ВПЧ-ассоциированных заболеваний у ВИЧ-положительных женщин значительно выше, выше вирусная нагрузка ВПЧ, дольше персистирование ВПЧ.

Распространенность и персистирование ВПЧ-инфекции коррелирует с вирусной нагрузкой ВИЧ и иммунным статусом.

У ВИЧ-инфицированных женщин риск развития инвазивного рака шейки матки в 9 раз выше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ.

РШМ у ВИЧ-положительных выявляется на 10 лет раньше, чем в общей популяции. Чем ниже иммунитет у ВИЧ-положительных женщин, тем чаще они инфицируются ВПЧ, быстрее малигнизируются эктопии шейки матки и злокачественнее течение.

У женщин с ВИЧ-инфекцией и неинфицированных ВИЧ цервикальные дисплазии (CIN) и рак шейки матки лечат одинаково. Однако, у ВИЧ(+) выше риск рецидива заболевания, поэтому они должны находиться под тщательным наблюдением с динамическим кольпоскопическим контролем 1 раз в 6 месяцев.

Вакцинировать ВИЧ(+)-женщин не рекомендуется. Исследования по вакцинации этой категории женщин еще не завершены.

В АКЦПБ со СПИДом у пациентов г. Барнаул за последние 3 года выявлено из обследуемых на ИППП:

ИППП	2009 год	2010 год	2011год
1. ВПЧ	168	191	226
2. Урогенитальный хламидиоз	116	119	123
3. Трихомониаз	20	11	12
4. Герпесвирусные инфекции	22	34	42
6. Инфекции рода Candida	19	40	54
7. Инфекции, вызванные микоплазмами	190	253	250
8. Прочие заболевания (в т.ч. моллюски)	29	25	9
9. Всего обследовано	2383	1699	1871
10. Всего выявлено	563	663	736

Таким образом, за последние 3 года отмечается тенденция к росту выявления ИППП у пациентов г. Барнаул, в т.ч. с ВИЧ(+) статусом.

Необходимо помнить, что при рецидивирующем половом герпесе, кандидозном вульвовагините нужно искать иммунодефицит и обследовать такую категорию женщин на ВИЧ.

Инфекции, передаваемые половым путем, справедливо называют

«воротами» для ВИЧ-инфекции. ИППП значительно повышают риск заражения ВИЧ-инфекцией. В настоящее время в большинстве стран ВИЧ распространяется преимущественно половым путем. Ежедневно во всем мире ВИЧ-инфекцией заражаются около 6 000 человек, большинство из которых молодые люди репродуктивного возраста.

Вывод: ВИЧ-инфекция в ассоциации с ИППП характеризуются закономерной сменой периодов развития болезни, причем с каждым новым периодом в патологический процесс вовлекаются новые системы и органы, заболевание приобретает деструктивный характер, может быть причиной инвалидности, вызывать смертельный исход и передаваться потомству.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.А. Жарова, Ж.Н. Берг, В.Я. Аксенова, Е.Ю. Макареева, В.Н. Васильев
*ГБУЗ «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»*

Первый случай ВИЧ-инфекции в Кузбассе был зарегистрирован в 1991 году, с 1996 года появились местные очаги инфекции. В 1999 году одновременно было зарегистрировано 34 случая ВИЧ-инфекции в одном из южных городов нашего региона. Все заболевшие были потребителями инъекционных наркотиков. Пик заболеваемости зарегистрирован в 2000 году с уровнем, превышающим предыдущий год в 19 раз.

Реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории Кемеровской области позволила оснастить лаборатории службы «АНТИСПИД» анализаторами, современным оборудованием для проведения исследований уровня иммунного статуса и вирусной нагрузки. Регулярные поставки тест-систем увеличили процент обследуемых лиц, что привело к увеличению числа выявленных случаев ВИЧ-инфекции. С одной стороны, это повлекло за собой рост показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди населения, с другой – позволило проводить целенаправленные меры по профилактике заболевания, увеличить полноту охвата диспансерным наблюдением, обеспечить обследованиями на вирусную нагрузку и состояние иммунного статуса с проведением антиретровирусной терапии всех нуждающихся ВИЧ-инфицированных.

С 2007 года отмечается новая волна подъема заболеваемости, в эпидемический процесс были вовлечены все административные территории. Всего по состоянию на 01.01.2012г. в Кемеровской области зарегистрирован 24 521 случай ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тысяч населения составил 887,9, в целом по РФ – 453,7.

Количество взятых пациентов на лечение увеличено в 30 раз в сравнении с 2005 годом (с 66 человек в 2005 году до 2 000 тысяч в 2011 году).

Однако, несмотря на принятые меры, число умерших ВИЧ-инфицированных из года в год увеличивается. Всего на 01.01.12г. в Кемеровской области умерло 4 293 ВИЧ-инфицированных.

Проведенный анализ смертности за три последних года показал, что процент умерших, инфицированных ВИЧ при парентеральном употреблении наркотиков, в 4 раза превышает количество умерших, инфицированных половым путем (59-65% против 15-18%). Это связано, в первую очередь, с тем, что распространение ВИЧ-инфекции в Кемеровской области идет, в основном, за счет потребителей инъекционных наркотиков. Так, доля лиц, потребляющих наркотики, среди всех выявленных составляет до 75%. Кемеровская область по уровню заболеваемости наркоманией входит в первую десятку по Российской Федерации, в 2011 году с показателем 382,0 заняла 7 место среди всех территорий РФ. При обращении в наркологическую службу пациенты в обязательном порядке обследуются на ВИЧ-инфекцию, но за помощью обращаются далеко не все потребители инъекционных наркотиков. В результате диагноз устанавливается, как правило, случайно: при обращении в медицинские учреждения, либо при выявлении в качестве полового партнера при расследовании очага ВИЧ-инфекции.

Вторым важным фактором является то, что Кемеровская область входит в пятерку «лидеров» по России по количеству исправительных учреждений (28, в т.ч. 4 СИЗО), где находятся 20 тысяч осужденных и заключенных, в анамнезе у которых до 70% – потребители инъекционных наркотиков. Каждый год выходят на свободу 3 тысячи осужденных, из которых 70% остаются жить в Кузбассе. При достаточно отлаженной работе по взаимодействию со службой ФСИН ГУ по Кемеровской области, в том числе обмену данными по «движению» ВИЧ-инфицированных в места лишения свободы и обратно, существует проблема привлечения их на диспансерное наблюдение после освобождения, так как они могут свободно мигрировать как внутри области, так и за ее пределами, обращаясь в службу «АНТИ-СПИД» только в случаях крайней необходимости, когда начинать лечение уже поздно.

Ввиду того, что ВИЧ-инфекция регистрируется на территории нашей области уже более 15-ти лет, накоплен резервуар «скрытых» случаев ВИЧ-инфекции, когда по каким-то причинам человек не попал в поле зрения медицинских работников. В результате выявление ВИЧ-инфекции происходит на поздних стадиях заболевания, начатое лечение уже не дает должного эффекта. Ежегодно увеличивается количество умерших из выявленных в отчетном году: в 2009г. – 125 человек, в 2010г. – 144 человека, в 2011г. – 192 человека. Из них умерли от СПИДа в 2009г. – 5,6%, 2010г. – 4,8%, 2011г. – 6,8%.

Основными причинами смерти ВИЧ-инфицированных за 2009-2011гг. стали: туберкулез легких – 28,4%, отравление наркотиками – 19,5%, СПИД – 11,1%. Среди других причин смерти, не связанных с ВИЧ, отмечены внелегочной туберкулез, сепсис, заболевания печени, сердечно-сосудистые заболевания и заболевания легких.

За последние три года снижается доля смертей от СПИДа. В 2009г. из 565 умерших от СПИДа умерло 74 человека (13,1%), в 2010г. из 600 человек 74 от СПИДа (12,3%), в 2011г. из 883 – 81 умер от СПИДа (9,2%). А вот доля умерших от туберкулеза ежегодно увеличивается: 2009г. – 24,6%, 2010г. –

28,5%, 2011г. – 30,7%. Основными причинами смертности от туберкулеза является поздняя диагностика – 60%, (в 76% случаев несвоевременная диагностика была обусловлена нетипичным течением туберкулеза), неадекватное лечение – 13,4%, отказ от лечения или систематические нарушения режима – 26,6%.

В 2011 году из получавших антиретровирусную терапию умерло 144 человека (16,3% от всех умерших). Из них 21 человек (14,6%) получал лечение более 3х лет, 49 человек (34%) в течение 1-3 лет, 74 человека (51,4%) получали антиретровирусную терапию менее 1 года, в том числе 21 пациент умер от СПИДа (14,6%). Из числа умерших от СПИДа 61,9% составляют лица, получавшие лечение менее 6 месяцев, вместе с этим среди ВИЧ-инфицированных, получавших лечение более 3-х лет на фоне сопутствующих заболеваний, летальность составляет (9,5%).

Контингент больных, страдающих сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулез – это самая сложная социальная группа пациентов: до 40% из них ранее находились в УИС, 75% употребляют наркотики, причем более половины активно до момента смерти, хроническим алкоголизмом страдают более 10% больных, лица БОМЖ составляют 8-10%, у половины больных зарегистрированы другие гемоконтактные инфекции – вирусные гепатиты, в т.ч. комбинация ВГВ и ВГС.

Следовательно, чем раньше пациенту назначается ВААРТ, тем меньше вероятность развития СПИДа, оппортунистических заболеваний. При выявлении пациента в стадии ВИЧ-инфекции с выраженными клиническими проявлениями следует срочно проводить ВААРТ при уровне CD-4 выше 350 клеток.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2005-2011ГГ.

*Е.С. Довгополок, А.Т. Тюменцев, Ю.Л. Рубина
ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора,
Сибирский федеральный окружной центр по профилактике
и борьбе со СПИД*

Проблема профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку остается актуальной как в целом для Российской Федерации, так и для Сибирского федерального округа (СФО). В 2011г. эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в СФО остаётся сложной. По данным годовых отчётов региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД в Сибирском федеральном округе общее число выявленных случаев ВИЧ на 01.01.2012 года достигло 116 305 человек. Показатель поражённости ВИЧ в СФО составил 599,8 на 100 тыс. населения против 453,9 в РФ. К концу 2011 года в СФО проживает 0,6% (т. е. каждый 150) взрослого населения с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. Доля ВИЧ-инфицированных, выявленных в СФО, составляет 18,0% от общего числа выявленных в России.

С 2008 года в Сибирском федеральном округе отмечается рост полового пути передачи ВИЧ-инфекции с 32,9% до 47,9% в 2011 году. Активизация полового пути передачи проявляется в увеличении числа выявленных ВИЧ-инфицированных женщин, в том числе и беременных. За весь период эпидемии к 01.01.2012г. в СФО зарегистрировано 20 366 ВИЧ-инфицированных женщин, имевших беременность.

В последние годы отмечено существенное увеличение количества детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции: 2005г. – 955, 2006г. – 972, 2007г. – 1 310, 2008г. – 1 623, 2009г. – 1 999, 2010г. – 2 272, 2011г. – 2 499. В СФО ежедневно у ВИЧ-позитивных матерей рождается 6 детей. На 01.01.2012 года от ВИЧ-инфицированных женщин родилось 14 665 детей.

Заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери возможно во время беременности, особенно на поздних сроках (после 30 недель), во время родов и при грудном вскармливании. Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20-40%. Применение современных методов профилактики снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери до 1-2%. Средний показатель вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в СФО на 31.12.2011 года составил 7,6 % со значительными колебаниями в зависимости от наличия или отсутствия комплекса мер профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) включает в себя: предоставление дородовой помощи в полном объеме; консультирование по вопросам ППМР; проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ во время беременности, в родах и новорожденному; применение рациональной тактики родоразрешения; искусственное вскармливание ребенка.

Для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции всем ВИЧ-инфицированным беременным женщинам назначается химиопрофилактика антиретровирусными препаратами во время беременности, в родах и ребенку после рождения (трехэтапная химиопрофилактика). Согласно действующему законодательству женщины обеспечиваются препаратами для профилактики передачи ВИЧ-инфекции бесплатно.

Таблица 1

Сведения о химиопрофилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в 2005-2011гг.

Химио-профилактика	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
3-х этапная	51,3%	64,5%	67,9%	70,4%	74,7%	76,5%	81,0%
Не проведена	11,9%	2,6%	2,2%	2,6%	1,2%	1,1%	1,1%

С начала реализации Национального проекта «Здоровье» и улучшения финансирования комплекса мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку охват полной трехэтапной химиопрофилактикой увеличился с 51,3% до 81,0%, а среди пар «мать и ребенок», не получивших

химиопрофилактику, показатель снизился с 11,9% в 2005 году до 1,1% в 2011 году. (Таблица 1).

Современная профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку направлена на то, чтобы охватить максимум детей и уберечь их от заражения, чтобы обеспечить детям здоровье и будущую безопасность. В поддержке ВИЧ-положительных родителей до и после рождения ребенка принимают участие региональные СПИД-центры, родовспомогательные и педиатрические лечебно-профилактические учреждения, а также некоммерческие организации, занимающиеся проблемой ВИЧ-инфекции. При соблюдении комплекса мер, направленных на предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку, в подавляющем большинстве (от 98 до 99%) случаев вирус не попадет в организм ребенка. В Сибирском федеральном округе на 01.07.2012 года появились на свет 9 845 детей, незараженных ВИЧ-инфекцией. Из общего количества рожденных 5 062 ребенка еще находятся под наблюдением для определения ВИЧ-статуса, так как имеют антитела к ВИЧ, но подавляющее большинство из этих детей не будут инфицированы, так как большинству из них был проведен полный комплекс мер для предотвращения передачи ВИЧ. Охват любым курсом химиопрофилактики среди пар «мать и ребенок» в 2011 году составил 98,9%.

В связи с продолжающимся ростом числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождением ими детей необходимо дальнейшее внедрение полного комплекса мер профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Необходимо информирование населения по проблеме ВИЧ-инфекции, а также обязательное проведение до- и послетестового консультирования для раннего выявления женщин из групп риска с целью диагностики ВИЧ-инфекции и своевременного назначения химиопрофилактики для снижения риска заражения ребенка. Проведение обучающих семинаров для медицинских работников, сопровождающих ВИЧ-положительную женщину от начала беременности до завершения профилактических мероприятий для новорожденного, которые позволяют отработать механизм межведомственного взаимодействия специалистов инфекционной, родовспомогательной, педиатрической, социальной служб, центров по профилактике и борьбе со СПИД, ЛПУ и общественных некоммерческих организаций. Современная профилактика ВИЧ-инфекции направлена на то, чтобы охватить максимум детей и уберечь их от заражения, чтобы обеспечить им здоровье и будущую безопасность.

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ
ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

В.В. Шишкина

*ГБУЗ Республики Хакасия «Центр по профилактике и борьбе
со СПИДом и инфекционными заболеваниями»*

Введение. Современное мировое сообщество, в том числе и Россия, уже в течение нескольких десятилетий предпринимает значительные шаги, направленные на предупреждение распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. Проводимые мероприятия на федеральном и региональном уровнях привели к определенным позитивным сдвигам в большинстве регионов страны, позволили удерживать эпидемию ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии с относительно низкими темпами прироста новых случаев.

Вместе с тем, несмотря на снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции, рост числа ВИЧ-инфицированных продолжается.

В Республике Хакасия на конец 2011 года зарегистрировано 456 случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 2011 году составил 13,0, что ниже показателя Сибирского федерального округа (СФО) в 5,5 раза (на 01.12.2011г. – 71,1). Тем не менее, прогноз развития эпидемии в Республике Хакасия остается неблагоприятным. Об этом свидетельствует ежегодный рост числа новых случаев заболевания ВИЧ-инфекцией с 25 случаев в 2006г. до 70 случаев в 2011г. (рост в 2,7 раза). Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией в 2011 году составляет по Республике Хакасия 84,6 на 100 тыс. населения, что ниже показателя СФО в 7 раз (на 01.12.2011г. – 573,7), в 5,3 раза ниже показателя по РФ (данные ФНМЦПБС на 01.11.2011г. – 448,8). Показатель поражённости в РХ в 2009г – 61,7, в 2010 – 71,6 на 100 тыс. населения.

Отличительной особенностью эпидситуации по ВИЧ-инфекции в Хакасии является высокий удельный вес случаев инфицирования ВИЧ половым путем по сравнению с СФО и РФ. Доля полового пути составляет 67,8 % (на 01.11.11г. по СФО – 46,8%, РФ – 39,4%). На долю наркотического пути заражения приходится 27,6 % (СФО – 51,7%, РФ – 58,2%). Среди лиц с известными причинами заражения, впервые выявленных в 2011 году, 75,7% инфицированы ВИЧ при половом контакте. Среди инфицированных ВИЧ половым путем преобладают женщины – 64,4%, преимущественно молодого возраста.

За последние 5 лет доля впервые выявленных женщин постоянно увеличивается и уже на конец 2011г. достигла 55,7 %. Из 334 больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете, 172 женщины активного репродуктивного возраста.

За последние 4 года неуклонно увеличивается количество женщин, узнавших свой ВИЧ-статус во время беременности (2008г. – 4 женщины, 7,4% от впервые выявленных, 2009г. – 7 (11,1%), 2010г. – 8 (14,8%), 2011г. – 12 женщин (17,1%).

Частота выявления новых случаев ВИЧ-инфекции у беременных возросла в 3 раза (с 17,3 на 100 тыс. тестированных на ВИЧ в 2008г. до 51,3 к 2011г.).

Одной из проблем, порожденной эпидемией ВИЧ-инфекции, является передача инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания, устройство отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в дома ребенка, оказание им медико-социальной помощи, их воспитание и образование.

Соответственно, одним из направлений государственной политики противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в России является предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во всех лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку к 2015 году до 3%.

Цель. Оценка системы действенных мер защиты, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, обеспечивающей эффективный контроль над эпидемической ситуацией в целевой потенциально уязвимой группе беременных с целью рождения неинфицированного ребенка от ВИЧ-позитивной матери.

Материалы и методы. Анализ полученных данных показал: с начала развития эпидемии по 109 коду выявлено 60 женщин, больных ВИЧ-инфекцией, 25 (41,7%) из них обследовались по поводу прерывания беременности. Диагноз ВИЧ-инфекция впервые установлен во время беременности у 31 (51,7 %) женщины, закончившей беременность родами, 4 (6,7 %) женщинам диагноз ВИЧ-инфекция выставлен после родов.

Не состояли на учёте в женской консультации и, как правило, поступили в учреждения родовспоможения на роды 20 %, из них три знали о своём ВИЧ-статусе.

За весь период наблюдения за ВИЧ-инфекцией в Республике Хакасия наблюдалось 106 семейных пар, из них 55 пар дискордантных (где один из супругов ВИЧ+), их ВИЧ статус остался без изменений и 49 пар ВИЧ-инфицированных (оба супруга ВИЧ+). Из 49 в 14 семейных парах на момент выявления и взятия на «Д» учёт оба супруга были ВИЧ(+), в 35 семейных парах один партнер инфицировал другого. На 31.12.2011г. 43 пары сохраняют семью (6 пар распались: 4 не сохранили семейные отношения, 2 по причине смерти одного из супругов). У 26 ВИЧ(+) супругов родилось 33 ребенка, из них инфицированы 3 (9%).

В дискордантных парах родилось 29 детей. От пары, где супруга ВИЧ-инфицирована, одному ребенку выставлен диагноз ВИЧ-инфекции (3,5 %).

С 2000г. в Республике Хакасия родился от ВИЧ-позитивных матерей 81 ребенок.

С целью предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку проводилась и проводится химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ от женщины ребёнку (ХП), которая включает в себя назначение противовирусных препаратов:

- беременной во время беременности, родов и ребёнку в первые 72 (лучше 8) часов жизни – трёхэтапная;
- в родах и новорожденному – двухэтапная;
- одному новорожденному – одноэтапная.

Согласно приказу МЗ РФ №606 от 19.12.2003г. «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» профилактика назначалась с 28 недель беременности.

С 2009 года по клиническим рекомендациям ФГБУН «РКИБ» МЗиСР РФ «Современные подходы к применению антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребёнку» проводилась профилактика беременной с 20-24 недели беременности тремя противовирусными препаратами, новорожденному – одним. При назначении профилактического лечения после 30-32 недели беременности новорожденному назначалась тритерапия.

Женщин, больных ВИЧ инфекцией, состояло на учете за 2000-2011гг. – 172. Имели беременность (случаев) – 82,56 %, из них пролонгировали беременность и закончили родами 80 женщин, 56,3%, из них – родоразрешение кесаревым сечением у 23 (16,2%). С 2000г. в Республике Хакасия родился от ВИЧ-позитивных матерей 81 ребенок. Перинатальная профилактика проведена в 72 случаях (88,8%), из них полный курс химиопрофилактики проведен в 59 случаях (81,9%), в родах и новорожденному – 7 (9,7%), только новорожденному – 6 (8,3%). В 9 случаях химиопрофилактика не проведена, из них: 7 женщин не состояли на учете в женской консультации по поводу беременности, 2 женщинам диагноз ВИЧ-инфекция выставлен после родов.

Экстренная химиопрофилактика в родильных отделениях лечебно-профилактических учреждений проведена в 16 случаях при получении положительного результата анализа экспресс-тестов на ВИЧ. Для проведения экстренной профилактики вертикального пути передачи в ЛПУ РХ, занимающихся родовспоможением, с 2006г. распределяются антиретровирусные препараты из средств Республиканского бюджета по программе ВИЧ/АНТИСПИД, с 2008 г. по приоритетному Национальному проекту «Здоровье».

ХП по эпидпоказаниям в ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» назначена в 28 случаях, из них в 19 случаях в дискордантных парах ВИЧ-отрицательной женщин (ВИЧ+отец), заражения не наблюдались. 4 беременным с сомнительным иммуноблотом (ИФА+), (ИБ-), так как риск инфицирования ребенка повышается, если мать была заражена в течение шести месяцев перед наступлением беременности или в период беременности. Диагноз ВИЧ-инфекции данным женщинам выставлен после родов. Всем назначалось профилактическое лечение тремя препаратами. У одной (25 %) произошло заражение ребёнка.

Клинический пример: беременной женщине назначена антиретровирусная терапия по сомнительному результату в иммунном блоттинге от 02.02.2011г. при сроке беременности 37-38 недель.

Мать состояла на учете по беременности, первый анализ на ВИЧ от 03.11.10г.(-), второй в 36-37 недель от 20.01.2011г. ИФА(+), ИБ(+/-). Эпиданамнез не собран, муж ВИЧ+. Женщина взята на учет в центре СПИДа, назначена химиопрофилактика (три препарата) сразу после получения

результата 03.02.2011г., в родах и ребенку после рождения (три препарата). Через месяц после родов женщина обследована, получены положительные результаты по ИФА на ВИЧ, ИБ(+). Диагноз ВИЧ-инфекции выставлен 16.03.11г. Обследование ребенка для уточнения ВИЧ статуса 17.03.11г. ПЦР ДНК(+), от 18.05.11г. ПЦР ДНК(+), ВН от 30.06.11г. 2.6×10^5 . Диагноз ВИЧ-инфекции ребенку выставлен 20.09.11г.

Операция кесарева сечения потенциально снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Всего проведено кесаревых сечений с 2000 по 2011год у 23 (16,2%) женщин, преимущественно по акушерским показаниям в соответствии с действующими нормативными документами.

С 2006г. проводятся заседания перинатального консилиума Министерства здравоохранения Республики Хакасия совместно со специалистами центра СПИД, на которых решаются организационные вопросы по оказанию медицинской помощи беременным ВИЧ-инфицированным женщинам на этапе родового наблюдения, в родах, после родов и ребенку после рождения.

Результаты и обсуждение. На конец 2011г. из 81 детей – 51 ребёнок снят с учета в связи с отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции, отрицательными лабораторными результатами на ВИЧ и окончанием срока наблюдения – 62,96 % от родившихся детей;

- 5 детей выбыли на другие территории Российской Федерации – 6,17%;
- 1 умер в 7 мес., причина – синдром внезапной смерти – 1,23%;
- 6 детям выставлен диагноз ВИЧ-инфекция – 7,4%.

Всего состоит на 01.01.2012г. с незавершенным сроком наблюдения 18 детей – 22,2 %. Процент рождения здоровых детей равен 92,6 %.

Дети состоят на учёте в течение 1,5 лет, но, благодаря внедрению исследования на ПЦР ДНК ВИЧ в течение первых 2-3 месяцев, можно уточнить ВИЧ статус, получив дважды отрицательный результат. На сегодня все 18 детей с незавершенным сроком наблюдения имеют отрицательный результат исследования на ПЦР ДНК, т. е. диагноз ВИЧ-инфекции на данный момент не подтверждён, но, согласно нормативной базе, дети, рожденные ВИЧ+ матерью, наблюдаются до 18 месяцев.

Из 6 детей, больных ВИЧ инфекцией, состоящих на учете, 5 установлен диагноз раньше 1 года с использованием метода ПЦР ДНК ВИЧ.

Антиретровирусную терапию (АРВТ) получают 5 детей, 1 готовится к лечению.

В 2006 году из 21 родившегося живым ребенка от ВИЧ-инфицированной матери установлен диагноз ВИЧ-инфекция у 3 детей, передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Республике составила 14,2%. Процент рождения здоровых детей 85,8 %.

На сегодняшний день проведение родового и послеродового диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей, контроль приёма антиретровирусных препаратов для профилактики перинатальной передачи проводится в родовспомогательных и педиатрических учреждениях. В ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» этой категории населения оказывается специализированная медицинская помощь

(консультативная, диагностическая и лечебно-профилактическая). Но этот вид помощи не всегда является доступным из-за отдаленности учреждения от места проживания беременной женщины и ребенка, а также ее состояния по беременности, состояния новорожденного в первые 18 месяцев жизни.

Учитывая, что в последние три года число ВИЧ-инфицированных беременных и, соответственно, рожденных ими детей неуклонно увеличивается, на акушеров-гинекологов и педиатров ложится большая нагрузка по обеспечению приема и оказания помощи этой группе населения, контролю качества профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и лечения. В этой связи меры профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции должны интегрироваться в родовспомогательную, педиатрическую и социальные службы. Данная работа уже проводится в Республике, однако, требуется более четкое определение функций медицинских и социальных работников, основой которых являются виды и объемы помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, уровень предоставления этой помощи.

В соответствии с приказом МЗ РХ от 26.10.2006г. № 478 «О введении отчетной документации по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» в Республике проводится мониторинг с целью усиления мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности. Согласно представляемым отчетным формам. в целом, по Республике имеется возможность оценить организацию обследования беременных женщин на антитела к ВИЧ, готовность ЛПУ к проведению экстренной химиопрофилактики (наличие экспресс-тестов, антиретровирусных препаратов), настороженность медицинских работников (раннее выявление ВИЧ-инфекции, химиопрофилактика).

За состоянием рождённых детей ведется диспансерное наблюдение специалистами ГБУЗ «Центр антиСПИД», инфекционистом и педиатром по месту жительства.

Выводы. Несмотря на проводимые мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери, позволившие уменьшить передачу ВИЧ-инфекции от матери ребёнку в 2011г. по сравнению с 2006 г. в два раза:

- половой путь передачи в Республике по-прежнему остается основным фактором передачи ВИЧ (73 % – 2009г.; 77,8 % – 2010г.; 75,7% в 2011г);
- прогнозируется увеличение больных ВИЧ женщин с преимущественно половым путем заражения;
- плохим прогностическим признаком развития эпидемии является рост регистрации случаев ВИЧ среди беременных на 14% при стабильном числе их обследования в 2009-2011гг. (2009г. – 11,1%, 2010г. – 14,8%, 2011г. – 17,1%);
- с учётом роста числа женщин больных ВИЧ-инфекцией в острой стадии, выявленных при постановке на учёт по беременности, возможен рост количества детей с вертикальным путем передачи инфекции.

Следовательно, в целях повышения эффективности мероприятий по организации профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку необходимы:

- организация взаимодействия инфекционной, родовспомогательной, педиатрической и социальной служб по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям;
- обеспечение консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции женщин детородного возраста и своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных;
- проведение комплексной профилактики перинатальной передачи, включая раннее назначение трехэтапной химиопрофилактики при сроке беременности 16-20 недель, значительно снижающей риск передачи ВИЧ;
- осуществление диспансерного дородового и послеродового наблюдения женщин, больных ВИЧ инфекцией, и детей, рожденных ими;
- внедрение современных подходов к диспансерному наблюдению за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей, раннему установлению диагноза ВИЧ-инфекции у новорожденного;
- обеспечение нуждающихся высокоактивной антиретровирусной терапией, позволяющей снизить вирусную нагрузку до неопределяемых значений;
- применение рациональной тактики родоразрешения (кесарево сечение) и искусственного вскармливания ребенка, значительно снижающих риск инфицирования новорожденных;
- проведение консультирования ВИЧ-инфицированных женщин после родов по вопросам планирования семьи;
- обеспечение социально-психологического сопровождения для женщин и детей;
- совершенствование эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, проведение мониторинга за ВИЧ-инфекцией у беременных женщин и детей, охватом и качеством проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции;
- проведение обучения по вопросам ВИЧ-инфекции персонала, вовлеченного в оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

Итогом реализации данных мероприятий по профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции является создание объективных условий для устойчивого снижения количества (числа) новых случаев инфицирования ВИЧ и, соответственно, снижения общих показателей заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Н. Исмаилова, Л.А. Пилипенко, С.А. Соловьева, М.Н. Добкина
ОГБУЗ «Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
и другими инфекционными заболеваниями»

Большую часть детей, вовлеченных в эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в мире, составляют дети, заразившиеся ВИЧ от своих матерей в период беременности, родов и грудного вскармливания. Введенные в практику современные методы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку позволяют снизить вероятность заражения ребенка до 1-2%.

Регистрация случаев рождения детей от матерей с ВИЧ-положительным статусом на территории Томской области началась в 1999 году. На 01.01.2012г. количество таких детей составило 199 человек. Последние 3 года наблюдается рост числа детей с перинатальным контактом. За период 2009-2011гг. родилось 87 детей (43,7%). Несмотря на это, определилась тенденция снижения доли детей с вертикальным путем инфицирования ВИЧ (рис.1).

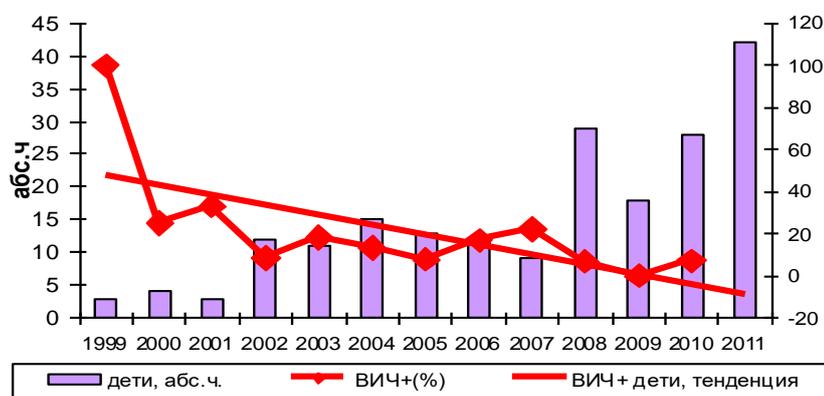


Рис.1. Динамика и тенденция количества детей (абс.ч), рожденных ВИЧ+ матерями, и доли ВИЧ-инфицированных детей (% от числа родившихся), 1999-2011гг., Томская область.

Удельный вес ВИЧ-пораженных детей из общего числа детей с перинатальным контактом снизился со 100% в 1999г. до 7,1% в 2010г. Доля вертикального пути инфицирования ВИЧ в общей структуре путей передачи ВИЧ-инфекции на территории области также снизилась с 4,6% в 2006г. до 1,4% в 2011г.

Процент детей с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция, рожденных в период 1999-2001гг. (до начала проведения химиопрофилактики), составлял 55,6% (5 детей из 9), а после её внедрения – 12,1% или 15 из 124 детей.

Снижение передачи ВИЧ вертикальным путем обусловлено высокой эффективностью проводимых мероприятий по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, действующих в практике Томского здравоохранения с осени 2001г. С октября 2008г. в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Томской области в учреждениях родовспоможения обеспечивается пребывание ВИЧ-инфицированных женщин и рожденных ими детей не менее 7 дней после родов для подавления лактации

у матери и проведения химиопрофилактики перинатального пути передачи ВИЧ новорожденному.

Работа по повышению приверженности к соблюдению профилактических мероприятий, диспансерному наблюдению, приему АРВ-препаратов (АРВП) во время беременности начинается с момента постановки на учет ВИЧ-инфицированных женщин и контактных женщин, живущих с ВИЧ-инфицированными партнерами, даже если ВИЧ-позитивная женщина или серонегативная контактная не беременны. Женщинам разъясняется важность своевременного информирования специалистов о наступлении беременности. Разработана брошюра и для мужчин, в которой изложены мероприятия по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ и подчеркивается необходимость их проведения. Беременным женщинам с отрицательным ВИЧ-статусом, живущим с ВИЧ-позитивным партнером, рекомендуют воздерживаться от половых контактов со второй половины беременности и на период кормления грудью (если женщина желает оставить ребенка на естественном вскармливании). Выдается печатный материал, содержащий всю необходимую информацию. Женщинам оказывается помощь социального плана: оформление и восстановление документов, получение социальных выплат, трудоустройство. Слаженная работа медицинского персонала ОГБУЗ "Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями" и ЛПУ области совместно со специалистами социальных служб способствует достижению хороших результатов: профилактикой охватываются 95-100% пар мать-ребенок (рис.2).

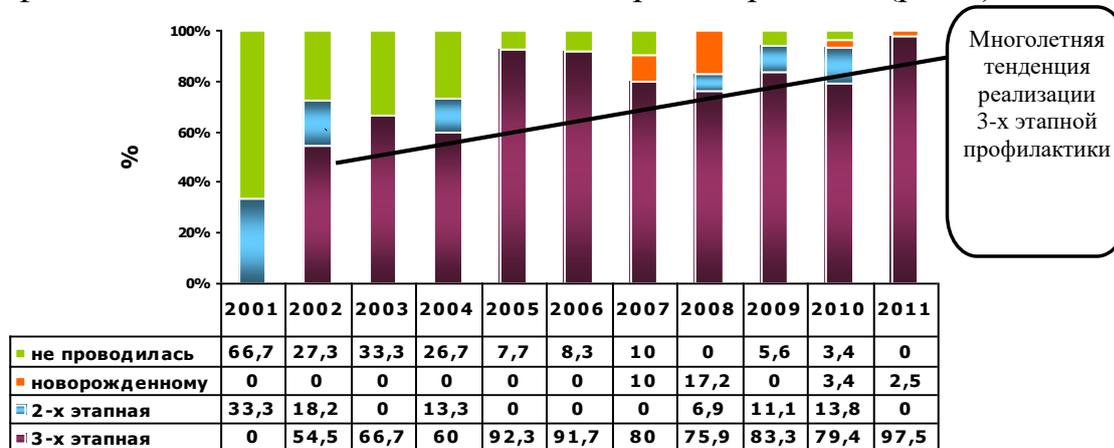


Рис.2. Динамика перинатальной профилактики вертикального пути передачи ВИЧ в Томской области, 2002-2011гг.

За весь период эпидемии химиопрофилактическое лечение получили 81,2% детей с верифицированным диагнозом. С момента внедрения химиопрофилактики охват составил - 87,1%, в т.ч. 3-х этапным курсом- 83,3%.

Благодаря проведенным мероприятиям, на 01.01.2012г. удельный вес детей с диагнозом ВИЧ-инфекция в группе получавших профилактику составлял 7,4%, в группе не получавших – 48%.

Анализ причин развития ВИЧ-инфекции на фоне химиопрофилактики показал, что: 2 из 8 ВИЧ-инфицированных детей получили неполный курс химиопрофилактики. Шесть детей, которым был проведен трехэтапный курс,

имели в анамнезе следующие факторы риска, способствующие вертикальному инфицированию ВИЧ: 1 ребенок – острая ВИЧ-инфекция у матери в период беременности; 1 ребенок – острая ВИЧ-инфекция у матери в период беременности + позднее начало приема АРВП; 1 ребенок – острая ВИЧ-инфекция у матери в период беременности + длительный безводный период в родах; 2 ребенка – низкий уровень CD₄-лимфоцитов у матери в период беременности+длительный безводный период в родах; 1 ребенок – отсутствие приверженности матери к приему АРВП + длительный безводный период в родах.

Выводы:

1. Результаты проведенного анализа эффективности профилактики вертикального пути инфицирования ВИЧ у детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями в Томской области за период 1999-2011гг., показали, что в группе детей, получавших химиопрофилактику вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, диагноз ВИЧ-инфекция регистрируется в 6,5 раз реже по сравнению с группой не получавших. Этот факт объективно доказывает, что химиопрофилактика является эффективным методом, снижающим риск вертикального инфицирования ВИЧ ребенка.

2. Раннее начало консультативной работы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку не только с ВИЧ-позитивными беременными женщинами, но и с мужчинами, а также женщинами, живущими с ВИЧ-инфицированными партнерами, своевременность информирования специалистов о наступившей беременности, а также социальная поддержка, являются вспомогательными факторами, позволяющими повысить приверженность к приему АРВП и регулярному диспансерному наблюдению.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

К.В. Сибиль, Н.А. Жарова, В.Я. Аксенова, С.С. Айкин
*ГБУЗ «Кемеровский областной центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

В 1996 году в Кемеровской области зарегистрированы первые местные очаги ВИЧ-инфекции. Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кузбассе начался с конца 1999 года, когда одномоментно было зарегистрировано 34 случая в одном из южных городов нашего региона. Вирус иммунодефицита попал в среду потребителей инъекционных наркотиков, что обусловило быстрый дальнейший подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Первый пик заболеваемости приходится на 2000 год, когда уровень заболеваемости по сравнению с предыдущим периодом регистрации возрос в 19 раз.

В 2000-2003 годах в Кемеровской области сформировался большой резервуар источника возбудителя инфекции: за 3 года было выявлено 6 039 ВИЧ-инфицированных, что составляет 29,2% от всех зарегистрированных за 1991-2010 годы случаев ВИЧ-инфекции. К 2007 году в эпидемиологический процесс были вовлечены все административные территории.

По состоянию на 01.01.2012 года в Кемеровской области зарегистрировано 24 361 случай ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тысяч населения составил 881,1, что выше почти в 2 раза показателя по Российской Федерации. В 2011 году выявлено 3 822 случая ВИЧ-инфекции против 4 077 в 2010 году. Несмотря на снижение уровня заболеваемости в сравнении с прошлым годом, наибольшие показатели заболеваемости в 2011 году среди регионов Сибирского федерального округа (СФО) отмечены в Кемеровской области – 138,4, Иркутской области – 116,7, Новосибирской области - 106,4 случаев на 100 тысяч населения.

В последние годы прослеживается тенденция роста передачи ВИЧ-инфекции от уязвимых групп основному населению половым путем. Среди вновь выявленных в 2011 году парентеральный путь при употреблении наркотиков в Кемеровской области составляет 57%, в то время как в СФО 50%. В общей структуре ВИЧ-инфицированных все еще преобладают мужчины – 56%. Однако, удельный вес новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин неуклонно возрастает.

Доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, впервые выявленных в Кемеровской области в 1987-2001гг., составляла 21%, в 2002-2004гг. до 40%, в 2005-2011гг. до 43 %.

Только за 3 последних года показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди беременных женщин (на 100 тысяч беременных в регионе) увеличился в 1,3 раза и составил в 2011 году 622,2. 90% ВИЧ-позитивных женщин, зарегистрированных в Кемеровской области, находятся в репродуктивном возрасте.

Феминизация эпидемии ВИЧ-инфекции ведет к росту числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, что порождает ряд проблем демографического характера.

Одной из главных задач Приоритетного национального проекта является лечение больных ВИЧ-инфекцией, профилактика передачи ВИЧ-инфекции от беременной матери ребенку за счет раннего выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины, назначения специфической медикаментозной профилактики в период беременности, родов и новорожденности.

С 2008 года для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции в дискордантных парах в Кемеровской области осуществляется тестирование на ВИЧ мужей беременных женщин, при этом выявляется ежегодно около 100 ВИЧ-инфицированных мужей.

В целях выявления ВИЧ-инфекции у беременных, поступающих на роды и ранее не состоявших на учете по беременности, без теста на ВИЧ и своевременного проведения медикаментозной химиопрофилактики ВИЧ в период родов и новорожденности, проводится тестирование на ВИЧ с применением экспресс-тестов. При этом по программе «Здоровье Кузбассовцев» все учреждения родовспоможения области обеспечены экспресс-тестами для диагностики вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

Важным элементом является профилактика передачи ВИЧ в период новорожденности через исключение грудного вскармливания детей, рожденных

ВИЧ-инфицированными матерями, для чего проводится разъяснительная работа как со стороны специалистов службы «АНТИ-СПИД», учреждений родовспоможения, так и педиатрической службы. Обеспечение молочными смесями новорожденных осуществляется бесплатно детскими поликлиниками по месту проживания новорожденных.

В связи с обострившейся эпидемической ситуацией в целях совершенствования работы по разделу ВИЧ-инфекции на территории Кемеровской области организована служба «АНТИ-СПИД», которая в настоящее время включает в себя: 34 ВИЧ-лаборатории, 9 центров, 21 консультативно-диагностический кабинет (КДК) по профилактике и борьбе со СПИД, на пяти территориях работают доверенные врачи. В состав КДК входят врач-эпидемиолог, инфекционист, средний медицинский персонал.

Приоритетным направлением в охране материнства и детства является организация работы по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, для этого все беременные женщины с неизвестным ВИЧ-статусом проходят обследование на антитела к ВИЧ в соответствии с Приказом Минздрава России № 606 от 19.12.03г. с проведением консультирования по вопросам профилактики вертикальной передачи ВИЧ. При положительном результате тестирования беременные женщины проходят повторное тестирование в центрах СПИД для подтверждения результатов и дальнейшего обследования. Беременные женщины с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» наблюдаются совместно акушерами-гинекологами женских консультаций по месту жительства и специалистами центров СПИД, КДК, доверенными врачами совместно с акушерами-гинекологами под методическим руководством специалистов областного центра СПИД. С каждой женщиной, по её согласию, устанавливается телефонный контакт для возможности напоминания о сроках наблюдения и проведения исследований, приверженности к профилактике и приему препаратов. С частью пациенток связь устанавливалась через врачей-акушеров-гинекологов или врачей-инфекционистов службы «АНТИСПИД». Из областной программы «Здоровье Кузбассовцев» в целях планирования беременности у ВИЧ-инфицированных женщин закуплены внутриматочные контрацептивы.

На основании приказа ДОЗН и ДСЗН КО №335/53 от 31.03.08г. «Об организации медицинской и социальной помощи девочкам-подросткам, беременным и родившим женщинам из семей группы риска» ВИЧ-инфицированные беременные, находящиеся в сложной жизненной ситуации, патронируются социальными работниками совместно с акушерами-гинекологами территорий. Приказ регламентирует действия специалистов, критерии включения в программу медико-социального сопровождения беременных женщин, матерей и несовершеннолетних. Осуществляется преемственность передачи наблюдения акушера-гинеколога, инфекциониста и участкового педиатра. Родоразрешение ВИЧ-инфицированных женщин проводится по месту жительства во всех родильных отделениях области, что снижает стигматизацию пациентов данной категории и способствует улучшению толерантности к проблеме ВИЧ-инфекции. Родоразрешение со

сложной акушерско-гинекологической и соматической патологией осуществляется в областном родильном доме, а с ноября 2010г в Кемеровском перинатальном областном центре. В целях повышения уровня знаний врачей акушеров-гинекологов и инфекционистов и формирования практических навыков по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку проводятся выездные семинары специалистами областного центра СПИД. В рамках приказа ДОЗН № 869 утверждена схема проведения до- и послетестового консультирования при тестировании на ВИЧ в женских консультациях и акушерско-гинекологических отделениях. Ежегодно дважды в году проводятся областные дни специалистов, на которых проводится анализ эффективности профилактической работы по передаче ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

За годы реализации Национального проекта удалось добиться значимых результатов в профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. В результате проведенной организационной и профилактической работы охват химиопрофилактикой детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в Кемеровской области, возрос с 98% в 2006г. до 99% в 2011 году, в том числе трехэтапной (во время беременности, в родах и новорожденному) с 51% в 2006 году до 85% в 2011 году.

Таким образом, отмечается параллелизм взаимодействия всех служб, участвующих в этом разделе работы. В целях дальнейшего улучшения работы по данному направлению, снижению риска инфицирования ВИЧ детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, необходимо, чтобы все службы, задействованные в этом разделе работы, четко и ответственно выполняли свои функции, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, так как от каждого зависит будущее этих детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОВЕДЕНЧЕСКОГО И СЕРОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В Г. БАРНАУЛ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, Н.В. Вагайцева

*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

Цель исследования – оценка распространенности ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса, рискованного поведения среди наркозависимых. Оценка эффективности комплексной программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН в г. Барнаул.

Задачи исследования:

1. Выявить основные факторы «риска» в поведении потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), которые способствуют инфицированию ВИЧ (характеристики инъекционного наркопотребления, использования инструментария для инъекций и использование презервативов).
2. Определить распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН.

3. Определить распространенность заболеваний с общими путями передачи (гепатита В и С и сифилиса) в группе ПИН.

4. Определить уровень информированности ПИН о ВИЧ-инфекции и мерах профилактики заражения.

5. Оценить эффективность профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Методы исследования:

Интегрированное поведенческое и сероэпидемиологическое исследование по ВИЧ/СПИД осуществлялось в соответствии с международными рекомендациями в рамках 2-ого поколения эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией (WHO, UNAIDS, FHI, DFID) при поддержке Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Был использован метод «случай-контроль» среди ПИН, сравнивающий лиц – участников комплексных программ по профилактике ВИЧ-инфекции со сравнимыми лицами из той же популяции, не имеющими опыта участия в данных программах.

К исследованию привлекались ПИН (150 чел.), являющиеся клиентами Программ (далее «ПИН-клиенты»), с одновременным привлечением одного ПИН, не имеющего опыта участия в данных программах на каждого ПИН-клиента, который сравним по возрасту и полу в контрольную группу.

Для обеспечения охвата «скрытой» популяции ПИН, не являющихся клиентами Программ, был использован метод «снежного кома».

Математико-статистическая обработка полученных данных включала в себя расчет простых распределений по всем признакам, включенным в исследование. Для обработки данных был использован статистический пакет SPSS.

6. Критерии включения:

- Респонденты ПИН – лица мужского и женского пола старше 15 лет, практикующие употребление наркотиков инъекционным путем, и употреблявшие наркотики инъекционно в течение месяца, предшествующего исследованию.

- Все участники должны владеть русским языком и проживать в г. Барнаул.

- В основную группу включались ПИН, являющиеся клиентами комплексных программ по профилактике ВИЧ-инфекции в 2011г.

- В контрольную группу включаются ПИН, не имеющие опыта участия в комплексных программах по профилактике ВИЧ-инфекции, сравнимые по возрасту и полу с ПИН-клиентами.

7. Лабораторные исследования:

Для исследования использовалась методика забора венозной (по стандартной методике) крови. Сыворотки крови были протестированы методом ИФА: на антитела к ВИЧ, к вирусу гепатита В, С, Tr.Pallidum.

Подтверждение положительного результата в ИФА на АТ к ВИЧ было проведено методом иммунного блоттинга.

8. Количественные интервью:

Со всеми участниками проводилось структурированное количественное интервью сразу после вступления в исследование по специально разработанной анкете. Во время интервью собирались данные по таким категориям как демографическая характеристика; тестирование на ВИЧ; рискованное поведение; социальная поддержка; сексуальное поведение; употребление алкоголя и наркотиков; общее состояние здоровья; отношение к лечению ВИЧ; участие в профилактических программах. Продолжительность интервью составляла 0,5 часа.

9. Результаты поведенческого исследования:

Все опрошенные ПИН имели высокий уровень знаний по проблеме ВИЧ-инфекции. Индекс общей информированности о ВИЧ, отражающий знание основных путей передачи и способов профилактики инфекции, в выборке участников комплексных программ составил 94,7%, среди контрольной группы – 79,3% (доля людей, правильно ответивших на пять ключевых вопросов о ВИЧ).

Согласно данным исследования доля ПИН, указавших на использование стерильных игл и шприцев во время последнего употребления инъекционных наркотиков, была выше среди участников комплексных программ:

- Никогда не использовали нестерильные иглы и шприцы за последние 30 дней среди участников комплексных программ (90,0%), среди контрольной группы – 84,0%.
- Приобретали шприцы, наполненные раствором наркотика среди участников комплексных программ (31,3%), среди контрольной группы – 48,0%
- Наполняли свой шприц раствором из общей емкости подавляющее большинство ПИН, в т.ч. 81,3% среди участников комплексных программ и 83,3% среди контрольной группы.
- Пользовались общей с другими людьми емкостью для промывания своего шприца или иглы: 25,3% среди участников комплексных программ и 54,7% среди контрольной группы.
- 30-33% ПИН имели ВИЧ+ среди людей, совместно с которыми употребляют наркотики. Указали на передозировки наркотика в течение последних 12-и месяцев 27,3% среди участников комплексных программ и 33,3% среди контрольной группы.
- Использование презервативом при последнем по времени половом контакте отметили 30,7% участников комплексных программ и 26,0% наркозависимых из контрольной группы.

Более трети ПИН когда-либо в жизни обращались за получением помощи в государственный наркодиспансер или наркологический кабинет в связи с употреблением наркотиков (30,7% среди участников Программ и 41,3% среди контрольной группы).

По результатам опроса от 60 до 100% ПИН знают, что существует лечение, позволяющее ВИЧ-инфицированному человеку продлить жизнь и сохранить

привычный образ жизни и работоспособность, и что ВИЧ+ наркопотребитель может получить бесплатное лечение ВИЧ-инфекции.

Обращаемость ПИН за получением конкретных видов услуг оказалась выше среди участников Программ. Это касается, прежде всего, проблем ВИЧ/СПИДа. В течение последних 12 месяцев получили бесплатное тестирование на ВИЧ и консультирование 90-98% респондентов участников Программ и только 20-27% контрольной группы. Анонимно прошли тестирование на ВИЧ 83-97% респондентов участников Программ и только 14-15% контрольной группы.

Результаты тестирования:

- ВИЧ-инфекция выявлена у 3 чел. или 2% клиентов проекта, у неклиентов – 31 и 20,7% соответственно;
- антитела к гепатиту В выявлены у 2 чел. или 1,3% клиентов проекта, у неклиентов – у 6 и 4% соответственно;
- антитела к гепатиту С выявлены у 121 чел. или 80,7% клиентов проекта, у неклиентов – у 130 и 86,7% соответственно;
- антитела к сифилису выявлены у 7 чел. или 4,7% клиентов проекта, у неклиентов – у 35 и 23,3% соответственно.

Выводы. В целом среди участников профилактических программ для ПИН в г. Барнаул были выявлены:

- более безопасное поведение в контексте заражения ВИЧ-инфекцией, чем среди ПИН, не участвовавших в профилактических программах;
- более низкая выявляемость ВИЧ-инфекции (в 10 раз ниже, чем среди ПИН, не участвовавших в профилактических программах), сифилиса в 5 раз, гепатита В в 3 раза соответственно;
- более высокая доступность к медицинской помощи, тестированию на ВИЧ и консультированию;
- более высокий уровень информированности о ВИЧ-инфекции и мерах профилактики заражения.

ОХВАТ СКРИНИНГОВЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ НА ВИЧ НАРКОЗАВИСИМЫХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.В. Минакова, В.В. Попова
*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

Обследование на ВИЧ-инфекцию подлежащих контингентов в Алтайском крае осуществляется в соответствии с приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 23.01.2012г. №35 «Об оптимизации лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в Алтайском крае».

Удельный вес подлежащих обследованию на ВИЧ контингентов от населения в целом составляет около 7-8%. В крае ежегодно обследуется на ВИЧ-инфекцию от 13% до 17% населения (330 000-427 000 чел.). Данная

выборка является репрезентативной и позволяет делать достоверные статистические выводы о распространенности ВИЧ среди населения края и отдельных его групп. Приоритетным в проведении скрининга является охват лабораторными исследованиями на ВИЧ уязвимых групп населения и, в первую очередь, наркозависимых.

Оценка охвата обследованием на ВИЧ наркопотребителей в РФ проводится по статистической форме №4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ», утвержденной Постановлением Госкомстата России от 05.05.1999г. № 30 (по 102 коду). В Алтайском крае в общей структуре обследованных удельный вес наркозависимых (102 код) в разные годы составляет от 1,5% до 3%. За 2011г. обследовано на ВИЧ (по 102 коду) 5 635 чел. ВИЧ-инфекция выявлена у 3% обследованных.

Анализ карт эпидемиологического расследования ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков, выявленных в 2000-2011гг., показал, что от 28,7% до 82,3% ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков прошли обследование не по 102, а по другим кодам: по 104 коду – от 0,6% до 7,4%; по 108 коду – от 0,5% до 3%; по 109 коду – от 0,1% до 4,2%; по 112 коду – от 14,9% до 34,6%; по 113 коду – от 1% до 30%; по 118 коду – от 1,5% до 15,9%; по 120 коду – от 5% до 14%; по 200 коду – от 0,05% до 3,7%; по 110 коду (половые партнеры беременных) – от 2,8% до 7,1%. Причем, удельный вес ВИЧ-инфицированных наркозависимых, обследованных по другим кодам, ежегодно увеличивается с 28,7% в 2000г. до 79% в 2011г. и составляет ежегодно от 230 до 1224 чел. Таким образом, данные формы №4 не позволяют провести достоверную оценку охвата обследованием на ВИЧ уязвимых групп населения.

С учетом всех кодов, включая лиц, находящихся в местах лишения свободы, ежегодно на ВИЧ-инфекцию обследуется около 12 тыс. потребителей наркотиков и охват составляет около 30% от расчетного числа наркозависимых*.

*расчетное число ПИН – 2,5% от взрослого населения от 15-49 лет (по рекомендациям ФНМЦ со СПИДом).

Кроме того, в крае систематически проводится эпиднадзор II поколения, который позволяет изучить истинную распространенность ВИЧ-инфекции среди наркозависимых, и формы поведения, связанные с риском инфицирования ВИЧ. Так, по результатам серо-эпидемиологического исследования среди наркозависимых, проведенного в сентябре 2011г. специалистами краевого Центра СПИД, ВИЧ-инфекция выявлена у 13% наркозависимых (у 39 из 300 обследованных), что в 4,3 раза больше, чем у наркозависимых, обследованных по 102 коду, а в 2005г. данный показатель составлял 3,5%.

Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что данные формы №4 не отражают истинного охвата обследованием на ВИЧ наркопотребителей. Для этого необходимо проводить многофакторный анализ и использовать эпид. надзор II поколения.

ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Е.Э. Орлова, Н.В. Степанова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Лабораторное обследование пациента можно подразделить на три фазы:

- преаналитическую, которая включает сбор и транспортировку биологического материала в лабораторию;
- аналитическую фазу в лаборатории;
- заключительную фазу, которая включает сообщение результатов и их интерпретацию (так называемая, постаналитическая фаза).

Трудно переоценить важность правильного выполнения предварительных процедур для лабораторных исследований. Высокое качество, точность и востребованность результатов лабораторных исследований для использования в клинических условиях во многом зависят как от правильной доставки образцов в лабораторию, так и от качества процедур, выполняемых непосредственно в процессе анализа.

Каждая биологическая проба должна сопровождаться заполненным направлением на анализ специальной формы, подписанным медицинским работником. Ошибки в направлении могут привести к тому, что пациент с опозданием получит результат исследования. Внимание к деталям в сопроводительных документах особенно (жизненно) важно при направлении пациентов на переливание крови. Большинство случаев неудачных трансфузий крови – результат ошибки в сопроводительной документации.

Транспортировка образцов биологического материала в лабораторию по возможности должна быть организована таким образом, чтобы анализ проводился без неоправданных задержек. Плохо, если пробы остаются в лечебно-профилактическом учреждении, на несколько часов или на ночь перед отправкой в лабораторию, во многих случаях они остаются непригодными для анализа. Для выполнения некоторых биохимических тестов (например, для определения уровня гормонов в крови) необходимо проводить забор в определенное время суток, для других (например, для определения уровня глюкозы в крови) очень важно знать время сбора образцов. Иногда (в частности, при анализе газов крови) требуется немедленное выполнение теста после взятия пробы. Образцы для микробиологических исследований лучше выполнять перед назначением антибиотикотерапии, которая подавляет рост микроорганизмов в культуре.

Объем проб крови, требуемый для тестирования, определяется, прежде всего, оснащением конкретной лаборатории. В целом, по мере технологического прогресса существенно уменьшается объем пробы, необходимый для проведения того или иного анализа. Во всех лабораториях имеется перечень тестов, где приведены минимально необходимые для их выполнения объемы проб крови. На стенке пробирки имеется соответствующая метка, до которой нужно собирать кровь. Если это не берется во внимание, могут быть получены ошибочные результаты исследований.

Лаборатории соблюдают определенные правила использования бутылей и контейнеров. Каждый тип контейнеров служит для конкретных целей. Для получения достоверных результатов необходимо, чтобы определенные контейнеры использовались для выполнения определенных тестов. Иногда контейнеры для сбора крови содержат некоторые химические вещества в виде жидкости или порошка. Их добавление преследует две цели: они предохраняют кровь от свертывания и поддерживают нативную структуру кровяных клеток или концентрацию ряда компонентов крови. Поэтому важно, чтобы эти химикаты перемешались с собираемой кровью.

Консерванты могут быть необходимы при сборе суточной мочи. Потребность в них определяется тем, какие компоненты мочи исследуются.

Все контейнеры, в которые собирается материал для микробиологического исследования (моча, мокрота, кровь и т.д.), должны быть стерильными и не могут использоваться, если их изоляция нарушена. Некоторые бактерии выживают вне организма человека, только если сохраняются в специальных средах для транспортировки.

Все контейнеры с биологическим материалом должны иметь маркировку: полное имя пациента, дату рождения и местонахождение. Лаборатории получают многие сотни проб каждый день, среди которых могут встречаться два образца или даже более от пациентов с одинаковыми фамилиями.

Неправильно маркированные пробы могут быть не приняты лабораторией, в результате чего пациенту придется заново сдавать анализ, что потребует дополнительных затрат времени и усилий как со стороны больного, так и со стороны медицинского персонала.

Все лаборатории имеют собственные утвержденные правила техники безопасности при сборе и транспортировке биологического материала, основанные на предположении, что все собираемые образцы потенциально опасны. Сотрудники, участвующие в этих процедурах, должны знать правила техники безопасности. Среди многих опасностей, которые могут таить пробы биологического материала, особо следует отметить вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусы гепатитов, способные передаваться при контакте с инфицированной кровью. Туберкулезом можно заразиться при контакте с мокротой больного, а желудочно-кишечными инфекциями – при контакте с зараженными фекалиями.

Правильно организованная работа должна максимально снизить риск инфицирования персонала лаборатории и больных.

Известно, что во многих лабораториях методы оценки результатов лабораторных исследований различаются. Результаты могут быть выражены количественно, полуколичественно и качественно. Например, данные гистологических исследований качественные: они представлены в виде специализированного описания гистологических препаратов, приготовленных из образцов тканей и проанализированных под микроскопом. Гистолог дает клиническую оценку тех или иных микроскопических отклонений конкретного образца от нормы. Результаты микробиологического анализа могут быть качественными и полуколичественными. В текстовой части заключения

сообщается об идентифицированных патогенных микроорганизмах, а их чувствительность к антибиотикам оценивается полуколичественно. Напротив, результаты биохимических и гематологических исследований являются количественными, выраженными в конкретных цифрах. Как и все другие измеряемые показатели (масса тела, температура, пульс), количественные результаты лабораторных анализов выражаются в определенных единицах измерения.

Когда выполнены измерения каких-либо физиологических параметров, результаты интерпретируются, в сравнении их с нормальными значениями. Это справедливо и для лабораторных исследований. Для всех количественных тестов определены границы нормальных значений, что помогает оценивать результаты анализа пациента. Биологическое разнообразие не позволяет провести четкие границы между нормальными и ненормальными значениями массы тела, роста или каких-либо показателей крови и мочи. Использование термина «референтные значения» вместо термина «нормальные значения» учитывает это ограничение. Область референтных значений определяется на основании результатов измерения того или иного показателя в большой популяции практически здоровых («нормальных») людей.

Существуют физиологические факторы, которые могут влиять на границы нормы. Это: возраст пациента, пол, беременность, время забора пробы у пациента. Так, уровень мочевины в крови повышается с возрастом, а концентрации гормонов различны у взрослых мужчин и женщин. Беременность может изменять результаты тестирования функции щитовидной железы. Количество глюкозы в крови колеблется в течение дня. Многие лекарственные средства и алкоголь влияют, так или иначе, на результаты анализа крови.

Чувствительность и специфичность какого-либо лабораторного метода определяют, насколько надежно с его помощью можно ставить или исключать определенный диагноз. Идеальный диагностический тест имеет 100%-ную чувствительность и 100%-ную специфичность. При 100%-ной чувствительности тест выявляет заболевание у всех протестированных больных – ложноотрицательных результатов не бывает. При 100%-ной специфичности тест никогда не будет положительным у лиц, не страдающих данной болезнью, не бывает ложноположительных результатов.

На самом деле, лишь очень немногие тесты обладают 100%-ной чувствительностью и 100%-ной специфичностью, но, безусловно, чем ближе к тесту идеальному, тем он более надежен.

Если результаты лабораторного исследования выходят за границы нормы, медицинский работник должен знать, при каких значениях показателя требуется немедленная медицинская помощь. Концепция критических значений (иногда неоправданно называемых «паническими») помогает принять в этой области правильное решение. Критические значения определяются при таком патофизиологическом состоянии, которое настолько отличается от нормального, что является жизнеугрожающим, если не принять соответствующих экстренных мер.

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТДЕЛА ПЦР-ДИАГНОСТИКИ
ГБУЗ РХ «ЦЕНТР АНТИСПИД»**

Е.П. Иптышева, Е.А. Артонова, Л.В. Галкина
ГБУЗ Республики Хакасия
«Центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями

Введение. Метод ПЦР (метод полимеразной цепной реакции, PCR, polymerase chain reaction) является прямым и самым современным методом анализа ДНК.

Метод ПЦР позволяет специфично увеличивать (амплифицировать) количество исследуемого образца ДНК в десятки и сотни раз. Прямое определение специфического участка ДНК, применяемое методом ПЦР, имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами диагностики.

Метод ПЦР теоретически позволяет обнаружить даже 1 копию ДНК в образце, не имея, таким образом, предела чувствительности. Еще одно преимущество ПЦР заключается в том, что для нее характерна не только абсолютная чувствительность, но и абсолютная специфичность. ПЦР не дает ложноположительных результатов, при условии, что метод выполняется правильно.

ПЦР-метод является не заменой традиционных морфологических, биохимических или иммунологических методик, но их существенным и необходимым дополнением.

В настоящее время в практическое здравоохранение внедряется новая технология ПЦР в реальном времени (Real-Time PCR). Ее принципиальной особенностью является мониторинг и количественный анализ накопления продуктов ПЦР и автоматическая регистрация и интерпретация полученных результатов. ПЦР в реальном времени не требует стадии электрофореза, что позволяет снизить требования, предъявляемые к ПЦР лаборатории и исключить влияние человеческого фактора, а, следовательно, и ложнопозитивных либо ложнонегативных анализов.

Цель. Внедрение метода полимеразной цепной реакции для диагностики инфекционных заболеваний.

Материалы и методы. С 2006 года в Центре антиСПИД Республики Хакасия внедрено совершенно новое направление лабораторной диагностики – молекулярно-генетическая диагностика.

Из Республиканского бюджета закуплено современное дорогостоящее оборудование для проведения ПЦР в реальном времени. Трое специалистов прошли обучение на базе ЦНИИ Эпидемиологии г. Москва.

Лаборатория начала проведение ПЦР с трех инфекций: ВИЧ, Гепатит В, Гепатит С.

Кроме проведения исследований специалисты ПЦР отделения ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» проводили презентации нового направления диагностики на различных профильных республиканских конференциях. Информировали врачей лечебной сети о возможностях нового метода диагностики, интерпретации получаемых в нем результатов. Проводилась организационно-

методическая работа с посещением каждого кабинета инфекционных заболеваний всех ЛПУ Республики с целью анализа числа лиц, стоящих на диспансерном учете и нуждающихся в данной диагностике.

И уже с 2007 года молекулярно-генетическая диагностика стала незаменимой и востребованной для решения самых разнообразных задач:

1. Проводятся исследования ДНК ВИЧ у новорожденных, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Что дает возможность уже к 3-хмесячному возрасту малыша установить отсутствие либо наличие ВИЧ-инфекции, тогда как ранее диагноз устанавливался не ранее 18-месячного возраста ребенка.

Проведенные исследования у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей

ДНК ВИЧ			
года	лиц	пол	анализов
2007	22		296
2008	18	2	140
2009	45	1	136

2. Проводится полная диагностика вирусных гепатитов с возможностью диагностики количества и генотипа вируса в организме. Это открывает для врача недоступную ранее информацию о прогнозе течения заболевания, необходимости начала лечения, эффективности проводимого лечения.

ПЦР-диагностика гепатитов 2007-2009гг.

годы	РНК ВГС			ВГС монитор		генотип ВГС		ДНК ВГВ			ВГВ монитор	
	лиц	пол ож	ана лиз ов	лиц	ана лиз ов	лиц	ана лиз ов	лиц	пол ож	ана л	лиц	ана лиз ов
2007	404	194	738	340	700	210	661	187	58	311	98	246
2008	530	226	856	441	787	203	678	284	83	440	177	420
2009	631	284	931	470	889	245	375	362	136	531	180	414

3. Внедрена диагностика ИППП. Использование современного дорогостоящего импортного оборудования позволяет проводить анализ автоматизированно, в режиме реального времени, а, следовательно, полностью исключить недостоверные результаты и проводить оценку не только наличия инфекционного агента, но и его количества. Оценка количества проводится не в субъективных плюсах, увиденных глазами сотрудника лаборатории, прибор подводит подсчет истинного количества возбудителя инфекции посредством сложнейших технологических решений.

Проводимые в 2009 году методики диагностики ИППП

ДНК цитомегаловируса (ЦМВ)
ДНК вирусов простого герпеса (HSV) 1 и 2 типов
ДНК хламидии trachomatis
ДНК трихомонас vaginalis
ДНК уреаплазмы vaginalis
ДНК гарднереллы vaginalis
ДНК Кандиды albicans
ДНК микоплазмы genitalium
ДНК вирусов папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59 типов) количественное
ДНК возбудителя гонореи
ДНК хламидия/уреаплазма/микоплазма - «МультиПрайм»
ДНК гонорея /хламидия trachomatis/ микоплазма genitalium /трихомониаза vaginalis -«МультиПрайм»
Оценка маркера бактериального вагиноза

Распространенность гепатита, заболеваний, передающихся половым путем, и других серьезных инфекций достаточно велика, такой анализ помогает врачам достоверно поставить диагноз и максимально исключить вероятность перехода инфекций в хронические формы.

4. Проводится мониторинг количества генетического материала возбудителя ВИЧ-инфекции для оценки эффективности противовирусной терапии.

Мониторинг противовирусной терапии за 2007-2009гг.

Года	Обследовано лиц	Выполнено исследований
2007	98	246
2008	373	492
2009	476	776

5. Данным методом проводится диагностика инфекций, которые ранее идентифицировать не представлялось возможным, так, например, в 2009 году нами проводилась диагностика Свиного гриппа (А/Н1N1-swine).

Исследования на свиной грипп 2009год

лиц	положительных	анализов
99	62	148

Таким образом, за 2007-2009гг. прослеживается постоянно возрастающая потребность в данной диагностике.

Отчет о проведенных ПЦР исследованиях в 2007-2009гг.

года	лиц	анализов
2007	1658	3678
2008	2384	5191
2009	5506	9638

Сравнительная характеристика ПЦР-исследований ИППП за 2008-2009гг.

наименования исследований	количество исследований		
	2008	2009	Прирост (%)
РНК ВГС	849	931	9
ВГС монитор	756	889	15
генотип ВГС	615	375	-36
ВИЧ-монитор	729	1054	31
ДНК ВГВ	437	531	18
ВГВ-монитор	452	414	-9
ДНК хламидий	158	378	58
ДНК уреоплазм	55	398	86
ДНК микоплазм	123	148	17
ДНК кандиды	5	288	98
ДНК трихомоноза	138	443	69
ДНК гонореи	132	427	69
ДНК гарднереллеза	82	343	76
ДНК ВПЧ	342	762	55

С 2008 года за счет средств республиканского бюджета парк ПЦР оборудования пополнился новым еще более современным, автоматическим ПЦР-Реал-Тайм-анализатором, который имеет новые возможности, позволяющие проводить исследования в новом формате и большей пропускной способностью. Теперь из одной пробы материала от одного пациента можно осуществить постановку на 3 или 4 инфекции одновременно. Данный формат существенно экономичнее по затратам.

Наряду с постановкой любого анализа в обязательном порядке ПЦР-лаборатория ежедневно проводит контроль качества проводимых анализов с использованием аттестованных стандартов и регулярно много лет участвует в федеральной системе контроля качества анализов (ФСВОК).

Для данной работы в лаборатории выделен отдельный врач, поскольку это высокопрофессиональная и объемная работа. Покупка контрольных образцов и проведение контроля качества исследований достаточно дорогостоящий, занимающий до 40% от всех затрат на анализ раздел лабораторной диагностики, но это единственный надежный заслон некачественным анализам, которым пренебрегать незаконно.

Выводы. Внедрение метода ПЦР обеспечило высокое качество диагностики инфекционных заболеваний благодаря высокой чувствительности, специфичности и скорости постановки диагноза.

Надежность анализа определяется его защищенностью от ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Возможен анализ крови пациентов, находящихся в «серонегативной» стадии на самых ранних стадиях инфекционного процесса, когда лечение наиболее эффективно.

Возможно определение патогенных возбудителей, для которых не разработаны или затруднены методы культивирования и нет диагностических приемов.

Здравоохранение Республики пополнилось новой технологией ПЦР-реал тайм, что позволяет в течение дня выявить вирусный гепатит, определить генотип гепатита и проводить лабораторный мониторинг эффективности противовирусной терапии.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НОВОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА

02_AG ВИЧ-1 в Новосибирской области

В.Н. Михеев², В.В. Богачев², П.Б. Барышев², Н.Я. Черноусова¹, Ю.А. Топчин¹,
Ю.В. Соколов¹, Е.Б. Савочкина¹, Ф.О. Мирджамалова¹, Ю.В. Мещерякова¹,
А.В. Тотменин², А.В. Шиповалов², Е.А. Чубарева², Н.М. Гашникова²

¹ГБУЗ Новосибирской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ²ФБУН «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор»

Вирус иммунодефицита человека первого типа обладает очень высокой способностью к изменчивости своей генетической структуры, что серьезно осложняет создание эффективных вакцин и антиретровирусных препаратов. Разработка эффективных средств против ВИЧ не представляется возможной без проведения глубоких исследований особенностей молекулярной биологии ВИЧ и патогенеза ВИЧ-инфекции. В Российской Федерации распространены генетические варианты ВИЧ-1, отличающиеся от хорошо изученных вариантов субтипа В, циркулирующих в США и странах Европы. По данным разных авторов в регионах России доминирующим является субтип А ВИЧ-1, распространенность которого среди исследованных вариантов вируса превышает 92-95%. Кроме того, в 4-8% случаев наблюдается стабильная циркуляция субтипа В ВИЧ-1. Другие генетические варианты ВИЧ-1 в нашей стране широкого распространения не получили. Изучение циркулирующих вариантов ВИЧ-1 в Российской Федерации проводится достаточно бессистемно. Об этом свидетельствует тот факт, что в некоторых регионах информация о распространении генетических вариантов ВИЧ полностью отсутствует.

Новосибирская область (НСО) в этом отношении является уникальной территорией страны, так как ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» совместно с ГБУЗ НСО «Центр СПИД» со времени выявления первых случаев инфицирования ВИЧ в

области проводит молекулярно-эпидемиологический мониторинг распространения ВИЧ-инфекции.

Наши исследования показали, что на начальном этапе эпидемии в НСО были занесены генетически различные варианты ВИЧ-1 (Рис. 1). В первые годы эпидемии ВИЧ-инфекции в НСО варианты ВИЧ-1, принадлежащие к субтипу А, составляли 53,6% от общего количества случаев. Затем в связи с ростом количества потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) началось активное распространение субтипа А ВИЧ-1, которое к 2005 году составило 95% от общего числа исследованных образцов. Генотипирование вариантов ВИЧ-1, выделенных у пациентов в 2006 г., подтвердило, что эпидемически значимым является субтип А ВИЧ-1. Кроме того, в 2% случаев были выделены изоляты субтипа В и в 2% – рекомбинантный вариант 02_AG ВИЧ-1.

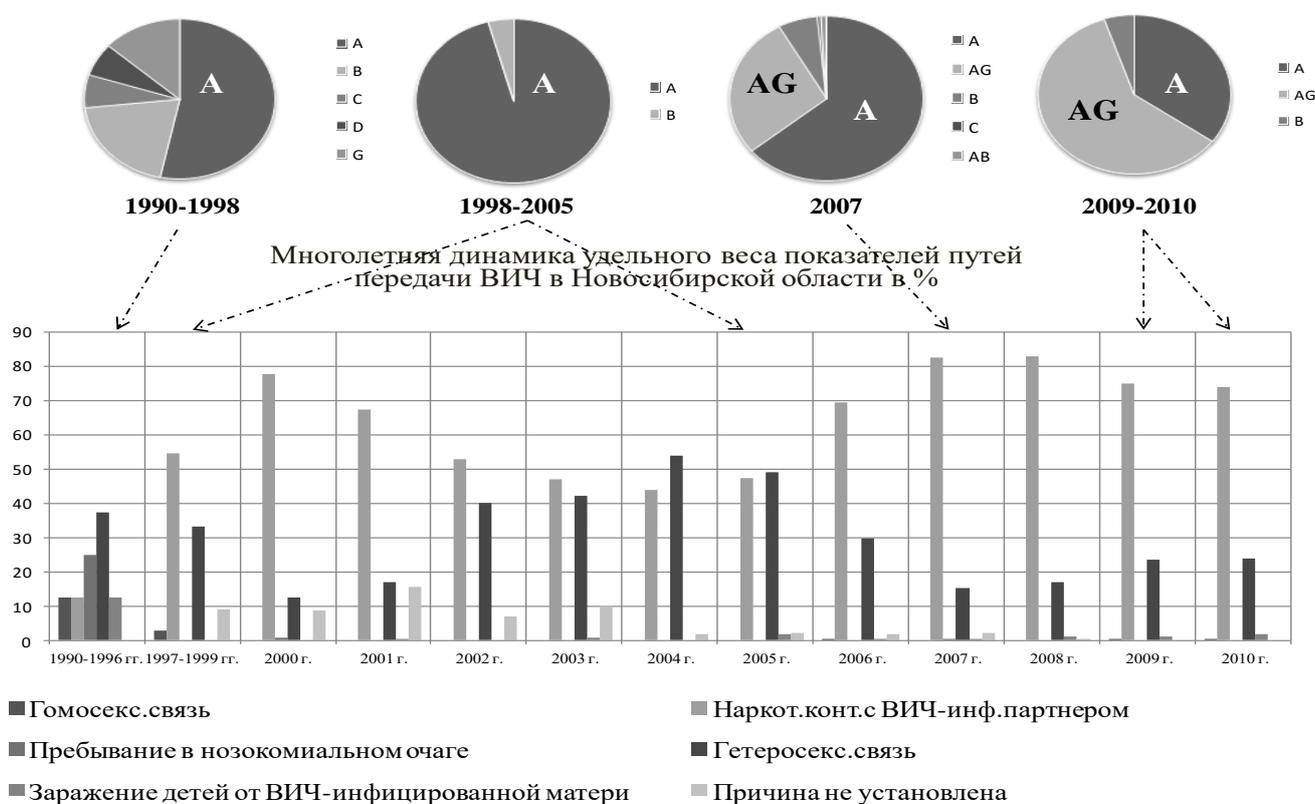


Рис. 1. Распространение генетических вариантов ВИЧ-1 и значимость путей передачи вируса в разные периоды развития эпидемии ВИЧ-инфекции.

Молекулярно-эпидемиологический мониторинг изолятов ВИЧ-1, проведенный в НСО в 2007-2010 гг., показал значительное изменение характера эпидемии: произошло существенное и стремительное увеличение доли рекомбинантного варианта 02_AG ВИЧ-1 – с 2% до 28% в 2007 г. и до 57% – в 2010 г. Вирусы субтипа А и 02_AG ВИЧ-1 стали доминирующими, поскольку они распространяются как среди ПИН и их половых партнеров, так и среди лиц, инфицированных при гетеросексуальных контактах, не имеющих связи с ПИН. Субтип С и рекомбинантная форма 03_AB ВИЧ-1 (в отличие от западной и центральной части России) на нашей территории были зарегистрированы лишь в единичных случаях и не получили распространения. Циркуляция вирусов,

относящихся к субтипу В ВИЧ-1, наблюдалась в среднем на уровне 4-6% среди ограниченной популяции людей, инфицированных при гомо- и гетеросексуальных контактах, реже в группе ПИН.

Углубленный генетический анализ и расшифровка полного генома вариантов 02_AG ВИЧ-1 показали, что на территории НСО циркулируют генетически отличающиеся рекомбинантные формы вирусов. В единичных случаях выявляются пациенты, инфицированные циркулирующими рекомбинантными формами 02_AG ВИЧ-1 (CRF02_AG), генетически близкими к африканским вариантам ВИЧ-1, и к вариантам, распространение которых зарегистрировано с начала 2000-х годов в странах Средней Азии (Узбекистан, Казахстан, Таджикистан).

Более чем в 95% случаях среди лиц, инфицированных рекомбинантными формами 02_AG ВИЧ-1, выявляется новый вариант 02_AG/A ВИЧ-1, получившийся в результате взаимного обмена участками геномов «классического» CRF02_AG ВИЧ-1 из Средней Азии и российского ВИЧ-1 субтипа А. Генетический вариант 02_AG/A ВИЧ-1 впервые выделен в ГНЦ ВБ Вектор в 2009 году, а его геном расшифрован и описан в 2011г. В настоящее время сотрудниками «Вектора» совместно с ГБУЗ НСО «Центр СПИД» проводятся работы по исследованию биологических особенностей нового генетического варианта 02_AG/A ВИЧ-1 и осуществляется анализ клинико-эпидемиологических данных с целью изучения патогенеза заболевания, вызванного новой рекомбинантной формой вируса.

Крайне важно, что изменение генетических характеристик эпидемии ВИЧ-инфекции в НСО совпало с резкой активизацией эпидемиологического процесса. С 2008г. в НСО наблюдается отчетливая тенденция к ежегодному увеличению уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией, которая за последние 3 года в 2,5-2,7 раза превышает среднероссийский показатель. По итогам 2011 года область занимает 5-е место среди наиболее неблагополучных территорий России по ежегодному приросту новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2011 году число новых случаев инфицирования ВИЧ среди работающего населения выросло в 8,9 раза в сравнении с тем же периодом 2010 года. Ситуация в регионе усугубляется тем, что НСО относится к территориям России с высокой численностью инъекционных наркоманов.

Анализ эпидемиологических данных показал, что с 2007 г. в НСО вновь, после снижения до 50% в 2001-2003гг., регистрируется новый всплеск распространения ВИЧ в группе ПИН, и одновременно на данной территории начинается вспышка распространения новой для России рекомбинантной формы 02_AG/A ВИЧ-1. Кроме того, заметно усиливаются миграционные потоки из Узбекистана, Таджикистана и Казахстана. Все это позволяет сделать предположение о том, что, возможно, вспышка распространения CRF02_AG/A ВИЧ-1 в Сибири также является следствием попадания данного генетического варианта в группу риска ПИН, и/или связана с транспортировкой наркотических препаратов, так как через Новосибирск проходит значительный трафик наркотиков, поставляемых в Россию по Северному пути из Афганистана через страны Средней Азии.

На примере распространения ВИЧ-инфекции в НСО можно продемонстрировать, насколько быстро может измениться характер эпидемии, её молекулярно-биологические свойства. Это позволяет реально оценить важность постоянного контроля развития эпидемического процесса. Буквально за 4 года в НСО произошла смена основного патогена, область из благополучных территорий страны по скорости распространения ВИЧ-инфекции перешла в лидеры.

Анализ существующей ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в НСО не позволяет делать оптимистичных прогнозов на ближайшие годы. Поэтому необходимо направить усилия на углубленное изучение ВИЧ, вызывающего это заболевание.

Согласно зарубежным исследованиям, современное развитие эпидемии ВИЧ-инфекции идет по пути все большего усложнения генома вируса. Возможно, что выявленный нами новый рекомбинантный вирус 02_AG/A является только началом глобального изменения генома ВИЧ-1, направленного на отбор «оптимального» по биологическим характеристикам варианта ВИЧ, способного ускользать от иммунного ответа, действия АРВТ и разрабатываемых профилактических препаратов.

Наши исследования показали, что на территориях с высокой скоростью развития эпидемии возможно появление и быстрое распространение новых генетических вариантов ВИЧ-1 с неизвестным патогенным потенциалом.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России продолжает развиваться, есть территории страны со значительно отличающимися темпами распространения ВИЧ и характеристиками эпидемии. Поэтому необходимо осуществление регулярного и планомерного молекулярно-эпидемического мониторинга за циркулирующими вариантами ВИЧ-1, который позволит изучить региональные особенности развития эпидемии и разработать наиболее эффективные меры противодействия её распространению.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

М.А. Малышева, Е.П. Бойко, Е.А. Татьяна

*КГБУЗ «Красноярский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

Прогноз о развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Красноярском крае стал реальностью. По уровню распространенности ВИЧ-инфекции Красноярский край входит в группу территорий России с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. На 01.05.2012г. в крае зарегистрировано 15 035 случаев, показатель на 100 тысяч населения составил 519,5. Пораженность населения края составила 401,8 на 100 тысяч жителей. Регистрируемый рост количества случаев выявления ВИЧ-инфекции на территории Красноярского края увеличивает вероятность попадания инфицированной крови в донорскую сеть.

Обследование доноров на антитела к ВИЧ организовано в крае с 1988 года.

Таблица

Частота выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди доноров (код 108)
в Красноярском крае в 1998-2011 гг.

Годы	Кол-во обследованного населения на ВИЧ	Кол-во обследованных на ВИЧ доноров (код 108)	Уд.вес обследованных доноров от общего числа обс-х	Кол-во доноров с ВИЧ+ резуль татом	Уд.вес выявленн ых с ВИЧ+ резуль татом доноров	Уд.вес ВИЧ+ доноров от всех ВИЧ + лиц
1998	571 581	58 049	10,2	1	0,002	2,9
1999	722 944	59 623	8,2	-	-	-
2000	722 639	70 167	9,7	1	0,001	0,1
2001	755 067	76693	10,2	21	0,027	0,9
2002	720 415	77 349	10,7	24	0,031	2,2
2003	543 670	72 765	13,4	19	0,026	2,8
2004	431 298	75 788	17,6	10	0,013	2,1
2005	429 318	68 921	16,1	11	0,015	1,7
2006	570 830	67 127	11,7	11	0,016	1,4
2007	639 920	61 316	9,6	18	0,029	1,6
2008	617 935	57 781	9,4	10	0,017	0,6
2009	664 417	67 533	10,2	12	0,018	0,8
2010	677 984	65 104	9,6	18	0,028	1,1
2011	705 659	62 473	8,9	14	0,022	0,8

В 2001 году, когда был зарегистрирован пик заболеваемости ВИЧ-инфекцией, наблюдался резкий рост абсолютного количества доноров с ВИЧ-инфекцией (21-24 случая), но удельный вес ВИЧ-позитивных доноров от общего числа обследованных доноров в динамике лет остается стабильным и составляет 0,2-0,3%.

Относительно высокий удельный вес ВИЧ-позитивных доноров от новых случаев ВИЧ-инфекции наблюдался в годы после пика заболеваемости: 2002 год – 2,2%, 2003 год – 2,8%, 2004 год – 2,1%.

Годы	Кол-во ВИЧ+ доноров	Установлено путей передачи					
		Половой гетеросексуальный		Наркотический		Не установлен	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
2005	11	8		2	18,2	1	
2006	11	8		1	9,1	2	
2007	18	14		1	5,6	3	
2008	10	6		2	20,0	2	
2009	12	11		-	-	1	
2010	18 *	15		1	5,6	1	
2011	14	11		1	7,1	2	

* 2010 г – 1 случай – гомосексуальный путь

Анализ причин заражения доноров показывает, что среди доноров от 5% до 20% лиц инфицировалось при употреблении наркотиков, что свидетельствует о недостаточно качественном проведении предварительного отбора лиц при допуске к донорству.

Первый случай выявления ВИЧ-инфекции среди донора и реципиента был зарегистрирован в сентябре 1998 года в пос. Богучаны. Обследование донора на ВИЧ было проведено ретроспективно, после факта переливания, что повлекло за собой заражение ВИЧ-инфекцией реципиента, получившего необследованную кровь. Данный факт выявил ряд нарушений правил гемотрансфузий и показал, что в крае не обеспечена система инфекционной безопасности переливания крови.

Несмотря на принятые меры, в марте 2001 года в Енисейской ЦРБ был допущен случай внутрибольничного инфицирования ВИЧ и гепатитом С при проведении гемотрансфузии. Кровь реципиента была перелита до получения результатов исследования.

С января 2002 года была проведена реорганизация службы крови края: в 4-х городах (Ачинск, Лесосибирск, Канск, Минусинск) созданы филиалы Краевой станции переливания крови (КСПК) для обеспечения компонентами и препаратами крови ЛПУ края по территориальному принципу. На КСПК сформирована и компьютеризирована база абсолютных и временных медицинских отводов от донорства. С мая 2001 года введен метод карантинизации свежезамороженной плазмы. Но карантинизации подвергалась только часть заготавливаемой плазмы.

В феврале 2010 года в г. Красноярск зарегистрирован случай заражения ВИЧ реципиента плазмы, которая не прошла карантинизацию. Проведенное расследование показало, что донор находился в периоде серонегативного окна. Исследование архивного образца сыворотки крови донора методом ИФА показало отрицательный результат, ПЦР показала положительный результат. Данный случай выявил необходимость проведения карантинизации и исследования донорской крови методом ПЦР.

В апреле 2011 года в г. Ачинск зарегистрирован случай заражения ВИЧ реципиента эритроцитами, ретроспективно было установлено, что донор находился в серонегативном периоде. Данный случай подтвердил необходимость внедрения исследования методом ПЦР, который позволит выявить положительные результаты в случае нахождения донора в периоде серонегативного окна, и в тех ситуациях, когда компоненты крови невозможно подвергнуть карантинизации по причине короткого периода хранения.

С января 2009 года в КГКУЗ Краевом Центре крови №1 действует программа долговременного сотрудничества с донорами «Карантинизация. Сам себе донор».

С июня 2010 с целью обеспечения инфекционной безопасности гемотрансфузий продолжается реорганизация работы КГКУЗ Краевого Центра крови № 1:

- плазма в 100% объеме закладывается на карантинное хранение;
- плазма, не прошедшая карантинизацию, подвергается вирусинактивации;

- проводится исследование всех ИФА-серонегативных образцов донорской крови дополнительным методом ПЦР;
- внедрен метод лейкофильтрации;
- в ЛПУ рекомендовано использование прикроватных лейкофильтров.

С целью профилактики передачи ВИЧ при гемотрансфузиях КГБУЗ Краевым Центром СПИД с 1993 года осуществлялась передача сведений в Красноярскую станцию переливания крови о выявлении противопоказаний к донорству лиц, при обследовании которых на ВИЧ в медицинских учреждениях Красноярского края и проведении исследования в лаборатории Краевого Центра СПИД.

С 2010 года организован оперативный режим передачи медицинских отводов от донорства пациентов, получивших при обследовании на ВИЧ на территории Красноярского края положительные результаты методом ИФА, положительные, сомнительные, отрицательные результат методом ИБ, а также на контактных с ВИЧ-инфицированными. Медицинские отводы от донорства передаются КГБУЗ Краевым Центром СПИД в Единый донорский центр по программе автоматизированной информационной системы трансфузиологии (АИСТ) (Приказ МЗ Красноярского края от 27.11.2010 №507-орг «О формировании и передаче данных в ЕДЦ»).

В медицинских учреждениях Красноярского края обследование на ВИЧ пациентов зачастую происходит с нарушениями ст.º7. п.º6 ФЗºРФ от 30.03.1995г. №º38 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» без проведения до- и послетестового консультирования, без подписания пациентом информированного согласия, код 120 (контакт с ВИЧ) ставится без оснований, пациенты не всегда знают результаты их обследования на ВИЧ. В таких случаях получение в КГКУЗ Краевом Центре крови №1 сведений о медицинском отводе от донорства является для доноров неприятной неожиданностью.

При проживании донора по одному адресу с человеком, получившим медицинский отвод от донорства по причине результата обследования на ВИЧ, даже если ВИЧ-инфекция у лица, являющегося причиной медицинского отвода, не выявлена, автоматизированная система трансфузиологии в КГКУЗ Краевом Центре Крови № 1 выдает донору медицинский отвод от донорства по причине «эпид. окружение». Цель отстранения по причине «эпид. окружение» – исключение у донора серонегативного периода после полового или парентерального контакта с ВИЧ-инфицированным.

При объяснении причины медицинского отвода такому донору возникает деликатная проблема, связанная с риском разглашения факта обращения за медицинской помощью человека, проживание по одному адресу с которым является причиной медицинского отвода.

Окончательное решение о допуске к донорству принимает врач-трансфузиолог КГКУЗ Краевого центра крови № 1 на основании анамнеза, клинических и лабораторных исследований на весь комплекс гемотрансмиссивных инфекций и действующего законодательства.

Выявление лиц в «серонегативном» периоде является важнейшим направлением в лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции. Наиболее ранние маркеры ВИЧ-антиген p24 и вирусная нуклеиновая кислота (РНК ВИЧ). Высокая стоимость выявления РНК ВИЧ не позволяет на сегодняшний день применять данное исследование для скрининга.

В настоящее время для скринингового обследования населения на ВИЧ в арбитражных лабораториях Красноярского края (КГБУЗ Краевой Центр СПИД г. Красноярск, лаборатория КГБУЗ «Краевой Центр крови №2» г. Норильск, МБУЗ «Городская больница № 2» г. Норильск и лаборатория МБУЗ «Таймырская центральная районная больница» г. Дудинка) используются тест системы четвертого поколения, которые позволяют детектировать в исследуемой пробе p24-антиген, одновременно с суммарными антителами к ВИЧ.

Федеральное законодательство в рамках выявления и диагностики ВИЧ-инфекции предлагает только бессрочное отстранение от донорства для лиц, имеющих «положительный» результат обследования на ВИЧ в ИФА (Методические рекомендации №5950-РХ от 06.08.2007г. «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию»).

В 2011 году КГБУЗ Краевым Центром СПИД подготовлены и утверждены Министерством здравоохранения Красноярского края методические рекомендации «Организация лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции на территории Красноярского края» (Рузаева Л.А., Татьяна Е.А., Нешумаев Д.А.).

В данном документе разработаны алгоритмы мероприятий, в том числе медицинские отводы в зависимости от лабораторного заключения арбитражной лаборатории (Приложение 2) и мероприятия при проведении обследования донорской сыворотки/плазмы (Приложение 3). Алгоритм диагностики для первично «положительных» проб доноров, используемый в лаборатории КГБУЗ Краевого Центра СПИД, и описанный в данных методических рекомендациях, отличается от используемого для прочих контингентов населения: независимо от результата исследования методом ИФА проба сыворотки/плазмы обязательно анализируется в реакции иммуноблота и на наличие антигена p24. Заключен договор между КГБУЗ Краевым Центром СПИД и КГКУЗ Краевым Центром крови № 1 «О порядке взаимодействия по организации медицинской консультации лицам, с абсолютными противопоказаниями или временными ограничениями от донорства и обеспечения референс-диагностики ВИЧ-инфекции образцов крови доноров» от 17.11.2011г. Кроме референс-исследований методом ИФА и ИБ КГБУЗ Краевой Центр СПИД проводит исследования методом ПЦР (не более 20 исследований в год).

При проведении эпидемиологических расследований случаев ВИЧ-инфекции врачам-эпидемиологам и врачам-инфекционистам необходимо уделять особое внимание выявлению у пациента гемотрансфузий в анамнезе и фактов участия в донорстве (п.п. 17 и 20 карты эпидемиологического расследования).

Выводы. Рост выявляемости ВИЧ-инфекции среди доноров коррелирует с увеличением выявляемости ВИЧ среди населения в целом.

Принятые меры безопасности гемотрансфузий при их соблюдении должны исключить риск внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией при переливании крови.

Необходимо строжайшее соблюдение «Инструкции по медицинскому освидетельствованию доноров крови, плазмы, клеток крови», проведение до- и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ доноров с целью недопущения к донорству лиц с поведенческими рисками заражения.

При диспансерном наблюдении и обследовании контактных с ВИЧ-инфицированными нужно уделять особое внимание их информированию об отстранении от донорства спустя год после разобщения контакта.

При обследовании на ВИЧ-инфекцию в любых медицинских учреждениях важно проведение индивидуального до- и послетестового консультирования пациентов, во время которого они должны быть проинформированы о возможном серонегативном периоде и о том, как они могут предотвратить заражение других.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.В. Минакова,
Л.А. Шаповалова, И.В. Козулина

КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Профилактика заражения ВИЧ при переливании препаратов донорской крови является одним из приоритетных направлений работы в Алтайском крае. Доноры крови и ее компонентов являются группой населения, подлежащей обязательному тестированию на ВИЧ перед каждой кроводачей. Ежегодно в крае тестированием на ВИЧ охватывается от 78 000 до 106 000 человек.

Показатели по ВИЧ/СПИДу среди доноров в Алтайском крае 2005-2011 гг.

Показатели	Кумулянт число	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г
всего доноров	1146255	104967	101867	101298	106088	102513	85721	78474
число ВИЧ(+) доноров	295	17	11	10	48	50	41	40
уд. вес от°общего числа доноров	0,03%	0,02%	0,01%	0,01%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%
на°10000 обследованных доноров	3	2	1	1	5	5	5	5

Среди всех зарегистрированных в крае ВИЧ-инфицированных выявлено 295 доноров: 18 из них являлись активными донорами, 277 – выявлены при

первичном обращении в учреждения службы крови. У 1-го из 86 реципиентов препаратов крови выявлена ВИЧ-инфекция (препараты крови перелиты в период серонегативного «окна» у донора).

Выявляемость ВИЧ-инфекции на 10000 обследованных в 2000г. составляла 0,5, в период с 2001 по 2005гг. – 2, с 2006 по 2007гг. – 1, с 2008 по 2011гг. – 5. Это свидетельствует о незначительном росте выявляемости ВИЧ-инфекции среди доноров в последние 4 года.

Освидетельствование доноров является важнейшим элементом профилактики заражения ВИЧ при переливании донорской крови и ее компонентов. Низкая стоимость кроводач, постоянно ухудшающийся индекс здоровья населения и отсутствие существовавшей прежде финансовой поддержки кадрового донорства привели, в конечном итоге, к снижению заготовки крови и ее компонентов, уменьшению удельного веса в общей структуре сдающих кровь кадровых доноров, увеличению брака крови и изменению социального состава доноров в сторону увеличения лиц из социально-неблагополучных слоев населения. Все это создает повышенный риск заражения ВИЧ при переливании препаратов крови.

Медицинское освидетельствование доноров проводится согласно приказу МЗ РФ от 14 сентября 2001г. №364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов». Доноры крови и ее компонентов допускаются к взятию донорского материала после проведения медицинского освидетельствования, подтверждающего возможность донорства и его безопасность для реципиента.

Проводится разъяснительная работа о необходимости повторного обследования доноров через 6 месяцев после донации.

С целью обеспечения вирусбезопасности донорской крови в Алтайском крае:

- КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» передаёт списки на дважды положительных в ИФА, сомнительных в иммуноблоте, ВИЧ-инфицированных и контактных с ними в учреждения службы крови (СПК) по мере выявления с указанием пожизненного или временного отстранения от донорства. С 2010г. в крае внедрена единая компьютерная база данных между СПК, противотуберкулезным, кожно-венерологическим и наркологическим диспансерами и Центром СПИД. Каждое учреждение вводит данные о выявленных пациентах.
- В случае выявления положительного результата исследования крови донора на ВИЧ в ИФА, донор отстраняется от кроводач. При отрицательном или сомнительном результате исследования в ИБ донор ставится на диспансерный учет в 1 или во 2 группу и наблюдается в течение года как обычный пациент.
- В случае выявления положительного результата в ИБ специалистами Центров СПИД проводится эпид. расследование, направляется запрос в службу крови с целью выяснения количества кроводач и установления лечебно-профилактических учреждений, в которые были переданы

препараты крови от данного донора. Далее направляются запросы в эти ЛПУ для установления реципиентов, которым были перелиты препараты от данного донора (в течение последних 3-х лет). При наличии реципиентов, данные о них передаются в ЛПУ по месту жительства для обследования на ВИЧ (если они не состояли на «Д»-учете) или выяснения результатов их обследований. Реципиенты крови ставятся на «Д»-учет в 7 группу с обследованием на ВИЧ 1 раз в квартал в течение года.

- Если при проведении эпид. расследования у ВИЧ-инфицированного в эпид. анамнезе выявляется донорство, то применяется тот же алгоритм действий, что и при выявлении ВИЧ-инфекции у донора в СПК.
- В случае переливания ВИЧ-инфицированному препаратов крови в течение пяти последних лет в ЛПУ, в котором проводилась гемотрансфузия, направляются запросы с целью выяснения данных по препаратам крови, перелитым реципиентам. После получения ответов из ЛПУ направляется запрос на СПК с целью выявления доноров этих препаратов, их кроводач и результатов обследования на ВИЧ. Если донор после гемотрансфузии не был обследован на ВИЧ, то его данные передаются в ЛПУ для обследования на ВИЧ-инфекцию, чтобы исключить инфицирование реципиента в результате гемотрансфузии от донора, находившегося в периоде «серонегативного окна».

В настоящее время заготовкой донорской крови занимаются 3 станции переливания крови (гг. Барнаул, Бийск, Рубцовск) и 5 отделений переливания крови на базе городских и районных больниц.

С целью недопущения инфицирования ВИЧ реципиентов с 2000г. проводится карантинизация препаратов крови (свежезамороженная плазма карантинизируется в 100% на всех СПК и ОПК Алтайского края, эритроцитарная масса для детей, беременных и рожениц). С 2001г. СПК и ОПК края для тестирования донорской крови на ВИЧ обеспечены диагностикумами «антиген/антитело» II поколения, позволяющими значительно повысить достоверность результатов обследования. С 2007г. начата ПЦР-диагностика донорской крови на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С на СПК. С 2009г. введена вирусинактивация СЗП на СПК г. Барнаула. Учреждения службы крови края в достаточном количестве обеспечены тест-системами для экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции. При плановых оперативных вмешательствах рекомендовано использовать кровь, заготовленную от самого больного (аутодонорство), в соответствии с положениями инструкции по аутодонорству Комитета администрации Алтайского края по здравоохранению от 29.01.2001г.

Вопросы организации вирусной безопасности донорской крови систематически рассматриваются на рабочих совещаниях специалистов краевого Центра СПИД и специалистов службы крови Алтайского края.

Таким образом, проводимые в Алтайском крае мероприятия позволили обеспечить вирусбезопасность препаратов крови и предотвратить инфицирование ВИЧ реципиентов.

Случаи ВИЧ-инфекции у доноров

```
graph TD; A[Случаи ВИЧ-инфекции у доноров] --> B[Приглашение ВИЧ(+) донора для проведения эпид. расследования, согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», МР №6963-РХ от 20.09.07г. «Эпид. расследование случая ВИЧ-инфекции», Приказа Главного Управления по здравоохранению Алтайского края и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей по Алтайскому краю от 08.11.07г. № 413/305 «О порядке передачи информации о выявленных случаях ВИЧ-инфекции»]; A --> C[Запросы на СПК и ОПК края о предоставлении данных по сдаче крови за период не менее одного года, согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» за 3 и более лет (в зависимости от стадии заболевания пациента и последнего отрицательного результата исследования на ВИЧ)]; C --> D[Запросы в учреждения здравоохранения для организации обследования реципиентов крови (в случаях переливания компонентов крови), согласно МР № 6963-РХ от 20.09.07г. «Эпид. расследование случая ВИЧ-инфекции»]; D --> E[Организация диспансерного наблюдения реципиентов препаратов крови, согласно МР № 5950-РХ «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию» от 06.08.07г. и Приказа Управления по здравоохранению Алтайского края от 09.06.06г. № 190 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения при ВИЧ-инфекции»];
```

Приглашение ВИЧ(+) донора для проведения эпид. расследования, согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», МР №6963-РХ от 20.09.07г. «Эпид. расследование случая ВИЧ-инфекции», Приказа Главного Управления по здравоохранению Алтайского края и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей по Алтайскому краю от 08.11.07г. № 413/305 «О порядке передачи информации о выявленных случаях ВИЧ-инфекции»

Запросы на СПК и ОПК края о предоставлении данных по сдаче крови за период не менее одного года, согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» за 3 и более лет (в зависимости от стадии заболевания пациента и последнего отрицательного результата исследования на ВИЧ)

Запросы в учреждения здравоохранения для организации обследования реципиентов крови (в случаях переливания компонентов крови), согласно МР № 6963-РХ от 20.09.07г. «Эпид. расследование случая ВИЧ-инфекции»

Организация диспансерного наблюдения реципиентов препаратов крови, согласно МР № 5950-РХ «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию» от 06.08.07г. и Приказа Управления по здравоохранению Алтайского края от 09.06.06г. № 190 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения при ВИЧ-инфекции»

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА, ПРОВОДИМАЯ КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ
ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КРАЯ ПО РАЗЛИЧНЫМ АСПЕКТАМ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ И ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ**

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.А. Егорова, С.А. Федина
*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

Профилактическая работа по ВИЧ-инфекции и парентеральным гепатитам в Алтайском крае проводится в разных формах и на всех уровнях, включая информационные кампании для населения в целом, просветительскую работу среди молодежи, оказание консультационных и медико-социальных услуг, ориентированных на наиболее уязвимые группы населения.

Информационные кампании по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов, проводимые в крае, имеют широкий охват, задействуют разнообразные каналы и средства распространения информации: публикации в СМИ, аудио- и видеоролики, выпуск печатных материалов, проведение массовых мероприятий с участием добровольцев (в рамках памятных дней: Всемирный день борьбы со СПИДом, День памяти умерших от СПИДа, День молодежи, День борьбы с наркоманией и др.). При проведении массовых мероприятий, используются следующие формы профилактической работы: семинары-тренинги, беседы, лекции, раздача информационных материалов и флайеров с приглашением на обследование или участие в профилактической программе, информационные кампании, тематические дискотеки, творческие конкурсы и др. В организации информационной работы принимают участие специалисты учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты населения, молодежной политики, а также представители неправительственных организаций.

В 2009-2011гг. по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов проведено 42 круглых стола для специалистов учреждений и ведомств и некоммерческих организаций Алтайского края, 125 выставок литературы, 197 видеолекториев, 1754 консультации по телефону доверия.

В период с 2009 по 2011гг. проблема ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и мероприятия, реализуемые в рамках ПНП «Здоровье» по компоненту «Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов В и С», освещалась в различных СМИ 890 раз.

Благодаря активному привлечению средств международных доноров, в Алтайском крае ежегодно обеспечивается тиражирование и распространение порядка 350000 экземпляров информационных материалов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов среди различных групп населения.

За 2009-2011гг. сотрудниками Центра СПИД проведено по данной тематике 521 обучающее мероприятие (семинары, тренинги, научно-практические и телеконференции, коллоквиумы, школы специалистов, курсы повышения квалификации, рабочие пятиминутки и др.) для специалистов различных учреждений и ведомств, некоммерческих организаций,

занимающихся профилактикой социально-обусловленных заболеваний, учащейся молодежи, детей, проходящих профильные смены в детских оздоровительных лагерях, рабочих предприятий, мигрантов, уязвимых групп населения (осужденных, лиц, освободившихся из мест лишения свободы, наркозависимых, работниц коммерческого секса и др.). Охвачено 14100 чел.

В Алтайском крае отработаны и внедрены инновационные профилактические программы среди различных групп населения по профилактике ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов, большая часть из которых реализуются в рамках основной деятельности профильных ведомств:

- модульная система обучения учащихся начального профессионального образования при консультативной поддержке экспертов Министерства РФ по образованию и Международной организации труда;

- программы для образовательных учреждений края: «Образовательная сеть «Школы здоровья», в которую вошло более 100 школ (охвачено около 70000 детей и подростков), «Программа «15», которая направлена на сохранение здоровья, формирование ответственного и безопасного поведения среди подростков;

- в Алтайском краевом институте повышения квалификации работников образования с 2005 года проводятся занятия с педагогами края по проблемам обеспечения здоровья учащихся;

- профилактические программы по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам, ИППП среди клиентов служб занятости и молодежных бирж труда;

- программы по профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, ИППП, медико-социальному сопровождению лиц, поступающих, находящихся и освобождающихся из мест лишения свободы («Социальное бюро»);

- программы по профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, ИППП, медико-социальному сопровождению детей и подростков, попавших в трудную жизненную ситуацию («Клиники, дружественные молодежи»);

- специальные программы, ориентированные на группы высокого риска инфицирования хроническими вирусными инфекциями (потребители инъекционных наркотиков и работницы коммерческого секса);

- программы по профилактике ВИЧ-инфекции, инфекций, передаваемых половым путем и вирусных гепатитов В и С среди рабочих мигрантов с учетом культуральных особенностей различных диаспор;

- программа по профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С среди медицинских работников, в рамках которой в ЛПУ края проводится поэтапное внедрение унифицированной компьютерной базы данных по регистрации аварийных ситуаций при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

Учитывая эффективность проводимых мероприятий, решением Антинаркотической комиссии Алтайского края от 21.12.11г. учреждениям и ведомствам Алтайского края рекомендовано провести ряд дополнительных мер, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов и вовлечения в наркоманию различных групп населения:

1. Использовать в учреждениях образования и социальной защиты населения инновационные профилактические программы, направленные на формирование навыков здорового образа жизни среди детей и подростков, показавшие высокую эффективность: «Школы, содействующие здоровью», «Твое здоровье, подросток», «Программа «15».

2. Предусмотреть системную подготовку педагогов по вопросам профилактики ВИЧ/наркомании с целью транслирования знаний среди учащейся молодежи.

3. Продолжить работу по информированию безработных граждан Центрами занятости по вопросам здорового образа жизни на групповых и индивидуальных консультациях.

4. Оказывать содействие в трудоустройстве наркозависимым, находящимся в ремиссии, а также освобождающимся из мест лишения свободы.

Кроме традиционного эпид. надзора, специалисты Алтайского краевого центра СПИД с определенной периодичностью проводят так называемый "Эпиднадзор 2 поколения", включающий одномоментный забор крови для исследования на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С и анкетирование по рискованным формам поведения среди наркозависимых. Результаты исследований используются для оценки эффективности реализуемых среди уязвимых групп населения профилактических программ, разработки и внесения корректив в уже существующие программы, с учетом эпидситуации по ВИЧ-инфекции и парентеральным гепатитам.

Кроме того, в период с 1999 по 2011гг. в крае реализовано более 100 международных программ, что позволило не только привлечь в Алтайский край дополнительные финансовые средства на проведение профилактических мероприятий, мероприятий, направленных на формирование приверженности к терапии, но и внедрить в деятельность профильных учреждений инновационные технологии работы среди уязвимых групп населения.

В результате проводимой профилактической работы:

- решены многие организационные вопросы, направленные на противодействие распространению эпидемии ВИЧ-инфекции;
- внедрены в деятельность профильных ведомств новые технологии по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально-обусловленных заболеваний;
- увеличен охват профилактической работой как населения края, так и отдельных его уязвимых групп;
- стабилизировалась эпидситуация по ВИЧ-инфекции среди всех групп населения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СООТВЕТСТВИИ С РАЗВИТИЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Е.О. Синявская, Т.А. Годун, К.В. Сибиль

*ГБУЗ «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

При повсеместном поступательном развитии эпидемии ВИЧ-инфекции темпы и интенсивность ее динамики во времени и по территориям крайне различны. Причина этих различий заключается в социально-экономических, этнических и культурных признаках того или иного региона страны. Эпидемия ВИЧ-инфекции на разных административных территориях России находится на разных стадиях эпидемического процесса. Изучение особенностей и проявлений эпидемического процесса ВИЧ-инфекции как части системы эпидемиологического надзора в России определено одним из приоритетных направлений противодействия ВИЧ/СПИДу на современном этапе. Стремительный рост эпидемии начался в 1996 году после того, как вирус проник в среду потребителей инъекционных наркотиков. С момента начала регистрации ВИЧ-инфекции на 01.01.2012 года по предварительным данным персонифицированного учета зарегистрировано 636 979 ВИЧ-инфицированных, из них 5 632 ребенка в возрасте до 15 лет. По данным мониторинга Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения за весь период наблюдения умерло по разным причинам более 90 000 лиц с ВИЧ-инфекцией.

В последние годы Кемеровская область характеризуется высокими темпами распространения ВИЧ-инфекции. В целом, по уровню пораженности населения ВИЧ-инфекцией область занимает 6 место в нашей стране и по классификации ВОЗ находится в стадии «концентрированной» эпидемии. Территория Кемеровской области отличается существенной неравномерностью распространения ВИЧ среди населения, вместе с тем высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции вызывают тревогу и на отдельных административных территориях эпидемия уже приобрела генерализованный характер. Уровень пораженности на этих территориях достигает 2,2% населения.

Период регистрации ВИЧ-инфекции на территории Кемеровской области насчитывает 20 лет (1991-2011гг.). В эпидемический процесс вовлечены все административные территории области. Рассматривая динамику заболеваемости, отмечен резкий рост в 2001 году – зарегистрировано 2 200 случаев (показатель на 100 тысяч населения 74,3) и следующий в 2008 году – зарегистрировано 2 756 случаев (показатель 97,6).

В период невысоких показателей заболеваемости в области (от 5 до 15 случаев в год) рамках медицинского информирования населения большое содействие безвозмездно оказывали средства массовой информации – радио, телевидение, газеты, наружная социальная реклама. Проблема ВИЧ-инфекции в большей степени является социальной проблемой поведения, чем медицинской. Именно эта составляющая – поведение человека и возможности его изменения – в основном и определяет характер развития эпидемии. Поэтому наиболее

эффективным средством, способствующим ограничению ее распространения, является воздействие на пути передачи и восприимчивые группы населения, то есть первичная профилактика, осуществляемая методами и средствами гигиенического обучения и воспитания здорового населения, в первую очередь, молодежи, направленное на повышение сексуальной культуры и выработку безопасного поведения. Комплекс этих мероприятий имеет широкий спектр – от разработки и внедрения обучающих программ для различных целевых групп до маркетинговых исследований и продвижения на рынке средств индивидуальной профилактики заражения.

Нужно отчетливо представлять, что поведение людей нельзя изменить только с помощью информации, и поэтому в основу подхода к решению проблемы первичной профилактики ВИЧ/СПИД и других ИППП должно быть положено понятие здоровья, а не борьба с отдельными болезнями. Нельзя не учитывать тот факт, что эффективность профилактических мероприятий в значительной степени зависит от правильного (гигиенического) поведения молодежи, в среде которой наиболее часто встречаются больные ИППП, в том числе и ВИЧ-инфицированные. От поведения ВИЧ-инфицированного или больного СПИД зависит судьба инфекционного агента (ретровируса), от уровня санитарной культуры молодежи – распространение и появление новых случаев заболевания ВИЧ/СПИД и других ИППП.

В условиях отсутствия эффективных лекарственных препаратов и вакцины единственным способом борьбы с эпидемией смертельного заболевания является профилактическая работа с населением.

Для достижения поставленной цели были определены и выполнены основные задачи:

- создание законодательной и правовой базы для обеспечения предупреждения передачи ВИЧ-инфекции, исключения дискриминации ВИЧ-инфицированных и лиц групп «риска», организации эпидемиологического надзора
- медицинское информирование и санитарное просвещение населения, направленное на изменение сексуального поведения и отказ от наркотиков
- психологическая помощь и медицинское консультирование
- подготовка кадров по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции
- создание доступной для населения системы лабораторного тестирования на ВИЧ-инфекцию.

Информирование проводили среди непрофессиональной группы населения: административные работники, лица высокого риска заражения, работники радио, ТВ, печати, педагоги, учащаяся молодежь, лица, выезжающие за рубеж, заключенные, доноры и прочие.

Также в профессиональной группе, в которой осуществляется методика обучения и подготовка кадров: это медицинские работники, работники правоохранительных органов, персонал системы ИТУ.

Для решения поставленных задач используют различные формы проведения профилактической работы. Их делят на три группы:

1. Аудиовоздействие (радиобеседы, лекции, совещания, семинары, групповая беседа, дискуссия, индивидуальная беседа, телефон доверия).

2. Визуальное воздействие (ТВ, кино, слайды, видеоролики, видеофильмы, компьютерные игры).

3. Наглядные материалы (печатные издания, плакаты, выставки, СМИ, санбюллетень, рекламное окно, реклама – пакеты, автобусы).

Специалистами, работающими в области гигиены и профилактики, была отмечена важность такого элемента профилактической работы как проведение исследований в области исходной информированности населения и поведенческих рисков отдельных целевых групп, способствующих заражению ВИЧ. Изучение данных аспектов позволило в период высоких показателей заболеваемости вводить наиболее эффективные методики работы с различными целевыми группами.

Выход на группы высокого риска инфицирования очень сложный, эти группы, как правило, закрыты для общения.

Социальные и биологические особенности эпидемии создают многоаспектность проблемы ВИЧ-инфекции, затрагивают практически все стороны жизни человеческого общества. Проблема ВИЧ-инфекции вышла за рамки только интересов здравоохранения. Для реализации решений проблемы СПИДа должны принимать активное участие, кроме здравоохранения, государственные структуры, работники промышленности, с\хоз-ва, туризма, просвещения, средств массовой информации, юстиции, силовых ведомств, благотворительные, религиозные и некоммерческие организации.

В период роста числа ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков в рамках программы Глобального Фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД» с ноября 2006 года в Кемеровской области реализуются проекты, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции в различных группах населения. Исполнителями данных проектов являются Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Благотворительный региональный общественный фонд «Кузбасс против наркотиков и СПИДа», Кемеровское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест».

Основная цель программ – снижение распространения ВИЧ/СПИДа, гемоконтактных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем, в группах высокого риска инфицирования.

Поставленные задачи для достижения цели:

1. Изменение рискованных практик поведения представителей групп риска на безопасные в отношении возможного заражения ВИЧ, гепатитами, ИППП.

2. Предоставление индивидуальных средств защиты и личной гигиены.

3. Приближение и развитие медицинских услуг к целевой группе, предоставление возможности получить необходимую социальную и психологическую помощь.

4. Оказание лечебной и паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным ПИН, КСР, МСМ, формирование приверженности к лечению ВИЧ-позитивных, ВААРТ.

С 2011г. в Кемеровской области отмечена тенденция к уменьшению роли парентерального пути заражения, связанного с внутривенным употреблением наркотиков. В это же время стала возрастать значимость гетеросексуального пути инфицирования ВИЧ. Тенденции в смещении возрастных границ в более старшую категорию от 30 до 45 лет. Увеличение доли женщин среди выявленных в Кемеровской области ВИЧ-инфицированных лиц, а также увеличение числа рождений детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции. При сложившейся эпидемиологической ситуации строится система профилактики.

Специалистами Областного центра СПИД в 2012 году была разработана пилотная программа по профилактике ВИЧ для работающего населения. Для внедрения ее на промышленных предприятиях подготовлено межведомственное соглашение о сотрудничестве между Департаментом труда и занятости населения, областной профсоюзной организацией Кузбасса и Департаментом охраны здоровья населения, разработан план проведения мероприятий (на стадии утверждения).

Информирование безработных осуществляется на базах центров занятости населения: оформление стендов, индивидуальное и групповое консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа, выдача информационных материалов, работа методического кабинета. При проведении работы по профессиональной ориентации учащихся акцентирование внимания молодежи на то, что здоровый человек имеет больше шансов как на получение профессии, так и на трудоустройство.

Готовится областная программа для обучения различных специалистов (педагогов, психологов, социальных работников, специалистов службы занятости и др.) на базе Областного валеологического центра – «Школа профилактики ВИЧ/СПИДа».

Готовится документ о внедрении в учебный процесс превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательных учреждениях Кемеровской области в соответствии с концепцией, принятой Правительством РФ в 2005 году.

Заключен договор с Центром маркетинга территорий по реализации широкого информирования населения области по профилактике ВИЧ/СПИДа и пропаганде здорового образа жизни (финансирование из средств областной программы «Здоровье кузбассовцев»):

✓ на разработке сайт с оптимизированным интерфейсом, интерактивный сервис, онлайн-приемная с видеоконсультированием, интеграция в социальные сети;

- ✓ организация и проведение массовых мероприятий, акций с освещением в СМИ, выпуском и тиражированием информационных материалов;
- ✓ выпуск и монтаж наружной рекламы в городах области;
- ✓ выпуск и тираж информационных материалов на 7 категорий населения.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТКОНТАКТНОГО (ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО) ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ

В.В Шишкина, Т.А. Майнагашева

ГБУЗ Республики Хакасия «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Введение. Стремительный рост количества ВИЧ-инфицированных в мире, в т.ч. в России, влечет риск профессионального заражения ВИЧ у медицинского персонала. По данным ВОЗ риск инфицирования ВИЧ при различных травмах, укулах составляет до 0,3%. На сегодняшний день общее число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляет 36 млн. чел. Согласно данным ФНМЦПБС на 01.01.12г. в Российской Федерации количество инфицированных достигло более 650 тыс. человек.

Кумулятивное число зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией в Республике Хакасия на 01.05.2012г. составляет 490 человек, диспансерным наблюдением в ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» и в КИЗ по месту жительства охвачено 396 человек. За 4 месяца 2012 года уже зарегистрировано 34 случая, что в 1,5 раза больше по сравнению с аналогичным периодом 2011г. (23 случая), наблюдается рост заболеваемости на 47,8 %.

Сложившаяся эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Хакасия является чрезвычайной ситуацией для здравоохранения в целом и практикующих медицинских работников в частности. Инфицированные граждане получают производственные и бытовые травмы, попадают в дорожно-транспортные происшествия, страдают заболеваниями, требующими urgentного хирургического вмешательства (аппендицит, холецистит и т.д.), и вынуждены обращаться в ЛПУ соответствующего медицинского профиля. Подобные пациенты представляют реальную эпидемическую опасность как для персонала ЛПУ, так и для других пациентов. Некоторые пациенты не знают о своей сопутствующей инфекционной патологии, часть скрывает факт инфицирования или не в состоянии сообщить о своем инфекционном статусе в силу тяжести соматического состояния (например, кома или болевой шок).

В 2009-2011гг. в Республике Хакасия больным ВИЧ-инфекцией была оказана медицинская помощь, в т.ч. стационарная, в: инфекционном отделении – 42,8%, в родильном и гинекологическом отделениях – 23,0%, фтизиатрических – 20,1%, хирургических – 6,8%, в детском отделении – 1,8% от общего числа больных, состоящих на учёте. Обратились за консультацией к узким специалистам (ЛОР, хирург, гинеколог, окулист, уролог и др.) 2 262 ВИЧ+ пациента.

Согласно Программе государственных гарантий больные ВИЧ-инфекцией могут обратиться в любое лечебно-профилактическое учреждение республики. Основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией является соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями (СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», зарегистрированного в Минюсте России 09.08.2010г. №18094). Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других) (СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»).

Цель. Изучение состояния постконтактной (профессиональной) профилактики ВИЧ-инфекции среди медицинских работников Республики Хакасия и улучшение противоэпидемических мер по снижению риска инфицирования ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Профилактика постконтактного (профессионального) риска инфицирования ВИЧ медицинских работников является одним из приоритетных направлений деятельности ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД».

Контроль, а именно, регистрация, учёт и анализ проведенных мероприятий по постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции среди медицинских работников осуществлялся с использованием электронной программы эпидемиологического надзора за травмами медицинских работников «Русонет». Данная программа предоставлена в 2008г. Открытым Институтом Здоровья по запросу ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД». Она предназначена для улучшения эпидемиологического надзора за травмами медработников в целях выявления наиболее опасных участков и ситуаций в ЛПУ и защиты персонала от профессионального инфицирования. В работе использовались Методические рекомендации «Профилактика профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников», разработанные специалистами ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» и утверждённые Министерством здравоохранения Республики Хакасия в 2005г., в которых определен алгоритм действия медицинского персонала при возникновении аварийных ситуаций в ЛПУ.

В феврале 2009 года проведена республиканская конференция «Профилактика постконтактного заражения ВИЧ и вирусными гепатитами медицинского персонала» с внедрением электронной программы «Русонет». На конференции освещена информация по эпидемической ситуации ВБИ в Республике Хакасия, риске постконтактного заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С среди медицинских работников, роли программы «Русонет» в создании единой системы регистрации аварийных ситуаций в Республике, преимуществах перед существовавшей системой регистрации.

С целью проведения экстренной химиопрофилактики постконтактного (профессионального) заражения медицинских работников разработан централизованный порядок выдачи антиретровирусных препаратов на базе

ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» (Информационное письмо Министерства здравоохранения Республики Хакасия №1262-64 от 07.04.2009г., дополнение от 13.07.2009г. №258). В марте 2011г. главная медицинская сестра ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» выступила на конференции главных и старших медицинских сестер ЛПУ республики с докладом о порядке выдачи антиретровирусных препаратов в ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД», в т.ч. в рабочие, ночные и праздничные дни.

Результаты и обсуждение. С 2009г. по 2011г. в Республике Хакасия зарегистрированы 93 аварийные ситуации при оказании медицинской помощи пациентам (в 2009г. – 33 сл., 2010 г. – 28, 2011г. – 32), из них 6 случаев при оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией. Рост регистрации аварийных ситуаций более чем в 7 раз по сравнению с показателями 2006-2008гг. (2-4 сл.) свидетельствует о фактах неполной регистрации аварийных ситуаций в ЛПУ и высоком риске инфицирования медицинских работников.

При эпидрасследовании 6 случаев аварийных ситуаций с оказанием медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией установлено: в 2 случаях риск инфицирования медработников был умеренный (33,3%), в 4 – высокий (66,7%). По эпидемическим показаниям химиопрофилактика антиретровирусными препаратами назначена 4 медработникам (2 с умеренным риском, 2 с высоким). Из 4 случаев с высоким риском инфицирования химиопрофилактика проведена в 2 случаях (50%). Двум медработникам не назначена, т.к. в одном случае об аварийной ситуации сообщили спустя 15 суток, а, согласно Методическим рекомендациям МЗиСР РФ от 06.08.2006г. №5961-РХ «Предупреждение заражения, в том числе медицинских работников, вирусом иммунодефицита человека на рабочем месте» и СП 3.1.5.1 2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов. Во втором случае сообщение об аварийной ситуации в ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» передано только по телефону, протокол расследования комиссией ЛПУ не предоставлен, комиссией ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» риск оценен как высокий, но медработник за консультацией не обратился.

Профессиональный состав медицинских работников, пострадавших при аварийных ситуациях 2009-2011гг., представлен: врачи – 47,3%, средний медперсонал – 41,9 %, младший медперсонал – 2,2%, лаборанты – 3,2%, прочие – 5,4%.

В основном передают сообщения об аварийных ситуациях и проводят эпидемиологическое расследование аварий с принятием необходимых противоэпидемических и профилактических мер лечебные учреждения, находящиеся на территории г. Абакан:

- ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремишевской» – 39 случаев;
- ГБУЗ РХ «Клинический онкологический диспансер» – 11 случаев;
- ГБУЗ РХ «Офтальмологическая клиническая больница им. Н.М. Одежкина» – 6 случаев;
- МУЗ «Абаканская городская больница» – 7;

- МБУЗ «Абаканская станция скорой помощи» – 3.

По одному случаю аварийной ситуации зафиксировано в МУЗ «Абаканская городская поликлиника», КГУЗ РХ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД», КБУЗ РХ «Клинический психоневрологический диспансер», ФКУ УФСИН по РХ и поликлиника МВД.

Из 13 муниципальных территорий Республики Хакасия сообщили об аварийных ситуациях МЛПУ «Саяногорская городская больница №2», МУЗ «Абазинская городская больница», «Черногорская станция скорой помощи» и МБУЗ «Аскизская центральная районная больница».

Чаще всего в структуре травм у медицинских работников встречается прокол (укол) полый иглой шприца, порезы скальпелем, трансфузионной системой или системой забора крови при оказании помощи пациентам. Имеются случаи при неправильном сборе и утилизации острых медицинских отходов.

За пострадавшими медицинскими работниками устанавливалось диспансерное наблюдение в КИЗ по месту жительства и в ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» в течение 12 месяцев с кратностью обследования на антитела к ВИЧ через каждые 3 месяца (в настоящее время согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» наблюдение осуществляется в течение 6 месяцев). При получении отрицательных результатов лабораторных исследований и при отсутствии клинических показаний контактные решением комиссии снимаются с учета. За период с 2009г. по 2011г. кратность обследования медицинскими работниками не соблюдалась в 24,7% (нежелание медицинских работников проходить обследование на ВИЧ-инфекцию).

С 2009г. по 2011г. с целью профилактики постконтактного заражения ВИЧ-инфекцией по результатам эпидемиологических расследований и определения степени риска заражения назначена химиопрофилактика антиретровирусными препаратами 15 контактными лицам (16,1%). Порядок действий медицинских работников после совершившейся аварийной ситуации (обработка места укола (прокола), пореза и т.д.) соответствует требованиям СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», в 7 случаях позднее обращение от момента аварийной ситуации (более 72 часов), из них в 2 случаях (28,5%) была показана химиопрофилактика.

Обращает на себя внимание увеличение случаев обращений за консультацией в ГБУЗ РХ «Центр антиСПИД» жителей республики, не имеющие профессиональных контактов, после получения травм (неизвестной иглой с примесью крови). Данные пациенты ставятся на диспансерный учет, обследуются на наличие антител к ВИЧ и при наличии показаний комиссионно назначается химиопрофилактика антиретровирусными препаратами. За 2009-2011гг. обратилось 9 человек, из них 4 (44,4%) назначена экстренная химиопрофилактика.

На сегодняшний момент не зарегистрировано ни одного случая постконтактного заражения ВИЧ-инфекцией.

Выводы. Внедрение электронной программы «Русонет» позволило улучшить контроль и регистрацию аварийных ситуаций и проведенных

мероприятий по постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции среди медицинских работников.

Позднее обращение медицинских работников после аварийной ситуации, нуждающихся в проведении химиопрофилактики, может привести к профессиональному заражению ВИЧ-инфекцией.

С целью совершенствования мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции необходимо проводить работу по снижению риска инфицирования медицинских работников ЛПУ. Она должна быть направлена на:

- продолжение внедрения электронной программы «Русонет» в ЛПУ республики;
- регистрацию и анализ всех аварийных ситуаций в ЛПУ республики;
- повышение грамотности медицинских работников по профилактике постконтактного инфицирования;
- обучение медицинских работников безопасному обращению с травмоопасными и инфекционными субстанциями, включая их обеззараживание и адекватную утилизацию;
- применение средств индивидуальной защиты и соответствующее финансирование на приобретение достаточного количества современных безопасных инструментов и оборудования для утилизации;
- обеспечение своевременной постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции.

КАБИНЕТ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДО И ПОСЛЕ ТЕСТА НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Ю.В. Бурдина, Г.В. Бизюкова

КГБУЗ «Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

На 01.01.12г. в России по оценочным данным зарегистрирован 656 231 случай ВИЧ-инфекции (0,4% населения), в Красноярском крае – 14 387 случаев (0,5% населения). Среди выявленных за все годы наблюдения в Красноярском крае ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины – 9 132 (63,4%).

Основным фактором риска заражения в Красноярском крае (64,7% от числа лиц с установленным фактором риска заражения) продолжает оставаться парентеральный путь передачи при внутривенном употреблении наркотических средств. Половой путь передачи составил 34,3%.

Всего по краю родилось 1 933 ребенка от ВИЧ-позитивных матерей, в том числе за 2011 год – 255 детей. В 102 случаях (0,8%) состоялась перинатальная передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Зафиксировано 2 случая заражения детей от матерей при грудном вскармливании.

Одной из тенденций вовлечения в эпидемиологический процесс является значительное увеличение числа лиц в возрастной группе 30-39 лет с 7,5% от общего количества в 2001 году до 43,1% в 2011 году.

Возможности современной медицины позволяют ВИЧ-инфицированным женщинам иметь здоровых детей, существуют схемы перинатальной

профилактики, которые позволяют снизить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку до 1 %.

С целью раннего выявления ВИЧ-инфекции и своевременного проведения профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Красноярском крае с 2009 года (Информационное письмо МЗ Красноярского края от 16.04.2009г. «О проведении вертикальной профилактики ВИЧ-инфекции») проводится тестирование на ВИЧ мужей (половых партнеров) всех беременных женщин. В 2011 году было обследовано 4870 мужчин, жены которых вынашивали беременность, и впервые выявлено 18 ВИЧ-положительных мужчин, что составило 0,36%; это в 1,8 раза больше, чем в целом по краю (0,2%).

В рамках работы кабинета консультирования проводится до- и послетестовое консультирование граждан, обращающихся для анонимного, добровольного обследования, в том числе и мужей беременных женщин. Разработана листовка с информацией о важности обследования, которая выдается всем обследуемым мужчинам, жены которых беременны. Средний возраст обращающихся на тестирование мужчин – 30 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что до 80% из них обследуются на ВИЧ впервые. Зачастую, они мало информированы о ВИЧ, не оценивают возможных рисков заражения, не задумывались раньше о проблеме ВИЧ/СПИДа и мерах профилактики.

Организация обследования мужей беременных женщин, практика проведения до- и послетестового консультирования, предоставление информации является важным вкладом в профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ БЕРЕМЕННЫХ – ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

К.В. Сибиль, В.Я. Аксенова, Е.П. Черных, Ж.Н. Берг

ГБУЗ КО «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

За весь период регистрации ВИЧ-инфекции в РФ в Кемеровской области выявлено 26 808 случаев ВИЧ-инфекции (показатель на 100 тыс. населения 970,8).

Ежегодно увеличивается доля женского населения среди ВИЧ-инфицированных (40,7% – 2011г.). До 90% выявленных из них – это женщины в активном репродуктивном возрасте 18-40 лет. Вместе с этим отмечается рост выявляемости ВИЧ-инфекции среди беременных (в 2006г. 145 на 100 тыс. обследованных беременных, в 2011г. – 174). И как следствие увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. За весь период родилось 3 078 детей, из них в 2011 году – 538 детей.

Известно, что риск инфицирования новорожденного ВИЧ составляет в период беременности 10-15%, в период родов 60-75% и в период новорожденности 15-20%. Проведение полноценной 3х-этапной (в период беременности, родов и новорожденности) медикаментозной профилактики

(ХП) вертикальной передачи ВИЧ снижает риск инфицирования до 1-2%.

В соответствии с Федеральным законом № 38 от 30.03.95г., беременные женщины не относятся к категории лиц, подлежащих обязательному тестированию на ВИЧ, но в связи с распространением ВИЧ-инфекции тестирование на ВИЧ беременных осуществляется для сохранения здоровья будущего ребенка. В обязательном порядке тестирование на ВИЧ беременных должно проводиться с предварительным дотестовым консультированием и при осознанном решении женщины пройти тестирование (п.6 ст.7). Любое обследование на антитела к ВИЧ является незаконным, если оно проведено без предварительного согласия пациента (ст. 32 ФЗ РФ №38 «Об охране здоровья граждан»).

Дотестовое консультирование каждой беременной позволяет выявить факторы риска инфицирования ВИЧ, провести тестирование на антитела к ВИЧ, выявить ВИЧ-инфекцию и своевременно провести медикаментозную профилактику.

Но, как показывает опыт, тестирование на ВИЧ только матери будущего ребенка является недостаточной мерой для полноценной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Особое значение имеет тестирование на ВИЧ-инфекцию половых партнеров беременных, так как даже при отсутствии факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией у женщины, она остается уязвимой весь период беременности при наличии у ее партнера факторов риска заражения. При проведении дотестового консультирования полового партнера беременной необходимым условием является создание доверительных отношений с пациентом для получения искренних ответов. Не исключено, что дотестовое консультирование медицинскими работниками проводится формально и не позволяет выявить факторы риска заражения ВИЧ. Пациент получает отрицательный результат теста, но сохраняет в поведении факторы риска заражения и дотестовая консультация не имеет профилактического значения, а также сохраняется ситуация уязвимости беременной женщины.

При отрицательном результате теста на ВИЧ у полового партнера, но при наличии факторов рисков заражения следует мотивировать пациента на изменение поведения, исключающего риск инфицирования ВИЧ-инфекцией его самого, и с целью профилактики заражения ВИЧ женщины в периоды беременности и новорожденности ребенка настоятельно рекомендовать паре практику защищенных сексуальных контактов.

Сведения о состоянии здоровья являются врачебной тайной и медицинские работники не имеют право вызвать беременную и сообщить ей о наличии ВИЧ-инфекции у ее полового партнера, а при этом существует вероятность того, что она находится в «серонегативном окне» и следует провести химиопрофилактику в период родов и новорожденности.

При сообщении положительного результата теста на ВИЧ половой партнер беременной попадает в сложную стрессовую ситуацию: во-первых, сообщение о наличии ВИЧ-инфекции у него и, во-вторых, необходимость принятия срочных мер для сохранения здоровья беременной женщины, а также будущего ребенка.

При условии грамотного проведения дотестовой консультации пациент подготовлен к получению результата теста на ВИЧ, что существенно облегчает проведение мероприятий по профилактике инфицирования матери и новорожденного.

С 2008 года на территории Кемеровской области проводится тестирование на ВИЧ половых партнеров беременных при отрицательном тесте на ВИЧ. При этом ежегодно отмечается рост выявления ВИЧ-инфекции у половых партнеров беременных женщин.

В 2008г. обследовано 227, выявлено 8 мужчин; в 2009г. обследовано 418, выявлено 23 мужчины; 2010г. обследовано 634, выявлено 49 мужчин; 2011г. обследовано 868, выявлено 90 мужчин.

Результаты. За весь период обследовано на ВИЧ 2147 половых партнеров беременных, выявлено 170 инфицированных ВИЧ, что составляет 7,9% от общего числа привлеченных к обследованию половых партнеров беременных. Отмечается параллелизм количества привлеченных к тестированию на ВИЧ-инфекцию половых партнеров беременных, количества выявленных случаев ВИЧ и своевременного проведения медикаментозной профилактики.

Выводы. Для эффективной работы по проведению профилактических мероприятий, направленных на снижение риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, необходимо обязательно привлекать к обследованию половых партнеров беременных и использовать пациент-центрированный целостный подход, которым является консультирование.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПО ВИЧ/СПИД СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ: КЕМТИШ И КЕМГУКИ

А.И. Сидорова, Е.О. Синявская

*ГБУЗ «Кемеровский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а, если придется, то и значительные перегрузки. Россия переживает сейчас сложный период: раскол общества, затянувшиеся социально-экономические и политические преобразования, разрушение прежних устаревших стереотипов поведения, потеря идеалов и ценностей. Молодые люди оказываются психологически беспомощными, незащищенными и уязвимыми в трудных жизненных ситуациях. Происходит увеличение форм дезадаптивного и саморазрушающего поведения. Молодежь является группой риска среди заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), поэтому крайне необходимо снабдить молодых людей знаниями и навыками для изменений ими своих стереотипов поведения с целью снижения риска передачи ВИЧ и ИППП.

В Кемеровской области наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости так же, как и в РФ. Доминирующим путем передачи ВИЧ-

инфекции остается парентеральный при инъекционном употреблении психоактивных веществ, однако, по сравнению с 2010 годом наблюдается тенденция к снижению этого пути передачи, одновременно растет удельный вес полового пути передачи. На 01.01.2012г. в Кемеровской области зарегистрировано 24 521 человек с ВИЧ-инфекцией, показатель распространенности на 100 тысяч населения 887,9 против 733,8 в 2010г и 456,30 в 2009г. В Кемеровской области с 2010 года регистрируется самая высокая заболеваемость по России. В 2011 году зарегистрировано 3 822 новых случая ВИЧ-инфекции, 2010г. – 4 077, в 2009г. – 3 738. Показатель заболеваемости ВИЧ на 100 тыс. населения составляет 138,4 против 144,5 в 2010г., а в 2009г. – 132,4. Возрастная структура ВИЧ-инфицированных: 20-30 лет – 41,9%, (в 2010г. – 45,8%); 30-40 лет – 40,2%, (в 2010г. – 39,2%), 40-49 л. – 8,9%, (в 2010г. – 6,7%), старше 50 лет – 3,5% (в 2010г. – 2,5%). Удельный вес подростков 15-17 лет в 2011г. незначительно снизился до 0,9% (в 2010г. – 1,1%). На возраст 15-49 лет приходится 95,2% против 93% в 2010г от всех выявленных ВИЧ-инфицированных. В распределении ВИЧ-инфицированных по социальным группам в 2011 году выявлено 12 студентов ВУЗов (0,3%), в 2010г. – 20 человек (0,5%), в 2009г. – 10 человек (0,3%). С 2011 года прослеживается тенденция к снижению распространенности ВИЧ-инфекции среди студентов благодаря систематическому предоставлению информации специалистами центра по вопросам ВИЧ/СПИД.

Начиная с 1 декабря 2011 года по 20 мая 2012 года, в форме формализованного интервью проводился опрос студентов 1-3 курсов Кемеровского технологического института пищевой промышленности (КемТИПП) и Кемеровского государственного университета культуры и искусств (КемГУКИ). Было охвачено 300 человек (девушек – 198, молодых людей – 102). Целью работы являлось: изучить базовый объем знаний молодежи по проблеме ВИЧ/СПИД. Был выявлен ряд причин, способствующих распространению ВИЧ-инфекции:

- раннее начало половой жизни;
- наличие значительного количества половых партнеров;
- низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции и вреде наркотиков;
- получение информации о проблемах в основном от друзей;
- негативное отношение к презервативам;
- недооценка рискованного поведения;
- отсутствие «моды» на здоровый образ жизни.

Почти все студенты знают, что мать, имеющая ВИЧ, может передать его своему ребенку (73%). Больше половины студентов поставили в сомнение вопросы о защите себя от ВИЧ, используя противозачаточные таблетки (53%) и избегая грязных мест общественного пользования (49%). У студентов нет точного представления о путях передачи ВИЧ-инфекции:

– 40% респондентов не знают - можно ли заразиться ВИЧ в плавательном бассейне

– 41% респондентов не знают - можно ли заразиться ВИЧ через сидение унитаза

– 50% респондентов не знают - можно ли заразиться ВИЧ в кабинете врача.

Многие считают себя неуязвимыми и верят, что никогда не заразятся ВИЧ. 58% респондентов считают, что СПИД можно вылечить, если начать лечение рано. 53% респондентов считают, что люди без симптомов заболевания ВИЧ не могут быть источником ВИЧ-инфекции. Почти все студенты знают, что средство защиты (презерватив) полностью предохраняет, при правильном хранении и использовании от ВИЧ-инфекции (70%); что через укус насекомого ВИЧ не передается (60%); ВИЧ не передается через неповрежденную кожу (65%). Больше половины студентов знают, что использовать общие иглы с друзьями при прокалывании ушей, татуировании или употреблении наркотиков опасно (62%).

Проведенная центром работа позволила сделать ряд выводов:

- в связи со сложностью проблемы ВИЧ/СПИДа результативности работы с молодежью можно ожидать при условии системного подхода к предоставлению информации обучающимся;
- следует больше уделять внимания всем средствам распространения информации, касающейся СПИДа;
- проводить больше просветительной работы не только среди молодежи, но и больше работать со школьниками.

Одним из первых направлений в нашей работе была подготовка кадров педагогов и медицинских работников, которые помогали проводить линию первичной профилактики наркомании, СПИДа и ИППП. В своей деятельности мы работаем со следующими группами молодежи: учащиеся школ, техникумов, ПТУ, студенты вузов, воспитатели и психологи педагогических учреждений, учащиеся медицинских колледжей, закрытые детские учреждения, осужденные детской колонии, студенты высшей школы милиции, сотрудники УВД, журналисты, интерактивная молодежь. Работа проводится совместно с Управлениями по делам молодежи, образования, госнарконтроля, социальной защиты, УВД и др.

Основные формы работы с молодежью:

- занятия-тренинги в школах, ПТУ, техникумах, вузах;
- ежегодное анкетирование молодежи различных групп;
- акции к памятным датам ВИЧ/СПИД в молодежных коллективах;
- круглые столы в различных аудиториях;
- театрализованные представления «ВИЧ-инфекция. Профилактика ВИЧ-инфекции»;
- подготовка молодежи по программе «Равный обучает равного»;
- работа в детских и юношеских СМИ.

В результате проводимой работы удастся повысить уровень информированности учащейся молодежи по вопросам профилактики

ВИЧ/СПИДа и ИППП, что, в конечном итоге, способствует снижению уровня распространенности в этой группе инфекционных болезней.

К ВОПРОСУ МИГРАЦИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

М.Ю. Пашковская, Ю.Н. Ракина, Ю.К. Плотникова
*ГУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

Сегодня миграция является одним из важнейших факторов, который определяет экономическую и демографическую ситуацию как в регионе, так и в стране в целом. При обсуждении вопроса миграции необходимо не только различать модели перемещения лиц как – миграция на постоянное место жительства, разъездная работа и рабочая миграция, но терминологию. Как регион исхода, регион из которого происходит человек и прибывающий на новое место работы и регион прибытия – регион, в котором он находится (Плавинский С.Л., 2011).

Определив понятийный аппарат проблемы миграции, можно говорить о том, что в регионе прибытия контроль за рабочими мигрантами ужесточается как со стороны УФМС, так и учреждений здравоохранения (Центр СПИД, Роспотребнадзор и т.д.). В первую очередь это связано с тем, что при миграции повышается риск распространения ВИЧ-инфекции. Действительно, существует разность в распространении инфекции в регионе исхода и регионе прибытия (Плавинский С.Л., 2011; Ramos J. et al., 2003). В этом случае при наличии контактов с местным населением мигранты могут чаще заражаться, чем в регионе исхода, либо, наоборот, распространять инфекцию. Но наиболее значимым является изменение поведения рабочих мигрантов в регионе прибытия по сравнению с регионом исхода, что связывают с изменением степени социального контроля (Плавинский С.Л., 2011).

Находясь в регионе исхода, человек (будущий рабочий мигрант) связан определенными социальными связями и обязательствами. Поэтому, принимая решение о вступлении в случайные сексуальные контакты, находясь у себя дома, он учитывает не только его эффект, но и отсроченные последствия. При этом, следует учитывать социально-культурные аспекты воспитания, традиции (например, прибывающих рабочих мигрантов в СФО из Узбекистана, Таджикистана). При рабочей миграции, длящейся месяцы, а порой и года, подобные социальные ограничения ослабевают, и вероятность рискованного поведения увеличивается.

Подтверждением данной гипотезы являются результаты ранее проведенного социологического опроса ГУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» рабочих мигрантов прибывших из стран СНГ в Иркутскую область, на предмет оценки их уровня информированности и практики рискованного поведения (2009).

Было установлено, что из 100 опрашиваемых респондентов (рабочих-мигрантов) 40% составили лица, не состоявшие в браке, 23% респондентов состояли в официальном браке, 28 % проживали в гражданском браке, 5% были

разведены и 4% были вдовцами. Средний статистический возраст респондентов составил 32 года.

Отметим, что при столь невысоком проценте опрошенных респондентов состоящих в официальном браке (23%), на вопрос «как можно снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией» 90% рабочих мигрантов отметили, что можно снизить риск заражения, если иметь половые контакты только с одной верной женой или одним верным мужем. Более того, 78% опрошенных респондентов отметили, что риск заражения снижается при использовании презервативов.

Ослабление социального контроля в случае рабочей миграции оказывает влияние на поведение риска. Подтверждением этому являются следующие результаты проведенного опроса рабочих мигрантов. Так, находясь в регионе прибытия (г. Иркутск и Иркутской области сроком от года до трех лет), более 2/3 рабочих мигрантов имели сексуальные контакты с местным населением, но при этом почти 55,7% респондентов не используют средств индивидуальной защиты (презервативы).

Риск заражения у рабочих мигрантов, прибывающих в Иркутскую область, связан:

- во-первых, с их низкой информированностью об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Иркутской области;
- во-вторых, молодым сексуально-активным возрастом;
- в-третьих, отсутствием практики использования средств защиты (национальные особенности).

Т.е. учитывая напряженную эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Иркутской области и Сибирском федеральном округе рабочих мигрантов необходимо относить к группе риска.

Более того, в рамках реализуемого решения участников Круглого стола «Миграция и ВИЧ-инфекция», прошедшего в г. Омск (02.11.2011г.), необходима совместная работа с заинтересованными государственными и негосударственными организациями в регионах исхода и прибытия рабочих-мигрантов, занимающимися не только скринингом мигрантов на ВИЧ-инфекцию, но и разработкой и реализацией совместных программ профилактики социально-адаптированных к различиям национальной культуры полового воспитания, образа жизни рабочих-мигрантов.

К СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ И ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Л.М. Костюнина, Л.В. Дмитриева, Ю.К. Плотникова
*ГУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»*

Вполне очевидно, что практически во всех странах мира наблюдается тенденция возложить ответственность за распространение ВИЧ-инфекции на «иностранцев» рабочих – рабочих-мигрантов. При этом не учитывается, что мотивация сохранения здоровья является важнейшей мотивацией мигранта

работать за рубежом, возможностью сохранять здоровье и социальный статус оставленных членов семьи.

Более того, как следует из научной литературы, рабочие-мигранты считаются обычно здоровее среднего жителя в регионе, в который они прибывают. Т.н. называемая «лососинная» гипотеза (Abraido-Lanza A.F. et al., 1999). Как и в случае с лососем, отправляющимся на метание икры против потока воды, размножаются только сильные и здоровые рыбы, преодолевшие все препятствия на пути к нересту, только сильные и здоровые люди могут вынести тяготы миграции (Плавинский С.А., 2011).

Так, в рамках периодически проводимого медико-социологического опроса в ГУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» по оценке уровня информированности и рискованного поведения среди рабочих мигрантов (n=100) как группы с высокорискованным поведением было установлено следующее.

При среднем статистическом возрасте опрашиваемых респондентов 32 года на вопрос «Как бы Вы описали свое состояние здоровья» 32% рабочих мигрантов оценили его как отличное, 52% – хорошее и лишь 17% как среднее, а один человек как плохое. Тогда как средний житель г. Иркутск аналогичного возраста считает – 17%, 45%, 29%, 9%, соответственно. 93% опрошенных респондентов проходили флюорографию, причем почти 50% повторяют ее ежегодно. Среди факторов риска 4% опрошенных респондентов отмечают потребление наркотиков, тогда как среди респондентов (жителей Иркутской области) он составляет 6,5%.

Анализ обследования, проведенного у 18 950 рабочих-мигрантов в Иркутском областном центре по профилактике и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее – Центр) на 01.01.2011г., выявил при скрининг тесте на антитела с ВИЧ-инфекцией ИФА – 70 случаев, из которых иммуоблоттингом было подтверждено 34 случая ВИЧ-инфицирования. По лаборатории ИФА Центра были получены аналогичные результаты: из 12650 образцов проб положительны при ИФА 47 случаев, подтверждено иммуоблоттингом – 34.

Учитывая сложившуюся напряженную эпидемиологическую ситуацию и вновь выявляемые случаи ВИЧ-инфекции в Иркутской области, отметим, что если полученные данные соотнести со среднестатистическими показателями, характеризующими обстановку по эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, то выявленные случаи ВИЧ-инфекции среди рабочих-мигрантов имеют среднее влияние на общую эпидемиологическую обстановку в регионе.

Представленные данные подтверждают научную гипотезу о том, что основным механизмом распространения ВИЧ-инфекции среди рабочих-мигрантов является изменение их сексуального поведения, а не «механического» соединения регионов с высокой и низкой распространенностью инфекции (Плавинский С.А., 2011; Martinez-Donate A. et al., 2005; Coffe M. et al., 2007).

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ КАК ОДНА ИЗ РЕАЛЬНЫХ МЕР В СНИЖЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ

Л.В. Хаустова

*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

С появлением антиретровирусной терапии стала очевидной актуальность активного тестирования на ВИЧ населения для своевременного начала терапии и предотвращения новых случаев инфицирования.

Тестирование реально может свести к минимуму распространение вируса сразу на нескольких уровнях. Во-первых, широкое тестирование населения снизит риски передачи ВИЧ, так как больше людей будет знать о своем ВИЧ-статусе. После получения диагноза «ВИЧ-инфекция» человек ведет себя менее рискованно, за счет чего снижается опасность передачи ВИЧ. Во-вторых, установление ВИЧ-статуса предполагает постановку на диспансерный учет для наблюдения, лечения и поддержки. Это позволит сузить временной разрыв между получением пациентом диагноза и обращением за медицинскими услугами, включая АРТ. Кроме того, отмечающийся рост числа случаев выявленных больных ВИЧ-инфекцией в III и IV стадиях (давнее заражение) просто обязывает выявлять болезнь как можно раньше.

В Алтайском крае до 2011 года обследование населения на ВИЧ проводилось на основании Постановления Администрации Алтайского края от 25.09.2000г. №725 «Об утверждении Перечня контингентов, подлежащих обследованию на ВИЧ-инфекцию», принятого в соответствии с Постановлениями Правительства РФ от 04.09.1995г. №877 «Об утверждении перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров» и от 13.10.1995г. №1017 «Об утверждении правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека».

В связи с утратой силы в 2011 году указанного Постановления в крае подписан приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 21.01.2012г. №35 «Об оптимизации лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в Алтайском крае», на основании утвержденных МЗиСР РФ от 06.08.2007г. №5950-РХ «Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию», Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011г. №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Приказом определен порядок медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию, а также перечень кодов, контингентов, подлежащих обследованию на ВИЧ, и кратность обследования:

Код	Контингенты	Кратность обследования
102	Лица, употребляющие наркотики внутривенно, в том числе больные наркоманией или злоупотребляющие наркотиками с вредными последствиями	При подозрении или установлении диагноза и в дальнейшем 1 раз в год при наличии практики употребления наркотиков
103	Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	1 раз в год
104	Больные с заболеваниями, передающимися половым путем	При подозрении и установлении диагноза ЗППП и через 6 месяцев
108	Доноры (крови, биологических жидкостей, органов и тканей)	При каждой сдаче крови или любых других донорских материалов
109	Беременные	При первичном обращении в медицинское учреждение по поводу беременности, на 25-27 неделе беременности и на 34-36 неделе беременности
110	Половые партнеры беременных	При постановке на учет в женской консультации беременной
113	Больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ, или с подозрением или подтвержденным диагнозом СПИД-индикаторного заболевания	При наличии клинических симптомов ВИЧ-инфекции или СПИД-индикаторных заболеваний при обращении за медицинской помощью
115	1. Врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением,	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах

	обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт	
	2.Медицинские работники родильных домов и отделений 3.Медицинские работники в стационарах хирургического профиля	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год
118	Лица, проходящие военную службу и поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по призыву и контракту	При призыве, поступлении на службу по контракту, поступлении в военные ВУЗы
120	Обследования при проведении эпидемиологического расследования: - лиц, употреблявших наркотические вещества в/в совместно с ВИЧ-инфицированными; - лиц, имевших половые контакты с ВИЧ-инфицированными;	-1 раз в 3 месяца при продолжающемся контакте -через 3, 6, 12 месяцев после прекращения контакта
	- реципиентов препаратов крови, спермы, органов и тканей от ВИЧ-инфицированных;	Через 3, 6, 12 месяцев после переливания крови
	- медицинских работников в случае риска инфицирования ВИЧ при оказании помощи лицам с ВИЧ/СПИДом;	При регистрации аварийной ситуации, 3,6,12 месяцев после аварийной ситуации
	- пациентов при возникновении аварийной ситуации;	При регистрации аварийной ситуации

	- внутрибольничный контакт с ВИЧ-позитивным;	При выявлении контакта через 3,6,12 месяцев после контакта.
	-детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей	9,12,18 месяцев
200	Иностранцы граждане и лица без гражданства	При обращении за получением разрешения на гражданство, вида на жительство, разрешения на работу, при въезде на территорию РФ на срок более 3-х месяцев

Таким образом, используемые в Алтайском крае подходы к тестированию населения на ВИЧ позволяют охватываемым обследованием не только группы повышенного риска инфицирования, но и, что особо важно, предотвратить риск передачи инфекции другим категориям населения.

ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ КАК ОСНОВА ПРЕВЕНТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ

В.Е. Кухта, Н.В. Ребова, М.В. Маслакова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Выявление ВИЧ-инфекции среди молодежи и несовершеннолетних, обуславливает необходимость ведения повсеместной работы по профилактике этого социально-значимого заболевания, начиная с подросткового возраста.

В Омской области на 01.05.2012г. зарегистрировано 4 878 случаев ВИЧ-инфекции. Удельный вес возрастной группы от 15 до 19 лет составляет 3,8%, возрастной группы 20-29 лет – 50,1%. На территории Омской области продолжает преобладать наркотический путь заражения ВИЧ (68,8% от общего количества случаев). Однако, в последние три года стабильно увеличивается удельный вес полового пути передачи (с 22% в 2009г. до 38,9% в 2011г). Для молодежи в возрасте от 15 до 19 лет половой путь приобретает особую актуальность: в 72,2 % случаев заражение ВИЧ-инфекцией в 2011 году среди этой возрастной категории произошло половым путем. Зарегистрированы случаи ВИЧ-инфекции среди педагогов, учащихся школ, студентов учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования г. Омск.

Социологические исследования,¹ проведенные среди педагогов г. Омск и Омской области, показали: только 74,3% респондентов проводили профилактические мероприятия с учащимися по вопросам ВИЧ-инфекции; большинство в городских образовательных учреждениях, треть – в учреждениях Омской области. В профилактических мероприятиях упор делался на информационную составляющую: проводились беседы (46,9%), акции

¹ Социологическое исследование «Изучения уровня информированности педагогов образовательных учреждений по проблеме ВИЧ-инфекции и определения их отношения к превентивной деятельности среди учащихся», БУЗОО «ЦПСИЗ», 2011г.

(38,1%). Очень мала доля педагогов, использующих в профилактической работе интерактивные методы – тренинги (5,3%), ролевые игры, упражнения (4,6%). 74,6% специалистов отметили желание получать информацию о ВИЧ-инфекции дополнительно.

По данным исследования, 25,7% респондентов вообще не осуществляли профилактическую работу со школьниками. Причины разнообразны: нехватка информации по вопросам ВИЧ-инфекции (34,8%); отсутствие опыта проведения профилактических мероприятий (30,9%), недостаток времени для этого вида деятельности (27,6%). Многие считают, что профилактика не актуальна в старшей школе, так как ученики уже достаточно взрослые и сами хорошо ориентируются в проблеме.

Учитывая складывающуюся ситуацию, приоритетной на сегодняшний день становится комплексная профилактическая работа, в том числе организованная в общеобразовательных учреждениях. Педагог, работающий по профилактике ВИЧ-инфекции с подростками, должен выполнять как минимум три важных функции: быть источником объективной информации по проблеме, организатором и ведущим, использующим интерактивные методы обучения, воспитателем, к которому несовершеннолетние могут обратиться с актуальным вопросом для получения поддержки и помощи.

Безусловно, к такой деятельности педагог должен быть специально подготовлен, однако, большинство существующих программ подготовки педагогов (а зачастую и сами педагоги) в большей степени ориентированы на информационный подход и использование традиционной модели обучения.

Понимая значимую роль педагогов в первичной профилактике, в рамках межведомственного взаимодействия уже более 6 лет БУЗОО «ЦПБСИЗ» совместно с Министерством образования Омской области, Департаментом образования г. Омск реализует программу «Гигиеническое обучение и воспитание учащихся по проблеме ВИЧ инфекции». Цель программы – подготовка специалистов из числа педагогов к деятельности по превентивному обучению подростков проблеме ВИЧ-инфекции в образовательной среде.

Ежегодно проводятся семинары-тренинги во всех административных округах г. Омск, осуществляются выезды в муниципальные районы Омской области. Подготовка педагогов также осуществляется на базе БОУ ДПО «Институт развития образования Омской области». Так, в 2011 году, интерактивное обучение на семинарах прошли 635 специалистов. Содержание семинаров обновляется с учетом особенностей эпидситуации, предлагаются актуальные формы и методы работы, педагогам оказывается методическая помощь в виде предоставления видеоматериалов по проблеме ВИЧ-инфекции, мультимедийных презентаций, наборов методической литературы.

В рамках программы в 2011 году введен в обучающую практику «мастер-класс» «Современная форма проведения обучающего семинар-тренинга для педагогов» с целью отработки практических навыков по различным методикам донесения информации по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащихся. Особое внимание в этой форме обучения уделено профилактике полового пути передачи ВИЧ среди несовершеннолетних.

Мастер-классы проходят в форме 4-х часовых семинаров-тренингов для классных руководителей, учителей биологии, ОБЖ, социальных педагогов, психологов, заместителей директоров по воспитательной работе. Продолжительность семинаров обусловлена особенностями аудитории – педагогической грамотностью, знанием психологии подростковой аудитории, частичной ориентацией в проблеме (отсутствием необходимости детального рассмотрения темы ВИЧ-инфекции), а также возможностью совмещения теоретического и практического блоков.

Форма мастер-класса наиболее эффективно позволяет решать задачи программы. С одной стороны, повышать информационную компетентность педагогов по проблеме ВИЧ-инфекции, способствовать формированию толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ; а с другой – формировать мотивацию на профилактическую работу, личную мотивацию на безопасное в отношении ВИЧ-инфекции поведение. Важным моментом в работе мастер-класса является практическое освоение участниками психолого-педагогических технологий, обеспечивающих эффективную работу по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащихся.

Существующая в регионе система непрерывной подготовки педагогов играет важную роль в деятельности по первичной профилактике ВИЧ-инфекции среди несовершеннолетних в образовательных учреждениях. Полученные знания, отработанные навыки ведения интерактивного обучения позволяют педагогам выстраивать профилактическую деятельность как в рамках учебных программ, так и внеклассных мероприятий.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ВОПРОСАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ, ОТБЫВШИХ НАКАЗАНИЕ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.А. Егорова, В.В. Попова, Н.С. Чукмасова
КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Социально-обусловленные заболевания являются одной из актуальных медико-социальных проблем как для населения Алтайского края, так и для спецконтингента учреждений исполнения наказаний.

На 01.01.2012г. в пенитенциарных учреждениях Алтайского края находилось 15 400 осужденных, в том числе:

- около 3 000 человек имели опыт употребления наркотиков (19,5% от общего числа осужденных);
- 1 300 чел. с активной формой туберкулеза (8%);
- 1 688 чел. с диагнозом «ВИЧ-инфекция» (11% от общего числа осужденных), из них 92% заразились при инъекционном употреблении наркотиков, около 8% имеют сочетанную патологию ВИЧ+ТБ;

- ежегодно из МЛС освобождается около 1000 больных с социально-значимыми заболеваниями, 30% из числа которых не обращаются после освобождения в учреждения здравоохранения для диспансерного наблюдения и продолжения лечения.

Нередко у лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, возникает множество медико-социальных проблем, влияющих на их адаптацию в обществе после отбытия наказания, а именно: недостаточная мотивация на дальнейшую медико-социальную реабилитацию, потеря родственных связей, отсутствие места жительства, отсутствие временной регистрации, гражданства, вопросы трудоустройства и профориентации, рецидивы употребления наркотиков, прогрессирование ВИЧ-инфекции, туберкулеза.

В целях медико-социальной адаптации лиц, освобождающихся из МЛС, в Алтайском крае принято Постановление Администрации Алтайского края от 01.07.2009г. №283 «О комплексных мерах по социальной реабилитации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы», которым утверждены:

- план комплексных мер по социальной реабилитации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы, в Алтайском крае на 2010-2013гг.;
- положение, состав Краевой межведомственной комиссии по социальной реабилитации данной категории граждан.

Решением Краевой межведомственной комиссии по социальной реабилитации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы, от 14.05.2010г. утверждены схема взаимодействия субъектов профилактики правонарушений и порядок взаимодействия органов и учреждений, участвующих в социальной реабилитации и адаптации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы.

Кроме того, в Крае утверждены и реализуются межведомственные соглашения, приказы, планы совместной работы, определяющие порядок взаимодействия учреждений, ведомств и некоммерческих организаций по медико-социальному сопровождению лиц с социально-значимыми заболеваниями, освобождающихся из мест лишения свободы:

- Соглашение «О реализации программы «Социальное бюро для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освобождающихся из мест лишения свободы» от 19.05.2005г.;
- Соглашение «О порядке взаимодействия УВД Алтайского края, УФСИН России по Алтайскому краю, комитета Администрации Алтайского края по здравоохранению, Главалтайсоцзащиты, Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков по Алтайскому краю, комитета Администрации Алтайского края по печати и информации в рамках реализации мероприятий Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» от 30.12.2005г. (продолжено с учетом поправок на период 2009-2011гг.);
- Соглашение «О порядке взаимодействия комитета Администрации Алтайского края по здравоохранению и Главалтайсоцзащиты по медико-

социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом» от 15.02.2006г.;

- Приказ комитета администрации Алтайского края по здравоохранению, Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний, Минюста России по Алтайскому краю, Главного управления внутренних дел Алтайского края №307/286/481 от 15.11.2004г. «О мерах по усилению взаимодействия органов здравоохранения, учреждений ГУИН и ГУВД по профилактике и лечению туберкулеза в Алтайском крае». Данным приказом определены технологии оказания противотуберкулезной помощи больным туберкулезом на всех этапах нахождения больных и межведомственное взаимодействие учреждений УФСИН и здравоохранения;
- Приказ управления Алтайского края по здравоохранению от 10.11.2006г. №325 «О порядке оказания медицинской помощи больным туберкулезом, уклоняющимся от обследования и лечения». Приказ регламентирует порядок привлечения к обязательному обследованию и лечению лиц, больных активными формами туберкулеза, уклоняющихся от обследования и лечения на всех этапах выявления данной категории больных;
- Приказ УФСИН РФ по Алтайскому краю, Комитета Администрации Алтайского края по здравоохранению № 107/68 от 10.04.2006г. «О совместной реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения», определяющий алгоритмы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, освобождающимся из мест лишения свободы;
- План взаимодействия УФСИН РФ по Алтайскому краю и ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» по сопровождению наркологических больных, предусматривающий передачу эпикризов на отбывших наказание в виде лишения свободы из лечебно-исправительных учреждений в ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

В Алтайском крае в рамках проекта «Комплексные стратегии противодействия распространению ВИЧ/ИППП среди молодежи в РФ» при поддержке Управления по наркотикам и преступности ООН в 2003-2005гг. была адаптирована к региональным условиям и внедрена программа «Социальное бюро». «Социальное бюро» – это технология медико-социальной реабилитации пациентов, решения проблем адаптации до и после их освобождения, в том числе, связанных или вызванных ВИЧ-инфекцией или употреблением наркотиков. «Социальное бюро» является связующим звеном между целевой группой и партнерской сетью, состоящей из полутора десятков организаций в сфере здравоохранения, социальной защиты, занятости, системы УФСИН, реабилитационных центров и общественных организаций. В настоящий момент программа реализуется как одно из направлений повседневной работы ведомств и учреждений.

С 2005г. в рамках программы Глобального Фонда в Крае:

- создано 10 мультипрофессиональных команд по формированию приверженности к терапии у ВИЧ-инфицированных. В состав данных команд входят врачи-инфекционисты, медицинские сестры, врачи-наркологи, фтизиатры, психологи, специалисты по социальной работе, а также ВИЧ-инфицированные, имеющие успешный опыт приема антиретровирусной терапии. Начиная с 2006г., членами МПК ежегодно на постоянной основе проводится сопровождение порядка 500 ВИЧ-инфицированных с высоким риском разрушения приверженности к лечению (лица, страдающие наркотической, алкогольной зависимостью, социально-неадаптированные, лица, освобождающиеся из мест лишения свободы);
- организовано оказание паллиативной помощи данной категории граждан, включающей уход за больными с выраженными физическими или психическими нарушениями, восстановление необходимых документов (паспорт, медицинский полис, трудовая книжка), оформление инвалидности, пенсии, социальных пособий с привлечением специалистов социальной службы, равных консультантов, представителей религиозных конфессий, православного сестричества;
- в целях мотивации на постановку на «Д»-учет в противотуберкулезные учреждения больным туберкулезом однократно выдаются продуктовые наборы, при продолжении контролируемого лечения наборы выдаются ежемесячно на протяжении курса лечения;
- из средств муниципального бюджета данная категория больных обеспечивается проездными билетами на период диспансерного наблюдения и лечения. По окончании основного курса лечения предоставляются вне очереди путевки на санаторное лечение.

С ноября 2010г. по 31 августа 2011г. при поддержке Фонда «Российское здравоохранение» КГБУЗ «Алтайский краевой центр СПИД» в партнерстве с ГУ ФСИН России по Алтайскому краю, социальной защитой населения и некоммерческими организациями была реализована программа «Предоставление социально-психологической помощи при формировании и поддержании приверженности к лечению среди ВИЧ-инфицированных, осужденных и лиц, освобождающихся из мест лишения свободы».

В период с 01.11.2010г. по 31.08.2011г. членами МПК было обеспечено сопровождение 158 ВИЧ-инфицированных, принимающих антиретровирусную терапию (АРТ) в пенитенциарных учреждениях и недавно освободившихся, проведено 28 выездов в учреждения исполнения наказаний, проведено 44 группы взаимопомощи, 30 групповых консультаций с участием юриста, врача-инфекциониста, психотерапевта и социального работника. Проведено 8 школ для ВИЧ-инфицированных, оказано 4318 консультаций. 34 ВИЧ-инфицированных, освободившихся из учреждений исполнения наказаний, получили различные виды социальной помощи.

Проводимая работа позволила:

- отработать технологию медико-социального сопровождения осужденных с социально-значимыми заболеваниями;
- обеспечить преемственность в оказании медико-социальной помощи данной категории граждан между учреждениями здравоохранения, УФСИН России по Алтайскому краю, социальной защиты населения, службой занятости, реабилитационными центрами и НКО;
- внедрить порядок медико-социальной реабилитации пациентов с социально-значимыми заболеваниями, отбывших наказание в местах лишения свободы, на уровне учреждений и отдельных специалистов;
- увеличить обращаемость целевой группы в учреждения здравоохранения после освобождения (ВИЧ-инфицированных, принимающих терапию до 55%, больных туберкулезом до 72%, больных наркоманией до 53%).

ЗНАЧЕНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СДЕРЖИВАНИИ ТЕМПОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

О.В. Агафонова, В.Е. Кухта, О.И. Назарова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

В течение последних лет приоритетным направлением работы по профилактике ВИЧ-инфекции на территории Омской области является расширение межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, реализация новых проектов и профилактических программ среди целевых групп населения, методическая работа с профессиональными группами муниципальных районов области и города Омска, медицинское информирование и профилактика ВИЧ-инфекции в социально-уязвимых группах.

В рамках усиления межведомственной и организационно-профилактической работы в Омской области проведены заседания областной комиссии по профилактике ВИЧ-инфекции и санитарно-противоэпидемической комиссии Омской области; медицинской комиссии Министерства здравоохранения Омской области по профилактике ВИЧ-инфекции, подготовлены планы межведомственной работы по сдерживанию темпов распространения ВИЧ-инфекции на территории Омской области.

В 2011-2012гг. с целью оказания методической и консультативной помощи центральным районным больницам осуществлено 29 бригадных выездов в муниципальные районы Омской области; участие в работе 41 комиссии, в том числе в 21 межведомственной и противоэпидемической комиссии по профилактике ВИЧ-инфекции в муниципальных районах Омской области; в 8 комиссиях в административных округах г. Омска, в 22 конференциях, 56 совещаниях. Специалистами Центра СПИД охвачено целевым информированием более 38,5 тысяч человек, из них подготовлено 2300 немедицинских специалистов различных учреждений и ведомств для последующей работы по проблеме ВИЧ-инфекции среди различных целевых групп.

Центром по профилактике и борьбе со СПИД в настоящее время реализуются более 10 проектов и программ, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции среди различных целевых групп: «Молодёжь против СПИДа», «Гигиеническое обучение и воспитание учащихся по проблеме ВИЧ-инфекции» для педагогов и специалистов по работе с молодежью, «Узнай о ВИЧ на рабочем месте» для трудовых коллективов, «Будь начеку» для военнослужащих, «Путь к здоровью» для условно-осужденных, «Сделай шаг к здоровью» для потребителей инъекционных наркотиков, «Защити себя» для женщин, вовлеченных в секс-бизнес, проект «Пульсар» по консультированию мужчин, практикующих секс с мужчинами, «Знаешь, ВИЧ – это реальность!» для подростков, склонных к девиантному поведению. С целью повышения приверженности к терапии, повышения качества жизни, медико-социальной адаптации пациентов с ВИЧ-инфекцией реализуются программы «Статус плюс» совместно с региональной общественной организацией Центр «Сибирская Альтернатива» и «Школа пациента» с БУЗОО «Инфекционная клиническая больница № 1» с целью поддержки людей, живущих с ВИЧ и их семей.

Центром СПИД накоплен значительный опыт обучения волонтеров по программе «Молодежь против СПИДа». Только в 2011 году подготовлено 4 добровольческих отряда из числа студентов ВУЗов и ССУЗов, которые осуществляют профилактическую деятельность на территории города Омск, 3 из которых подготовлены совместно с Сибирской Межрегиональной ассоциацией «АнтиСПИД-Сибирь» и городским студенческим центром в рамках реализации проекта «Красная лента».

Важным направлением в деятельности Центра СПИД является подготовка специалистов различных профессиональных групп по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции: педагогов, медицинских работников, специалистов по работе с молодежью и социально-уязвимыми группами населения. В 2011-2012гг. для педагогов проведено более 130 методических семинаров, семинаров-тренингов, в том числе в 13 муниципальных районах Омской области. Подготовку прошли 7 469 медицинских работников и более 1360 специалистов различных ведомств по организации деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции в регионе. Подготовка педагогов также осуществляется на базе БОУ ДПО «Институт развития образования Омской области».

Осуществляется лекционная подготовка сотрудников учреждений исполнения наказаний и правоохранительных органов, в 2011 году обучено около 1000 сотрудников этих ведомств.

В связи с увеличением в 2011 году количества ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 30-39 лет специалисты БУЗОО «ЦПБСИЗ» приступили к реализации программы «Узнай о ВИЧ на рабочем месте». Программа нацелена на повышение уровня информационной компетентности в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции среди взрослого работающего населения города Омск. За период реализации программы встречи с медицинскими специалистами прошли в 15 трудовых коллективах, участниками информационных мероприятий стали более 900 человек. В 2012 году

организована работа через Администрации округов города, для оказания содействия в этой работе подготовлено обращение к председателю Федерации Омских профсоюзов. Проведены 2 семинара-тренинга для специалистов производственных коллективов из сельских районов области, которые продолжают профилактическую работу в качестве волонтеров на своих рабочих местах.

В течение ряда лет Центром СПИД при взаимодействии с военно-медицинской службой реализуется программа «Будь начеку!» по профилактике ВИЧ-инфекции в военных частях города и области. Социологические исследования 2011 года, проведенные среди этой целевой группы, показали: 46,2% опрошенных за последние полгода имели больше одного сексуального партнера, 15,8% из них имели незащищенные сексуальные контакты со случайными партнерами. Треть военнослужащих употребляли наркотики (2,7% инъекционным путем), при этом 2,2% молодых людей впервые попробовали их в течение последних 6 месяцев, проходя службу в армии.

Совместно с правоохранительными органами проводится комплексная работа с группой повышенного риска инфицирования ВИЧ в комиссиях по делам несовершеннолетних на базе Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей при УВД Омской области. Реализуются профилактические программы, направленные на группы населения, в том числе несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении (кризисные стационары, образовательные учреждения закрытого типа).

Активно продолжается сотрудничество с учреждениями УФСИН. В 2011-2012гг. проведены тематические лекции для 1 569 осужденных исправительных колоний, осуществляется консультирование ВИЧ-инфицированных, отбывающих наказание в местах лишения свободы на территории Омской области врачом-инфекционистом СПИД-центра. С 2010 года реализуется программа «Путь к здоровью» на базе филиалов Уголовно-исполнительных инспекций Административных округов города Омск с целью информирования спецконтингента по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, выдачи информационных материалов, направлений на исследование крови на ВИЧ. В рамках программы проведено 223 групповые консультации, обучено 849 условно осужденных.

Значимыми для развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Омской области являются лица со стереотипами поведения повышенного риска инфицирования ВИЧ. В рамках проекта «Сделай шаг к здоровью» по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков, реализуемых совместно с Сибирской межрегиональной ассоциацией «АнтиСПИД-Сибирь», волонтерами, аутрич-работниками и специалистами Центра СПИД был обеспечен доступ потребителей инъекционных наркотиков к медицинскому сервису и консультированию по проблеме ВИЧ/СПИДа, тестированию крови на ВИЧ. Кроме того, в 2011 году повторно проведен дозорный эпиднадзор второго поколения среди потребителей инъекционных наркотиков и установлено, что

процент инфицирования ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков вырос до 16% (2009г. – 8,9%).

Разработаны и реализуются программы, направленные на адресную работу по информированию, медико-психологическому консультированию целевых групп: «Защити себя» для женщин, вовлеченных в секс-бизнес, «Пульсар» для мужчин, практикующих секс с мужчинами. Осуществляются выезды мобильного консультативного пункта на улицы города с целью информирования и консультирования работниц коммерческого секса. В 2011 году профилактической работой охвачена 171 женщина. Совместно с правоохранительными органами специалисты Центра участвовали в 3 профилактических рейдах для этой целевой группы.

Совместно с РОО Центр «Сибирская альтернатива» в рамках профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, подготовлены волонтеры для работы с этой целевой группой, проведено консультирование и обследование на ВИЧ около 100 человек.

В рамках программы «Знаешь, ВИЧ – это реальность!» обучено 545 несовершеннолетних подростков, склонных к девиантному поведению.

В рамках проведения мероприятий по ПНП «Здоровье» в 2011 году при участии специалистов БУЗОО «ЦПБСИЗ» реализована «Программа по развитию и укреплению сотрудничества в области вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции». Проконсультировано 804 человека, обследовано 330 человек.

С 2011 году для информирования населения разработан и функционирует качественно новый интернет-сайт Центра СПИД, позволяющий информировать по проблеме ВИЧ-инфекции население региона и заинтересованных специалистов.

Для решения задач, направленных на стабилизацию эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и эффективной профилактики, необходимо:

- расширение межведомственной работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп повышенного риска инфицирования ВИЧ;
- совершенствование формы взаимодействия медицинских учреждений с правоохранительными органами, службой социальной защиты для раннего выявления ВИЧ-инфекции у лиц, относящихся к группам риска;
- финансовая поддержка программ по профилактике ВИЧ-инфекции в труднодоступных целевых группах;
- активное привлечение средств массовой информации для проведения разъяснительной работы среди населения;
- финансирование издательства методических материалов для специалистов и информационных материалов для просвещения различных целевых групп населения.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ/СПИД В СФЕРЕ ТРУДА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.А. Егорова

*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями»*

На 01.01.2012г. в Алтайском крае зарегистрировано 12 822 случая ВИЧ-инфекции. С ростом полового пути передачи ВИЧ в общей структуре больных ВИЧ-инфекцией увеличивается удельный вес работающего населения. Так, на 01.01.2012г. за все годы регистрации ВИЧ-инфекции в Крае выявлено 1 955 чел, задействованных в сфере труда (15,2% от общего числа ВИЧ-инфицированных). Поэтому профилактическая работа среди данной группы населения является одним из приоритетных направлений деятельности в крае.

На протяжении последних четырех лет в Алтайском крае реализуется Региональная модель трехсторонней стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИДа среди работающего населения Алтайского края, которой определены основные цели и задачи, а также механизм совместных действий сторон социального партнерства.

08.06.2006г. в Алтайском крае принято решение Краевой Трехсторонней Комиссии по регулированию социально-трудовых отношений «Об отношении к Декларации национального согласия сторон социального партнерства по вопросам ВИЧ/СПИД в сфере труда».

В марте 2007г. на заседании Краевой Трёхсторонней Комиссии по регулированию социально-трудовых отношений утверждена «Региональная модель трёхсторонней стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИД среди работающего населения Алтайского края».

Органы исполнительной власти края и местного самоуправления во взаимодействии с объединениями работодателей и профсоюзов организуют профилактическую работу по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа в сфере труда.

Соответствующие обязательства сторон, направленные на поддержание здоровья на рабочем месте, а также по реализации Региональной стратегии закрепляются в территориальных трехсторонних отраслевых соглашениях и коллективных договорах организаций края.

Социально-трудовые отношения в Алтайском крае регулируются нормами и положениями 161 соглашения различного уровня: региональное трехстороннее соглашение, 17 краевых отраслевых, 71 территориальное отраслевое и 71 территориальное трехстороннее соглашение.

Коллективно-договорным регулированием социально-трудовых отношений охвачено 6 968 организаций Края, при этом условия коллективных договоров распространяются более чем на 514,5 тыс. работников, что составляет 82,1 % работающего населения края.

В целях осуществления взаимодействия органов исполнительной власти Алтайского края и других государственных и некоммерческих организаций в сфере противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа на территории Алтайского края, участия в формировании и осуществлении

государственной политики в сфере противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа в Алтайском крае, обеспечения разработки и реализации программ по предупреждению распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа функционирует краевая межведомственная комиссия по профилактике и борьбе со СПИДом.

Аналогичные комиссии функционируют в муниципальных районах и городских округах Алтайского края.

Также, в целях реализации стратегии противодействия ВИЧ/СПИДа в сфере труда в городах и районах края приняты муниципальные программы, которые предусматривают проведение профилактических бесед, распространение информации о мероприятиях, реализуемых в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/ СПИДу» и др.

Вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа в сфере труда рассматриваются при проведении внутрифирменного обучения работников организаций, при обучении руководителей и специалистов по охране труда аккредитованными учебными центрами охраны труда.

В Алтайском крае, начиная с 2002г., накоплен значительный опыт разработки и реализации стратегии противодействия ВИЧ/СПИД в сфере труда в рамках международных проектов, так:

- в 2002-2005гг. в рамках проекта «Комплексные стратегии противодействия распространению эпидемии ВИЧ/ИППП среди молодежи в РФ» при поддержке Международной организации труда (МОТ) в Алтайском крае начата работа по профилактике ВИЧ-инфекции среди безработных и учащихся системы профессионального образования;

- в 2007г. с целью создания системного подхода к противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в сфере труда Управлением Алтайского края по труду совместно с краевым Центром СПИД при поддержке МОТ реализован проект «Программа противодействия ВИЧ/СПИД на рабочих местах в Алтайском крае»;

- в 2008г. Главным управлением Алтайского края по здравоохранению совместно с Алтайской торгово-промышленной палатой, Международной организацией труда, Программой развития ООН разработана концепция развития государственно-частного партнёрства по противодействию ВИЧ/СПИДа;

- в 2009г. в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения реализован комплекс мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа, гепатитов «В» и «С» на рабочих местах («ОАО «Холдинговая компания «Барнаульский станкостроительный завод»»). По итогам реализации Проекта администрацией и профсоюзом «ОАО «Холдинговая компания «Барнаульский станкостроительный завод» принят документ «Политика предприятия по борьбе с социально-значимыми заболеваниями», направленный на интеграцию программ по профилактике ВИЧ в корпоративную политику предприятий.

Учитывая эффективность профилактических мероприятий среди безработных и работающего населения, на заседании Антинаркотической комиссией Алтайского края 20.06.2011г. принято решение о пролонгации трехстороннего соглашения на 2011-2013гг. и продолжении работы по информированию безработных граждан Центрами занятости по вопросам здорового образа жизни на групповых и индивидуальных консультациях.

Управлением Алтайского края по труду и занятости населения совместно с КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» в ноябре 2011 года проведено видеоселекторное совещание с профконсультантами КГКУ центров занятости населения Алтайского края по организации работы по информированию безработных граждан по вопросам здорового образа жизни в рамках оказания государственной услуги по профессиональной ориентации граждан».

Проведенные в Алтайском крае мероприятия позволили:

- стабилизировать эпидситуацию по ВИЧ-инфекции среди работающего населения. Если в 2008г. было зарегистрировано 355 случаев, то в 2011г. 309 (на 46 случаев меньше);

- отработать инновационные технологии работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди работающего населения (на отдельно взятом крупном промышленном предприятии), которые могут быть мультиплицированы на остальное работающее население;

- сделать первые шаги в создании благоприятных условий для системного подхода к противодействию ВИЧ/СПИД в сфере труда;

- в проект Краевого трехстороннего Соглашения на 2009-2010гг. включены обязательства между Алтайским краевым общественным объединением профсоюзов, краевыми объединениями работодателей и Администрацией Алтайского края по противодействию ВИЧ/СПИД в сфере труда;

- в соответствии с концепцией развития государственно-частного партнёрства по противодействию ВИЧ/СПИДа в крае накоплен опыт работы по организации на базе Центров охраны труда обучения руководителей и специалистов организаций по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа на рабочих местах, а также включению вопросов противодействия эпидемии ВИЧ среди работающего населения в курсы повышения квалификации для руководителей органов управления по труду муниципальных образований.

Вопрос о реализации стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИД среди работающего населения Алтайского края был заслушан на заседании межведомственной комиссии по профилактике и борьбе со СПИДом Администрации Алтайского края 21.12.2011г.

В соответствии с решением Краевой трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 30.03.2012г. в региональное соглашение между Алтайским краевым общественным объединением профсоюзов, краевыми объединениями работодателей и Администрацией Алтайского края на 2011-2013гг. дополнительным соглашением включены

обязательства сторон по реализации трёхсторонней стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИД среди работающего населения Алтайского края, разработки и внедрения в трудовых коллективах просветительских программ по формированию навыков здорового образа жизни, профилактике социально-значимых заболеваний, табакокурения, злоупотребления алкоголем.

Таким образом, проведение комплекса мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочих местах является важной составляющей общей стратегии противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в Алтайском крае.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Е. Кухта, Н.В. Ребова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

В рамках 99 сессии Международной конференции труда принята «Рекомендация о ВИЧ/СПИДе в сфере труда» (№200), которая является ключевым международным документом, регулирующим вопросы ВИЧ/СПИДа на рабочих местах. Эта Рекомендация предусматривает включение вопросов профилактики ВИЧ-инфекции в корпоративную практику, связанную с пропагандой здоровья на рабочем месте, включением вопросов «ВИЧ/СПИД на рабочих местах» в планы обучения профактива.

В настоящее время ситуация по распространению ВИЧ-инфекции на территории Омской области остается сложной. На 01.05.2012г. зарегистрировано 4 878 случаев ВИЧ-инфекции (показатель пораженности 246,8 на 100 тыс. населения), из них на территории административных округов г. Омск 3 170 случаев. В 2011 году впервые за все годы регистрации возрастная группа 30-39 лет заняла первое место, затем идет возрастная группа 20-29 лет (45,9% и 42,5% соответственно). Среди выявленных ВИЧ-инфицированных количество трудоустроенных составило 24%. Заражению ВИЧ-инфекцией подвержены не только потребители инъекционных наркотиков, но и социально благополучное население, не имеющее достоверной информации о существующих рисках инфицирования вирусом иммунодефицита человека.

Одним из методов влияния на сложившуюся ситуацию является проведение адресной профилактической работы среди трудовых коллективов Омской области. Специалистами БУЗОО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» разработана и с 2011 года реализуется программа «Узнай о ВИЧ на рабочем месте», целью которой является повышение уровня информационной компетентности работающего населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Программой предусмотрено информирование работающего населения посредством лекций, бесед, презентаций, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и ресурсов получения медико-консультативной помощи. На некоторых предприятиях оформлены информационные уголки для сотрудников. Профилактическая работа с данной целевой группой затруднена,

требует значительных организационных решений и понимания руководителей предприятий актуальности проблемы ВИЧ-инфекции для взрослого населения. Одним из шагов в реализации программы стало содействие в организации этой работы Министерства промышленной политики Омской области, Администраций округов города Омск, Федерации Омских профсоюзов.

За период реализации программы встречи со специалистами Центра СПИД прошли в 20 трудовых коллективах, участниками информационных мероприятий стали около 1 250 человек.

С марта 2012 года в рамках программы осуществляется подготовка волонтеров из числа работающего населения муниципальных районов области, г. Омск на базе БУЗОО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для последующего информирования по проблеме ВИЧ-инфекции сотрудников в своих трудовых коллективах. Эта необходимость возникла в связи с наличием предприятий закрытого типа, предприятий с посменным режимом работы, отдаленных предприятий в муниципальных районах Омской области

Отвлечь на длительное время представителей трудовых коллективов (бухгалтеров, инженеров, специалистов по кадровой работе, медиков) от основной работы представляет определенные сложности. Поэтому формат обучения волонтеров представлен 2-х дневным семинаром-тренингом, с целью в как можно более короткий срок получить достаточную по объему тематическую информацию, подчеркнуть актуальность проблемы для людей всех возрастов, изменить отношение к ситуации, связанной с распространением ВИЧ-инфекции.

Важным элементом подготовки волонтеров является психологический тренинг, направленный на создание позитивных взаимоотношений в группе, формирование определенного личностного отношения к проблеме ВИЧ-инфекции (толерантность к людям, живущим с ВИЧ, безопасность поведения в отношении ВИЧ-инфекции, создание установки на пропаганду знаний по проблеме ВИЧ-инфекции среди взрослого населения).

В настоящее время для информирования сотрудников на своих рабочих местах подготовлено 25 добровольцев. По данным анкетного опроса волонтеров, проведенного до и после обучения, актуальность проблемы ВИЧ/СПИДа возросла с 57,4% до 94,3%, а уровень информированности по проблеме с 49,4% до 96,6%. Многие из участников сами являются родителями или представителями более старшего поколения и обсуждение темы ВИЧ-инфекции и связанными с ней вопросами будет проводиться с подростками и молодежью в их семьях более открыто.

Таким образом, реализация программы «Узнай о ВИЧ на рабочем месте», подготовка волонтеров для работы в трудовых коллективах позволяет обучать основам профилактики ВИЧ-инфекции взрослое население и опосредованно проводить эту работу в семье на территории Омской области.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ШКОЛА ПАЦИЕНТА»

В.Е. Кухта, А.Б. Семухин, Н.В. Мусс, М.В. Маслакова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Первый случай ВИЧ-инфекции на территории Омской области был выявлен в 1996 году. По состоянию на 01.05.2012 года зарегистрировано 4 878 случаев ВИЧ-инфекции, показатель пораженности составил 246,8 на 100 тысяч населения.

В последние годы произошло распространение и укоренение ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков и выход ее в общую популяцию. Возросло число людей, живущих с ВИЧ, из числа населения трудоспособного возраста, молодых людей из благополучных семей, женщин и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Ежегодно увеличивается число пациентов, стоящих на диспансерном учете в БУЗОО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Для большинства людей диагноз «ВИЧ-инфекция» связан с множеством социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, трудностей в межличностных взаимоотношениях. На всех этапах взаимодействия с пациентом (сообщение диагноза, постановка на диспансерный учет и последующее наблюдение) специалисты Центра СПИД информируют о заболевании, дают разъяснения относительно основных аспектов жизни с ВИЧ, оказывают психологическую поддержку с учетом каждого конкретного случая.

Для расширения этой деятельности с 2006 года на базе БУЗОО "Инфекционная клиническая больница № 1 им. Д.М. Далматова", где ВИЧ-положительные пациенты получают стационарную помощь, работает программа «Школа пациента». Ежегодно по программе «школы» обучение проходят порядка 250-300 человек, живущих с ВИЧ.

Основная цель «школы» – повышение уровня приверженности пациентов диспансерному наблюдению и лечению. В рамках программы осуществляется информирование пациентов по различным вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией: медицинским, психологическим и социальным, проходит обучение практическим навыкам повышения качества жизни с ВИЧ. Программа «школы» предполагает 3 тематических занятия, которые проводят врачи – эпидемиолог и инфекционист, психолог, специалист по социальной работе. Принимал участие в занятиях «школы» и равный консультант группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ, «МАРТ».

С целью изучения эффективности работы программы «Школа пациента» в период с февраля по май 2012 года специалистами БУЗОО «ЦПБСИЗ» проведен опрос людей, живущих с ВИЧ, находящихся на стационарном лечении.

В ходе исследования было опрошено 58 людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), из них 63,8% мужчин и 36,2% женщин. Самая многочисленная группа опрошенных – 26-36 лет (65,5%), 15,5% составили респонденты 37-45 лет,

10,3% находились в возрастной категории 19-25 лет, а 8,6% в возрасте 46-54 года.

69,1% респондентов находились на лечении в стационаре впервые, 30,9% опрошенных повторно, и это были, как правило, пациенты, ранее принимавшие участие в занятиях «Школы пациента».

В целом 72,4% опрошенных людей, живущих с ВИЧ, ответили, что диагноз ВИЧ-инфекция не сильно повлиял на характер их жизни. 50,9% респондентов отметили, что совсем не испытывают, а 22,8% только иногда испытывают негативные чувства, связанные с диагнозом ВИЧ-инфекция. Большинство участников опроса отметили, что после того, как они сообщили диагноз своему окружению, отношение к ним никак не изменилось. При этом 13,6%, 10,3% и 11,1% респондентов отметили, что с ними стали больше общаться родственники, друзья и коллеги соответственно.

Несмотря на то, что достаточно большая часть выборочной совокупности не испытывает негативные эмоции в отношении диагноза, 27,6% ЛЖВ считают, что ВИЧ-инфекция значительно влияет на характер их жизни. 17,2% и 2,3% участников опроса отметили, что с ними стали меньше общаться друзья и родственники соответственно.

Одной из главных особенностей ВИЧ-инфекции является то, что она относится к так называемым «стигматизированным» заболеваниям. С одной стороны, умолчание о диагнозе – это способ избежать предвзятого отношения к себе со стороны окружающих, с другой стороны – отсутствие людей, которым можно рассказать о своем заболевании продлевает этап психоэмоционального кризиса принятия диагноза. Наличие близких, которые могут оказать помощь и поддержку, важный ресурс адаптации к болезни. В нашем исследовании только 13,8% людей, живущих с ВИЧ, никому не стали сообщать о своем диагнозе.

При изучении уровня информированности респондентов по проблеме ВИЧ-инфекции выяснено, что 93,2% опрошенных знают все пути передачи ВИЧ. Неправильные пути передачи выбрали 6,8% респондентов, среди них: 3,4% при поцелуе, 1,7% при укусе кровососущих насекомых, 1,7% при посещении бань, бассейнов.

Поиск объективной информации, изучение материалов по ряду вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, является составляющей совладающего поведения, что снижает уровень стресса и повышает адаптивные способности ВИЧ-положительных пациентов. Предпочтительные источники информации о ВИЧ для участников опроса разнообразны: специальная литература (28,0%), интернет (21,1%), телевидение (8,8%), газеты (8,8%), волонтеры/аутрич-работники (8,8%), листовки, брошюры буклеты (7,0%), горячая линия (телефон доверия) (5,3%), служба занятости/социальные службы (3,5%), стенды в медицинских учреждениях (1,7%).

Довольно значительный процент респондентов, участвующих в опросе, испытывают потребность в получении тематической информации. Так, 30,4% участников интересуют правовые вопросы (права людей, живущих с ВИЧ, возможность устройства на работу), 26,0% – вопросы социальной сферы (программы для ЛЖВ, возможность получить материальную помощь,

инвалидность), 18,4% – психологические вопросы (как вести себя с родственниками и другими людьми), 15,8% – вопросы по лечению, информация о новых препаратах, ВИЧ и беременность.

По данным исследования 86,8% респондентов полагают, что терапия улучшает качество и продолжительность жизни ВИЧ-положительного человека. Исходя из этого, можно предполагать, что большая часть респондентов привержена к АРВ-терапии. Вместе с тем, 13,2% считают, что необходимости в назначении терапии нет.

Большинство участников опроса удовлетворены работой специалистов БУЗОО «ЦПБСИЗ»: 78,0% считают, что специалисты дают информацию о ВИЧ в полном объеме, 18,0% полагают, что эта информация должна быть более расширена и только 4,0% отмечают, что информация о ВИЧ-инфекции не всегда понятна. В рамках опроса мы выяснили, что 87,1% респондентов удовлетворены медицинской помощью, оказываемой специалистами БУЗОО «ЦПБСИЗ».

Используя метод уточненных нормированных остатков², были получены следующие результаты: пациенты, находящиеся на стационарном лечении впервые считают, что ВИЧ-инфекция значительно влияет на характер их жизни, чаще испытывают негативные чувства, связанные с диагнозом. Эти респонденты недостаточно информированы по проблеме ВИЧ-инфекции, чаще отмечают неправильные пути передачи ВИЧ.

Люди, живущие с ВИЧ, находящиеся на стационарном лечении повторно (ранее проходили обучение по программе «Школы») считают, что заболевание влияет на характер их жизни лишь в определенных ситуациях, они иногда испытывают негативные чувства, связанные с диагнозом, более компетентны в вопросах, связанных с ВИЧ-инфекцией. Полагают, что терапия улучшает качество и продолжительность жизни ВИЧ-положительных людей.

Таким образом, исследование показало эффективность обучения людей, живущих с ВИЧ, по программе «Школа пациента». Сотрудничество со специалистами, успешное разрешение психологических проблем, активные совместные усилия пациента и специалиста, направленные на сохранение здоровья, позволяют продлить жизнь с ВИЧ-инфекцией и поддержать ее качество на должном уровне.

Для эффективной третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, живущих с ВИЧ, работа должна оставаться комплексной и иметь дальнейшее развитие по следующим направлениям:

- Расширение программы «Школа пациента» с включением вопросов о правах людей, живущих с ВИЧ, информации о программах поддержки для ВИЧ-положительных людей, отношениях с близким окружением, лечении, информации о новых препаратах, о ВИЧ и беременности.

² Использование Adj. standardized - уточненных нормированных остатков или z-статистики. Данный вид остатков является наиболее информативным, так как позволяют увидеть наличие связи в отдельных ячейках таблицы сопряженности.

- Активное предоставление услуг по консультированию близких и родственников людей, живущих с ВИЧ.
- Формирование толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ, среди населения Омской области в рамках первичной профилактики.
- Акцентирование внимания при подготовке медицинских специалистов учреждений здравоохранения Омской области на вопросы толерантности к пациентам с диагнозом «ВИЧ-инфекция».
- Подготовка и тиражирование информационной литературы для людей, живущих с ВИЧ, и их близкого окружения.

ЛЕЧЕНИЕ КО-ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИЧ И ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА В И С

А.Б. Тюрин, А.В. Зеленев

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Хронические вирусные гепатиты с парентеральным механизмом инфицирования занимают одно из ведущих мест среди сопутствующей патологии у ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации и Омской области.

На конец 2011г. вирусные гепатиты В и С выявлены у 55% ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учёте в БУЗОО «ЦПБСИЗ». Большую актуальность приобрел хронический вирусный гепатит С, который в структуре вирусных гепатитов у ВИЧ-инфицированных занимает главенствующее место (97%.)

По результатам исследований различных авторов ко-инфекция, по сравнению с моноинфекцией, в 3,5 раза увеличивает риск возникновения неблагоприятных исходов гепатитов: развитие цирроза и рака печени. В основе формирования фиброза печени лежат иммуноопосредованные механизмы, индуцированные ВИЧ и вирусами гепатитов С и В (В.В. Покровский, Р.А. Хальфин, 2007).

Цель работы: изучение эффективности противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов С и В у ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы.

Начиная с 2010 года, в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» в Омской области проводится лечение хронических вирусных гепатитов В и С, сочетанных с ВИЧ-инфекцией, препаратами Пегасис (180 мкг п/к в неделю) и Рибаверин (800-1200 мг в день).

Цель терапии – вирусная супрессия и, как следствие, профилактика неблагоприятных исходов, улучшение выживаемости пациентов.

В исследование были включены 23 ВИЧ-инфицированных пациента с вирусными гепатитами В и С.

Основную группу составили мужчины от 23 до 38 лет (68.5%), средний возраст составил 30,5 лет. Преобладала группа пациентов с хроническим вирусным гепатитом С 20 чел. (87%). В трёх случаях имел место гепатит-микст В и С.

У всех пациентов проводились исследования клеточного звена иммунитета методом проточной цитофлуорометрии сывороточных иммуноглобулинов, методом иммуноферментного анализа. Противовирусная терапия назначалась при отсутствии выраженной иммуносупрессии (CD4 более 300 кл/мкл), с предварительным консультированием нарколога, психолога.

С целью составления программы лечения проводилось генотипирование вируса гепатита С, в определении RNA-HCV использовались тест-системы ПЦР для определения генотипов вируса – Ампли-Сенс HCV-генотип. У 11 (47,8%) пациентов выявлены генотипы 1a, 1в, у 12 (52,2%) – 2 и 3. Концентрация РНК HCV варьировала от 226000 МЕ/мл до 8000000 МЕ/мл, в среднем составляла 4113000 МЕ/мл.

Концентрация ДНК HBV у 3 пациентов варьировала от 46252 МЕ/мл до 1542000 МЕ/мл. По клинико-биохимической активности пациенты распределились следующим образом: в первой степени 8 (34,8%), второй – 11 (47,8%), третьей – 4 (17,4%). Мониторинг лабораторных исследований проводился до лечения и в ходе терапии, согласно существующему стандарту. Оценка биохимического, вирусологического ответа проводилась на 12 неделе терапии (ранний вирусологический ответ) и на 24-48 неделе терапии. Для определения «вирусной нагрузки РНК ВГС» использовалась тест-система с порогом чувствительности 300 МЕ/мл. Полученные нами исследования показали, что независимо от генотипа у 17 (73,9%) пациентов с хроническими вирусными гепатитами С через 4 недели терапии регистрировалось снижение «вирусной нагрузки РНК ВГС» более 2 Log₁₀ (быстрый вирусологический ответ). Ранний вирусологический ответ (индикация «вирусной нагрузки ВГС» через 12 недель терапии) верифицирован у 6 (26,1%) пациентов.

После окончания курса терапии полная ремиссия у пациентов с ХВГС (нормализация показателей в биохимическом анализе крови, авиремия) отмечена у 21 (91,3%) пациента, у 2 (8,7%) с 1 генотипом авиремии достичь не удалось.

Не удалось добиться вирусологической эффективности в лечении вирусных гепатитов В.

С целью диагностики устойчивого вирусологического ответа (определение лабораторных показателей через 6 месяцев после отмены противовирусной терапии) продолжается динамическое наблюдение.

Выводы: основываясь на небольшом опыте, складывается впечатление о достаточной вирусологической эффективности противовирусной терапии у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и вирусным гепатитом С препаратом Пегасис в сочетании с Рибаверином и отсутствии эффективности в лечении хронического вирусного гепатита В. Учитывая рост хронического вирусного гепатита В у ВИЧ инфицированных, оправдано применение Энтекавира – противовирусного препарата (аналога нуклеозида) с мощной активностью в отношении полимеразы вируса гепатита В, доказавшего эффективность на практике.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко

КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Для оценки прямых экономических затрат на оказание лечебно-диагностической помощи больным ВИЧ-инфекцией Алтайским краевым центром СПИД был проведен расчет годовой стоимости 1 случая ВИЧ-инфекции, с учетом и без учета АРТ, а также лечения хронических гепатитов В и С, вторичных заболеваний и затрат на социальную поддержку ВИЧ-инфицированных взрослых и детей.

Материалы и методы:

I. Анализ затрат на оказание лечебно-диагностической помощи проводился в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, с учетом видов и кратности лабораторных исследований, консультаций специалистов, перечня и количества препаратов, используемых для лечения и химиопрофилактики ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний.

Для этого была использована средневзвешенная стоимость медицинских услуг, диагностических средств и препаратов для лечения больным ВИЧ-инфекцией по Алтайскому краю.

II. Для расчета затрат на социальную помощь было использовано несколько основных статей расходов:

- пенсия по инвалидности ребенка с ВИЧ-положительным статусом;
- пенсия семье за опеку над ВИЧ-инфицированным ребенком;
- содержание 1 ребенка в детском доме/доме ребенка;
- содержание 1 взрослого в доме-интернате;
- пенсия по инвалидности взрослого;
- федеральная компенсация по инвалидности.

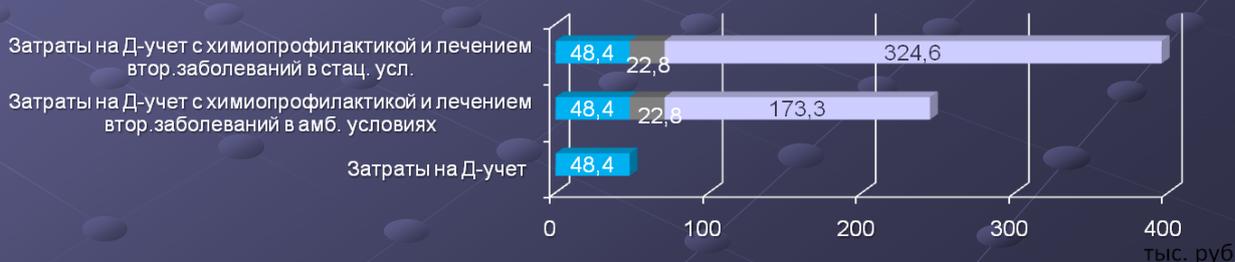
Расчет затрат осуществлялся на основании данных Главалтайсоцзащиты Алтайского края.

По проведенным нами расчетам, в среднем, затраты на диспансерное наблюдение 1 больного ВИЧ-инфекцией в год без учета химиопрофилактики и лечения вторичных заболеваний, контроля эффективности АРТ составляют 48,4 тыс. рублей, на проведение антиретровирусной терапии – 270,0 тыс. рублей (от 180,0 до 360,0 тыс. руб.). При назначении АРТ затраты на диспансерное наблюдение возрастают до 70,7 тыс. руб.

Затраты на химиопрофилактику и лечение вторичных заболеваний (в стационарных и амбулаторных условиях) составляют от 196,1 до 347,4 тыс. руб. в год. Пенсия по инвалидности взрослого с Федеральной компенсацией по инвалидности от 85000 до 90000 руб.

Экономические аспекты ВИЧ-инфекции на примере Алтайского края

1.	Затраты на диспансерное наблюдение 1 ВИЧ-инфицированного в год, без учета химиопрофилактики и лечения вторичных заболеваний:	48,4 тыс. руб. в год
1.1	прием специалистов	3,6
1.2	клинико-иммунологические, биохимические и инструментальные исследования	18,6
1.3	дополнительные клинические исследования на туберкулез (обязательный диагностический минимум)	26,2
2.	Химиопрофилактика и лечение вторичных заболеваний:	196,1-347,4 тыс. руб. в год
2.1	химиопрофилактика вторичных заболеваний	22,8
2.2	лечение вторичных заболеваний в амбулаторных условиях	173,3
2.3	лечение вторичных заболеваний в стационарных условиях	324,6



Как видно из приведенной схемы, в случае несвоевременного назначения/неназначения АРТ больным ВИЧ-инфекцией затраты на последствия в виде госпитализаций для лечения вторичных заболеваний и выплат по инвалидности, связанных с потерей трудоспособности (от 20% при лечении вторичных заболеваний в амбулаторных условиях, до 2,3 раза в стационарных).

Затраты на проведение дополнительных лабораторных исследований на гепатиты составляют 26,6 тыс. рублей, схема лечения хронического гепатита В для 1 пациента (монотерапия Пегасисом) при курсе лечения 48 недель – 521,4 тыс. руб., схема лечения хронического гепатита С для 1 пациента (комбинированная терапия Пегасис + Рибавирин) при курсе лечения 48 недель – 571,8 тыс. руб.

Затраты на проведение профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) 1 паре мать-дитя в Алтайском крае составляют 89,8 тыс. руб. При этом в случае непроведения ППМ затраты на медико-социальное сопровождение 1 ребенка в год увеличиваются до 797,5 тыс. рублей (на диспансерное наблюдение и АРТ, без учета химиопрофилактики и лечения вторичных заболеваний 340,7 тыс. руб., содержание в детском доме/доме ребенка 1 отказного ребенка 363,2 тыс. руб., выплаты пенсии по инвалидности 1 ребенку с ВИЧ-положительным статусом 93,6 тыс. руб.).

В Алтайском крае в 2011г. затраты на химиопрофилактику ВИЧ 304 парам мать-дитя составили 27,3 млн. руб., а затраты на медико-социальное сопровождение, диспансерное наблюдение, проведение антиретровирусной терапии и содержание в детских домах/домах ребенка только 56 детей с ВИЧ-положительным статусом 44,7 млн. руб. или в 1,6 раза больше.

Ежегодно в крае проводится обследование на ВИЧ-инфекцию подлежащих контингентов, перечень которых определен Постановлениями правительства, приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Администрации Алтайского края.

Удельный вес подлежащих обследованию контингентов составляет около 9% от населения в целом. В крае ежегодно обследуется на ВИЧ-инфекцию от 13% до 17% населения (330000-427000 чел.), в том числе около 12 тыс. потребителей наркотиков (с учетом обследованных данной категории по всем кодам). При этом охват обследованием наркопотребителей составляет около 30% от расчетного числа наркозависимых*.

(*расчетное число ПИН – 2,5% от взрослого населения 15-49 лет (по рекомендациям ФНМЦ со СПИДом)).

В 2011г. Алтайским краевым центром СПИД была проведена оценка эффективности «Комплексных программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди наркозависимых», реализуемых в г. Барнаул с 1999г. по сегодняшний день.

При средней стоимости Программы профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 1 млн. рублей в год и охвате 1500 ПИН (только первичных клиентов) средние затраты на проведение профилактической деятельности в указанной целевой группе составляют около 600 рублей на 1 клиента в год.

По результатам эпид. надзора II поколения, проведенного в 2011г. при поддержке ФНМЦ со СПИДом, среди клиентов Программ ВИЧ-инфекция выявлена у 2% (у 3 из 150 обследованных), а у наркозависимых, не охваченных Программой, у 20% (у 31 из 150 обследованных), т.е. предотвращение инфицирования 28 наркопотребителей (31-3) привело к сохранению в бюджете порядка 7,5 млн. руб., которые потребовались бы только для лечения у них ВИЧ-инфекции.

Таким образом, проведенные нами расчеты еще раз подтвердили, что:

- охват скрининговыми исследованиями на ВИЧ подлежащих контингентов, обеспечение всех нуждающихся и своевременное назначение антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным обходится государству значительно дешевле, чем затраты на последствия в виде госпитализаций для лечения вторичных заболеваний и выплат по инвалидности, связанных с потерей трудоспособности;
- проведение полной трехэтапной профилактики ВИЧ от матери ребенку приводит к значительному сокращению расходов на проведение АРТ и социальное сопровождение детей с ВИЧ-положительным статусом;
- кроме того, проводимые профилактические программы среди уязвимых групп населения позволяют предотвратить новые случаи заражения ВИЧ и

значительно сократить расходы на диспансерное наблюдение и лечение ВИЧ-инфекции. Для охвата профилактической работой 32,5 тыс. наркозависимых (расчетное число по региону) необходимо 19,5 млн. руб. в год, а затраты на диспансеризацию и только АРТ 480 ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Алтайском крае составляют 163,5 млн. руб. в год.

Вывод: проводимая Центрами по профилактике и борьбе со СПИДом на протяжении более чем 20 лет работа доказывает свою высокую эффективность не только в плане сохранения здоровья населения Российской Федерации и, в первую очередь, наиболее уязвимых его групп, но и сохраняет в бюджете страны миллиарды рублей, которые потребовались бы на прямые расходы для амбулаторного и стационарного лечения больных ВИЧ-инфекцией, выплат по инвалидности, содержание и уход в учреждениях социальной защиты.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» ПО КОМПОНЕНТУ «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ГЕПАТИТОВ В И С, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИЧ» В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Л.В. Султанов, Э.Р. Демьяненко, М.В. Минакова

КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

В рамках реализации ПНП «Здоровье» в Алтайском крае обеспечен доступ всех нуждающихся в лечении ВИЧ-инфицированных к антиретровирусной терапии (АРТ).

Своевременное назначение антиретровирусной терапии приводит к подавлению репликации вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), сохранению функций иммунной системы, способствует снижению смертности и передачи инфекции от больного человеку здоровому, а также уменьшает риск передачи ВИЧ от матери плоду. Кроме того, своевременное назначение АРТ больным ВИЧ-инфекцией позволяет сократить затраты на последствия в виде госпитализаций для лечения вторичных заболеваний и выплат по инвалидности, связанных с потерей трудоспособности (от 20% при лечении вторичных заболеваний в амбулаторных условиях до 2,3 раза в стационарных).

Медикаменты для лечения ВИЧ-инфекции начали поступать в Алтайский край с ноября 2005 года. В 2011г. по ПНП «Здоровье» край получил медикаментов для лечения больных ВИЧ-инфекцией на сумму около 290 млн. рублей. Ежегодно получают АРТ порядка 1000 больных ВИЧ-инфекцией, в том числе в учреждениях ФСИН 180 чел. В среднем, затраты на диспансерное наблюдение 1 пациента в год составляют 70,7 тыс. рублей, на проведение антиретровирусной терапии 270,0 тыс. рублей.

По проведенным нами расчётам, рекомендованным Сибирским федеральным окружным центром по профилактике и борьбе со СПИД, прогнозируемое число случаев ВИЧ-инфекции на 2006-2011гг., с учетом темпов прироста ВИЧ-инфекции с 2001 по 2005гг., должно было составить

10 256 чел., фактически было зарегистрировано 9 297 (на 959 случаев меньше ожидаемого).

Учитывая, что в эти годы 70% больных ВИЧ-инфекцией заразилось при немедицинском введении наркотиков (671 чел.), а 1 ВИЧ-инфицированный наркозависимый в течение года заражает в среднем 4 чел., то число предотвращенных случаев составило 2 685. Таким образом, реализация ПНП «Здоровье» в 2006-2011гг. позволила сохранить в бюджете здравоохранения порядка 914,0 млн. руб., которые дополнительно потребовались бы только на диспансерное наблюдение и проведение антиретровирусной терапии 2 685 ВИЧ-инфицированным.

В рамках реализации ПНП «Здоровье» в крае увеличен охват химиопрофилактикой перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку (с 90% в 2006г. до 100% в 2009-2011гг.). Проведение полной трехэтапной химиопрофилактики снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку до 2%.

Затраты на проведение профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) 1 паре мать-дитя в Алтайском крае составляют 89,8 тыс. руб. При этом, в случае непроведения ППМР затраты на медико-социальное сопровождение 1 ребенка в год увеличиваются до 797,5 тыс. рублей (на диспансерное наблюдение и АРТ, без учета химиопрофилактики и лечения вторичных заболеваний 340,7 тыс. руб., содержание в детском доме/доме ребенка 1 отказного ребенка 363,2 тыс. руб., выплаты пенсии по инвалидности 1 ребенку с ВИЧ-положительным статусом 93,6 тыс. руб.).

В Алтайском крае в 2011 г. затраты на химиопрофилактику ВИЧ 304 парам мать-дитя составили 27,3 млн руб., а затраты на медико-социальное сопровождение, диспансерное наблюдение, проведение антиретровирусной терапии и содержание в детских домах/домах ребенка только 56 детям с ВИЧ-положительным статусом 44,7 млн руб., или в 1,6 раза больше.

С целью предупреждения заражения ВИЧ наркозависимых, их медико-социального сопровождения в рамках реализации ПНП «Здоровье» в январе 2009г. был утвержден «Межведомственный план работы по ограничению распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Алтайском крае на 2009-2011гг.», с участием в запланированных мероприятиях всех заинтересованных ведомств, учреждений и общественных организаций. Реализация данного плана позволила стабилизировать эпидситуацию по ВИЧ-инфекции в крае, в том числе среди наркозависимых. За эти годы доля наркопотребителей среди вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией снизилась с 70 % в 2009 г. до 60% в 2011г.

В 2011 году на заседании Антинаркотической комиссии при Губернаторе Алтайского края было принято решение о пролонгации межведомственного плана на 2012-2014 годы.

Таким образом, реализация ПНП «Здоровье» по компоненту «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в Алтайском крае позволила охватить всех нуждающихся ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией, обеспечить 100% охват

химиопрофилактикой ВИЧ от матери ребенку и стабилизировать эпидситуацию в крае.

В связи с чем удалось избежать значительных затрат бюджетных средств, которые потребовались бы только на прямые расходы для лечения больных ВИЧ-инфекцией, выплат по инвалидности, содержание и уход за ними в учреждениях социальной защиты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГА НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

С.И. Белых, Ю.В. Арцемович

*КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и
инфекционными заболеваниями»*

Целью данной работы является оценка экономической эффективности использования лабораторно-информационной системы при проведении скрининга на ВИЧ.

Программа «Арбитраж ВИЧ» используется на разделе «Скрининг ВИЧ» в течение года. До этого нередко в скрининговую лабораторию поступали образцы крови от пациентов с уже установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция».

В течение года на разделе «Скрининг ВИЧ» образцы крови, которые были положительными на антиген/антитела к ВИЧ в первой капле проходили проверку по компьютерной программе «База данных Арбитраж ВИЧ». При наличии у пациента положительного результата в ИФА, иммуноблоте, дальнейшее исследование его крови на наличие антигена/антител к ВИЧ в скрининговой лаборатории не проводилось. При положительном результате в иммуноблоте, полученном ранее, выдавался результат с указанием номера иммуноблота и положительным ИФА. При обнаружении пациента в базе данных «Арбитраж» с положительным ИФА, либо сомнительным результатом в иммуноблоте, образец крови пациента сразу передавался на раздел «Арбитраж» для дальнейших исследований. Всем группам этих пациентов не проводилось исследование на антиген/антитела к ВИЧ во второй-третьей капле.

За 12 месяцев 2011 года на раздел поступили образцы крови от 58 040 лиц, из них получено 1 445 положительных результатов в ИФА в первой капле. Все лица были проверены по базе данных «Арбитраж ВИЧ». Из них выявлено 442 состоящих на диспансерном учете. Дальнейшее исследование во второй-третьей капле – 884 анализа в этой группе не проводилось.

На сегодняшний день стоимость анализа на определение антител/антигена к ВИЧ составляет 125 рублей. Годовой экономический эффект использования программы составил 110 500 рублей.

Таким образом, использование лабораторной информационной системы при проведении скрининга на ВИЧ-инфекцию позволяет сократить время ожидания результата пациентом и приносит ощутимую экономическую пользу.

Н.Г. Панова

КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Известно, что успешность практически любого лечения на две трети зависит от компетентности и профессионализма медицинской сестры. Начало реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» потребовало решить целый ряд тактических задач, в том числе, применить в административном и психологическом плане новые более эффективные формы и методы работы специалистов среднего звена. Медицинские сестры Алтайского края были обучены принципам работы в команде; некоторые из них в 2006, 2008 и 2009 годах прошли 2-х недельное обучение по вопросам формирования приверженности к лечению у ВИЧ-инфицированных, подлежащих высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и оказанию им паллиативной помощи в г. Санкт- Петербург. Сейчас они успешно применяют полученные знания на практике, обучили новым техникам своих коллег-медсестер. В созданных мультипрофессиональных командах (МПК) для работы с данной группой ВИЧ-инфицированных, наряду с такими специалистами, как врачи-инфекционисты, психотерапевты, социальные работники, в состав входят и медицинские сестры. Работа в МПК позволила медицинским сестрам решить ряд стоящих перед ними задач. Для решения одной из проблем, связанной с ВААРТ – привлечение больного к терапии и удержание в лечении на протяжении жизни, медицинскими сестрами разработан и используется в работе «Календарь приема препаратов», который включает в себя дни, часы, кратность приема препаратов и срок явки пациента к врачу для решения вопроса о продлении лечения и получения медикаментов.

Медицинские сестры понимают необычайную сложность работы с наркозависимыми пациентами с диагнозом ВИЧ-инфекция и при консультировании пациента используют не только индивидуальный подход, но и технику «о сложных вещах говорить доступным языком» и всегда помнят, что план лечения следует за нуждами пациента. Во время первичных бесед пациент получает необходимую для него информацию, и медицинская сестра раскрывает перед ним ряд тем:

- о лечении ВИЧ-инфекции, насколько оно может быть успешным;
- о правильном сбалансированном питании и других профилактических мерах, которые могут улучшить прогноз;
- о том, что необходимо остерегаться других инфекций;
- насколько точно пациент воспринял полученную информацию о терапии;
- формирует желание получать лечение и принимать препараты согласно предписанию врача;
- разъясняет необходимость приема всех назначенных препаратов в правильном количестве;

- разъясняет необходимость приема препаратов в установленное время, без пропусков приема;
- разъясняет необходимость приема препаратов в соответствии с указанным пищевым режимом;
- вырабатывает у пациента привычку обращаться за лекарством не позже, чем за неделю.

Рабочие места медицинских сестер краевого центра СПИД автоматизированы в единую компьютерную сеть, что позволяет им оперативно использовать информационные базы данных любого отдела. Это обеспечивает возможность контролировать и анализировать количество лиц, состоящих на диспансерном учете, взятых и снятых с учета, перешедших в ту или иную стадию заболевания, подлежащих лечению АРВ препаратами, умерших, выбывших, пролеченных на базе стационара и многое другое. При помощи различных компьютерных программ одна медицинская сестра обслуживает до пятнадцати территорий края и более. Она не только использует информационную базу, но и постоянно пополняет ее, а также осуществляет ежемесячно сверку данных о состоящих на «Д»-учете с лечебно-профилактическими учреждениями края.

Вывод: В процессе реализации национального проекта «Здоровье» медицинские сестры Центра СПИД приобретают новые знания, учатся применять и сегодня уже успешно используют инновационные технологии в своей работе с ВИЧ-инфицированными пациентами, делятся своим опытом с коллегами из других ЛПУ края.

Научное издание

**Актуальные аспекты ВИЧ-инфекции
в Сибирском федеральном округе**

**Материалы научно-практической конференции
специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД
Сибирского федерального округа
08 - 09 ноября 2012 года**

*Ответственный за выпуск А. Т. Тюменцев
Технический редактор Ю. Л. Рубина*

Подписано в печать 30.09.2012 г. Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать оперативная. Усл.-печ. л. 7,9 (130 стр.)
Уч.-изд. л. 10,7. Тираж 100 экз. Заказ № 68

ООО Издательский центр «Омский научный вестник»
Тел.: 8-905-921-98-22. E-mail: evga-18@mail.ru

Отпечатано в РПФ «СМУKart», ИП Гусев С. В.
644080, Омск, Проспект Мира, 7; тел. (3812) 65-16-27

