

**Федеральное бюджетное учреждение науки
«Омский научно-исследовательский институт
природно-очаговых инфекций»
Федеральной службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия человека**

**Сибирский федеральный окружной центр
по профилактике и борьбе со СПИД**

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ
В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2013-2017 годах**

Информационное письмо

Омск 2018

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ
ПАЦИЕНТАМИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2013-2017 годах**

**Информационное письмо. ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых
инфекций» Роспотребнадзора – Омск, 2018**

В настоящем информационном письме рассмотрены вопросы диспансеризации, включающие обследование и лечение ВИЧ-инфицированных пациентов. Проведена оценка полноты охвата диспансерным обследованием и антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных пациентов в регионах Сибирского федерального округа в период с 2013 по 2017 год. Разработано в Сибирском федеральном окружном центре по профилактике и борьбе со СПИД.

Составители: Довгополок Е.С., Левахина Л.И., Тюменцев А.Т.

Предназначено для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Сибирского федерального округа, а также для врачей эпидемиологов и инфекционистов лечебно-профилактических организаций, территориальных органов и учреждений здравоохранения, органов и организаций Роспотребнадзора.

Содержание

1. Общие положения.....	4
2. Введение.....	4
3. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами в Сибирском федеральном округе в 2013-2017 гг.....	5
3.1. Охват диспансерным наблюдением.....	6
3.2. Охват диспансерным обследованием.....	6
3.3. Обследование на туберкулез	7
3.4. Диспансерное наблюдение при проведении антиретровирусной терапии.....	8
4. Заключение.....	11
5. Рекомендации.....	11
6. Литература.....	13
7. Приложения.....	14

1. Общие положения

При составлении информационного письма были проанализированы поступившие в Сибирский федеральный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД ежемесячные отчетные формы «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» (2013-2017 гг.).

2. Введение

ВИЧ-инфекция является социально значимым заболеванием. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (РФ) на период до 2020 года определила дальнейшую перспективу государственной политики РФ по предупреждению распространения хронического заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

Социальная значимость ВИЧ-инфекции получила свое отражение не только в Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на 2014-2020 гг., но и в постановлении Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» включая в качестве приоритетных и индикативных показатели увеличения доли больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете и получающих антиретровирусную терапию (АРВТ).

Несмотря на государственную поддержку, направленную на доступность АРВТ в России и за рубежом, которая дает возможность улучшения качества и увеличения продолжительности жизни больным при ВИЧ-инфекции, приверженность диспансерному наблюдению и лечению данной категории больных остается низкой, что способствует их преждевременной смертности и дальнейшему распространению вируса [19]. Следует учитывать, что на качество профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции оказывают влияние мотивация и компетентность пациентов, социальные факторы [6,12].

Общее число выявленных случаев ВИЧ-инфекции по СФО на 01.01.2018 г. составило 256 761 человек. Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией населения СФО достиг 1328,5 на 100 тысяч населения, против 816,1 в 2013 г. В 2-х регионах превышен среднеокружной показатель пораженности: в Иркутской области (2275,9), Кемеровской области (2259,2) в 1,7 раза.

При установлении путей передачи ВИЧ-инфекции в СФО в 2017 г. отмечен рост полового пути до 60,6% случаев, в 2013 г – 44,4%. По территориям преобладает половой путь, кроме Новосибирской области, где доля полового и парентерального путей почти одинакова. В 2013 г. в СФО преобладал парентеральный путь 54,5%. На 6 территориях преобладал половой путь (Республики Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия, Иркутская область и Забайкальский край) и на 6 территориях парентеральный путь (Алтайский и Красноярский край, Кемеровская, Новосибирская, Омская и Томская области).

При анализе возрастной структуры ВИЧ-инфицированных в 2017 г. установлено: первое место занимает возрастная категория 30-34 года – 23,9%, второе место категория 35-39 лет – 22,6%, а на третьем месте 25-29 лет – 15,5%. В 2013 году лидировали те же возрастные группы, только ранжированные места распределены были следующим образом: первое место 30-34 л. – 27,5%, второе место 25-29 л. – 23,6%, третье место 35-39 л. – 17,9%. В СФО в 2017 г. среди ВИЧ-инфицированных по-прежнему преобладали мужчины (60,3%). В 2013 г. мужчины составляли – 61,7%. Женщин, инфицированных ВИЧ, было зарегистрировано 9 700 (39,7%), в 2013 г. женщин – 8 704 (37,7%).

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в СФО достиг 126,3 на 100 тысяч населения, что в 1,1 раза больше, чем в 2013 г. (119,9 на 100 тысяч человек). Территориальные показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в СФО в 2017 году значительно варьируют и составляют от 6,5 в Республике Тыва до 205,0 на 100 тысяч населения в Кемеровской области. Лидирующие позиции занимают три территории: Кемеровская (205,0), Иркутская (162,1) и Новосибирская области (145,2). Рост показателя отмечен в Республиках Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия, Новосибирской области и Забайкальском крае, в остальных регионах – снижение. Выше среднеокружного показатель заболеваемости в 4-х регионах: Кемеровской, Иркутской, Новосибирской и Томской областях.

3. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами в Сибирском федеральном округе в 2013-2017 годах

Залогом эффективного лечения больных ВИЧ-инфекцией, увеличения продолжительности и сохранения качества их жизни служит психосоциальная адаптация пациентов и своевременное начало терапии, способной предотвратить развитие характерных для этого заболевания угрожающих жизни поражений. Поскольку пациенты не всегда могут обнаружить у себя признаки прогрессирования заболевания, целесообразно проводить их активное выявление с помощью периодических обследований. Обследования пациента в рамках диспансерного наблюдения должны проводиться с его добровольного информированного согласия. Рекомендуется активное приглашение ВИЧ-инфицированных лиц на периодические

обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору [14].

3.1 Охват диспансерным наблюдением

По данным отчетной формы ежемесячного наблюдения «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» на 01.01.2018г. в СФО количество ВИЧ-инфицированных российских граждан, подлежащих диспансерному учету, составило 183 034 человек. Общее количество ВИЧ-инфицированных российских граждан в СФО, состоящих на диспансерном наблюдении в центрах СПИД, за пять лет увеличилось на 57 306 человек (с 104 183 в 2013 г. до 161 489 к 2017 г.).

Согласно целевым показателям Государственной стратегии доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией должна составлять: 2015 г. – 66,1%; 2016 г. – 69,1%; 2017 г. – 74,2%; 2018 г. – 79,5%; 2019 г. – 84,7%; 2020 г. – 90,0%.

За период с 2013 по 2017 гг. охват диспансерным наблюдением ВИЧ инфицированных пациентов на территории СФО вырос с 83,6% до 88,2% (Прил.7.1). В разрезе территорий СФО показатель охвата диспансерным наблюдением варьировал от 66,9 до 100,0% в 2013 г. и к 2017 г. составил от 79,1 до 100,0%. На всех территориях целевой показатель 2017 г. достиг отметки 74,2% с превышением его от 4,9 до 25,8%.

Доля беременных женщин, состоящих под наблюдением специалистов центров СПИД СФО, от общего числа диспансерных больных составила в 2013 г. 4,2%, к 2017 г. наметилась тенденция к снижению, и их доля уменьшилась до 3,1% (Прил.7.2).

3.2 Охват диспансерным обследованием

Полнота охвата и выполнение регламента диспансеризации ВИЧ-инфицированных является важным критерием качества оказания им медицинской помощи, своего рода «инструментом» оценки эпидемического процесса ВИЧ-инфекции [15,16].

Частота и объем плановых обследований пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу ВИЧ-инфекции, зависят от стадии заболевания и количества CD4 + - лимфоцитов в крови. Диспансерные приемы врача-инфекциониста проводятся согласно Национальным рекомендациям по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией (Клинический Протокол):

- ✓ пациентам со стадией 3 ВИЧ-инфекции при количестве CD4 + - лимфоцитов ≥ 500 клеток/мкл – через каждые 6 мес.;

- ✓ пациентам с другими стадиями ВИЧ-инфекции или при количестве CD4 + -лимфоцитов (далее CD4 +) < 500 клеток/мкл – каждые 3 мес. [10].

При проведении диспансерных приемов пациентов во всех случаях необходимо при консультировании больше внимания уделять вопросам антиретровирусной терапии (АРВТ), мотивируя пациентов на необходимость ее начала [10].

Охват обследованием ВИЧ-инфицированных пациентов в СФО за период 2013-2017 гг. снизился на 1,5% и составил в 2017 г. 90,9%, за счет следующих территорий: Р. Бурятия снижение на 8,5%, Алтайский край на 7,5%, Томская область на 7,6%, Омская область на 7,5% и Красноярский край на 4,8% (Прил.7.3).

Количество пациентов, прошедших обследование по определению иммунного статуса (CD4+) и вирусной нагрузки (ВН) за 5 лет увеличилось в 2 раза. Показатель охвата обследованием по определению иммунного статуса (CD4 +) за пятилетний период наблюдения вырос на 4,3%, а вирусной нагрузки на 8,5%. Из общего количества лиц, прошедших диспансерное обследование, определение иммунного статуса (CD4 +) было проведено в 2017 г. 136 227 пациентам или 91,3% против – 82 410 или 87,0% в 2013 г., а вирусная нагрузка соответственно 131 927 пациентам – 88,4% (2013 г. – 75 665 (79,9%)) (Прил.7.4).

Доля пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, прошедших исследование для определения иммунного статуса CD4 и вирусной нагрузки в разрезе территорий в 2017 г. варьирует от показателей ниже среднего по СФО в Томской и Новосибирской областях, Красноярском и Забайкальском краях и Республике Бурятия до 100,0% в Республиках Алтай, Тыва, Хакасия, Алтайском крае и Омской области (Прил.7.5).

3.3 Обследование на туберкулез

Туберкулез является ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных лиц [1, 3, 5, 13]. Несвоевременное выявление туберкулеза при наличии иммунодефицита приводит к быстрой диссеминации, генерализации процесса и, как следствие, высокой смертности больных [4,7]. Проблема своевременного выявления и лечения туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией сложна. Эффективность лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза лучше, когда специалисты, проводящие его, прошли подготовку по смежным областям и сотрудничают друг с другом [17]. Однозначно мнение многих исследователей, что при наличии туберкулеза у пациента с иммунодефицитом обязательно назначение антиретровирусной терапии, что положительно сказывается на благоприятном исходе лечения специфического воспаления [8,9].

Одной из актуальных проблем при планировании профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения является выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. Количество ВИЧ-инфицированных пациентов, имеющих диагноз активного туберкулеза увеличилось в 1,4 раза с 12 789 в 2013 г. до 17 610 в 2017 г., доля таких пациентов составляет 10,9%.

Доля пациентов, обследованных на туберкулез, из числа прошедших диспансерное обследование в 2017 г. остается на прежнем уровне, составив 87,8% (2013 г. – 87,1%). К территориям с показателем охвата ниже среднего по СФО относятся: Забайкальский (71,8%) и Красноярский (85,5%) края, Иркутская (77,5%), Томская (77,8%) и Новосибирская (85,6%) области (Прил.7.6).

3.4 Диспансерное наблюдение при проведении АРВТ

Журнал Клинические инфекционные заболевания (Clinical Infectious Diseases) [18] опубликовал исследование, продемонстрировавшее динамику достижения Европейским Союзом целей программы ЮНЭЙДС и ВОЗ «90-90-90». Стратегия «90-90-90» ставит для стран ЕС задачу достичь целевых показателей, подразумевающих, что 90% людей с ВИЧ знают о своем статусе, 90% людей, знающих о своем статусе, получают терапию, и 90% из получающих терапию достигают неопределяемой вирусной нагрузки. Данная стратегия должна привести к 75% снижению частоты новых случаев ВИЧ-инфекции. Собранные и проанализированные данные показали, что 84% людей с ВИЧ в ЕС диагностированы, 84% диагностированных людей получают антиретровирусную терапию, а 85% из них достигли подавления репликации. Дания и Швеция уже достигли целей «90-90-90», при этом большинство других европейских стран достигли хотя бы одной из этих целей. Оценить степень отставания по достижению целей каскада «90-90-90» России от стран ЕС не представляется возможным из-за неполных и некачественных статистических данных. Впрочем, вполне очевидно, что разница принципиальна: по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, на 31 декабря 2016 года в России с ВИЧ жили 871 тыс. человек, общая распространенность ВИЧ-инфекции составила около 0,6% от всего населения. Согласно официальной статистике, охват терапией в 2016 году в Российской Федерации составил 32,8% от числа зарегистрированных лиц с диагнозом ВИЧ-инфекция. Качественных данных по достигнутой супрессии нет [18].

По данным отчетной формы «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» в проведении антиретровирусной терапии в СФО в 2017 г. нуждались 69 761 пациент, из них получали лечение 64 213 или 92,0% (96,7% – 2013 г.). Доля пациентов, нуждавшихся в лечении, состоящих на диспансерном учете составила 43,2%, что на 20,6% больше 2013 г. (Прил.7.7).

В числе целевых показателей Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу определены увеличение охвата медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию и увеличение доли ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ) [11].

Согласно Государственной стратегии доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией (третий целевой показатель Государственной стратегии) должна составлять: 2015 г. – 26,3%; 2016 г. – 30,3%; 2017 г. – 32,3%. В СФО данный целевой показатель на 2,8% выше определенного стратегией (рис. 1).

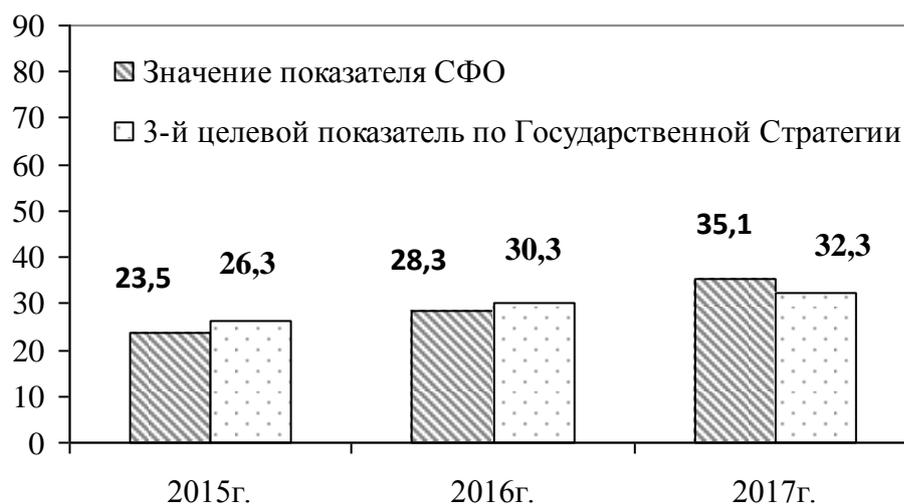


Рис. 1 Доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией СФО 2015-2017гг.

Четвертый целевой показатель Государственной стратегии определяет долю лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией, состоящих под диспансерным наблюдением. В 2017 г. данный показатель должен составлять – 44,0%. В СФО он составил 39,8%, что на 4,2% ниже значений определенных Государственной стратегией (рис. 2).

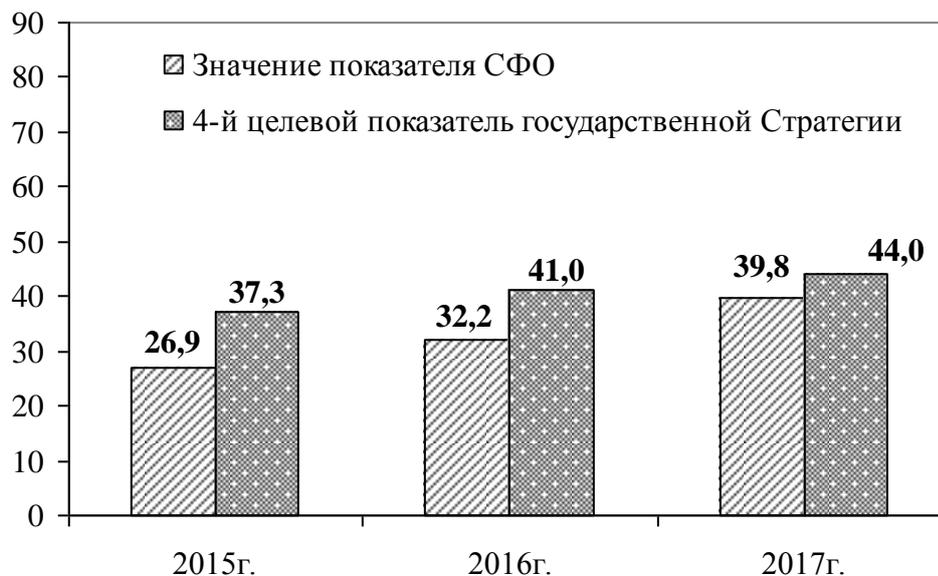


Рис. 2 Доля лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией, состоящих под диспансерным наблюдением СФО 2015-2017гг.

Из общего количества ВИЧ-инфицированных лиц СФО, прошедших обследование с целью мониторинга эффективности лечения определение иммунного статуса (СД4 +) в 2017 г. было проведено 60 970 пациентам или 94,9% против – 98,4% в 2013 г., а вирусная нагрузка соответственно 60 938 пациентам – 94,9% (2013 г. – 94,2%). Доля пациентов, не прошедших исследование иммунного статуса и вирусной нагрузки в 2017 г. составила 5,1% (Прил.7.8).

Не все пациенты, находящиеся на лечении, прошли обследование по определению иммунного статуса (СД4 +) и вирусной нагрузки, в разрезе территорий этот показатель варьирует от ниже среднего по СФО в Томской и Кемеровской областях, в Республике Алтай и Забайкальском крае и до 100,0% в Республиках Бурятия, Тыва, Иркутской, Новосибирской и Омской областях (Прил.7.9).

В 2017 г. из числа ВИЧ-инфицированных получавших лечение прервали его по различным причинам 5 472 пациента (8,5%) против 3 204 или 14,1% – в 2013 г. (Прил.7.10). Из всех прервавших лечение за пятилетний период наблюдения доля умерших составила 38,0 – 39,0%. Несмотря на продолжающийся рост количества ВИЧ-инфицированных нуждающихся в лечении доля лиц, прервавших его по различным причинам, снизилась на 5,6% (Прил.7.11).

4. Заключение

- ❖ Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией населения СФО в 2017 г. достиг 1328,5 на 100 тысяч населения, против 816,1 в 2013 г.
- ❖ При установлении путей передачи ВИЧ-инфекции в СФО в 2017 г. отмечен рост полового пути до 60,6% случаев, в 2013 г – 44,4%.
- ❖ Общее количество ВИЧ-инфицированных российских граждан в СФО, состоящих на диспансерном наблюдении в центрах СПИД, за пять лет увеличилось на 57 306 человек.
- ❖ За период с 2013 по 2017 гг. охват диспансерным наблюдением ВИЧ инфицированных пациентов на территории СФО вырос с 83,6% до 88,2%.
- ❖ Охват обследованием ВИЧ-инфицированных пациентов в СФО за период 2013-2017 гг. снизился на 1,5% и составил в 2017 г. 90,9%.
- ❖ Показатель охвата обследованием по определению иммунного статуса (CD4 +) за пятилетний период наблюдения вырос на 4,3%, а вирусной нагрузки на 8,5%.
- ❖ Доля пациентов, обследованных на туберкулез, из числа прошедших диспансерное обследование в 2017 г. остается на прежнем уровне, составив 87,8%.
- ❖ Удельный вес пациентов, нуждавшихся в лечении, состоящих на диспансерном учете в 2017 г. составила 43,2%, что на 20,6% больше 2013 г.
- ❖ Доля пациентов, не прошедших исследование иммунного статуса и вирусной нагрузки в 2017 г. составила 5,1%.
- ❖ Несмотря на продолжающийся рост количества ВИЧ-инфицированных нуждающихся в лечении доля лиц, прервавших его по различным причинам, снизилась на 5,6%.

5. Рекомендации

В Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу от 2016 года были сформулированы цели 90–90–90, которые предполагают, что к 2020 году 90 % людей, живущих с ВИЧ, будут знать о своем ВИЧ-статусе, 90 % людей, осведомленных о своем положительном ВИЧ-статусе, будут иметь доступ к антиретровирусной терапии, и 90 % людей, получающих лечение, достигнут вирусной супрессии. Достижение этих целей - неотъемлемое условие ускорения мер для прекращения эпидемии СПИДа как угрозы общественному здравоохранению к 2030 году [2].

Для достижения целей Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 года в условиях продолжающегося роста числа ВИЧ-инфицированных и увеличения количества пациентов, подлежащих лечению необходимо

гарантировать выделение достаточных средств для обеспечения ВИЧ-инфицированных пациентов лекарственными препаратами и обследованием согласно стандартам лечения.

Важно обеспечить всем ВИЧ-инфицированным пациентам доступность и максимальное приближение всех видов медицинской помощи к человеку. Совершенствовать многопрофильность и широкий диапазон медицинской помощи, которая предоставляется в амбулаторных условиях с оказанием психологической помощи.

Внедрить профилактические программы:

- по приверженности диспансерному наблюдению и лечению пациентов;
- по ограничению распространения ВИЧ-инфекции соблюдая социально-ответственный образ жизни, как здоровыми, так и ВИЧ-инфицированными лицами.

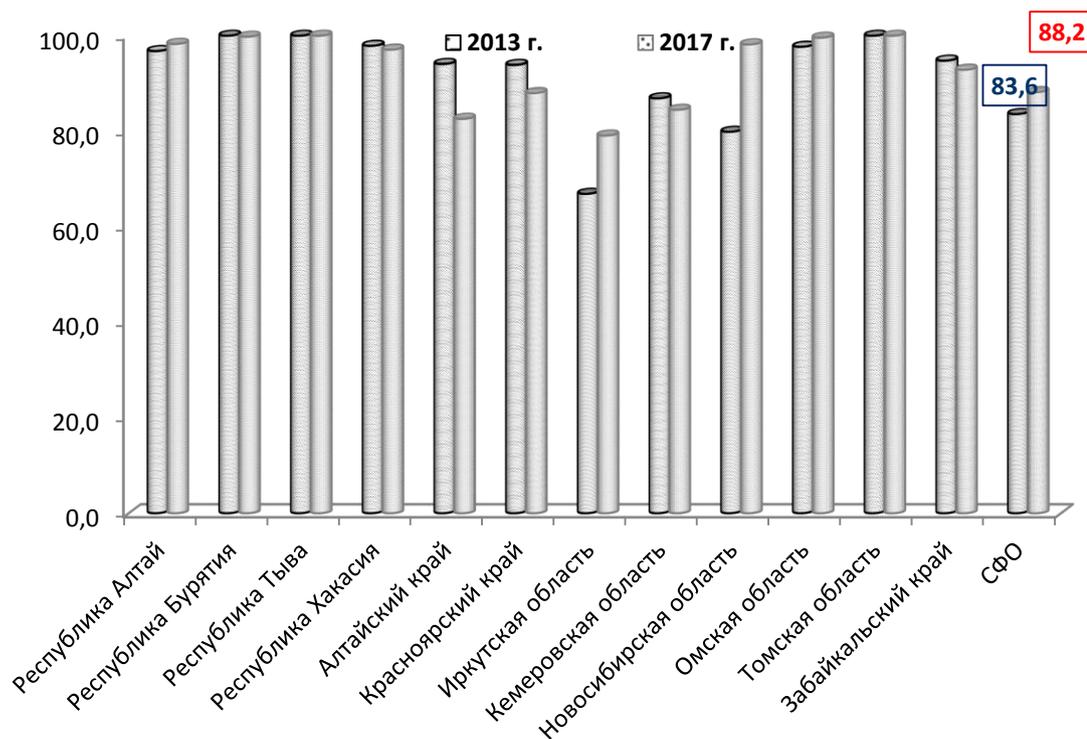
6. Литературные источники

1. Аксютин Л.П., Пасечник О.А. Подходы к управлению эпидемическим процессом в условиях патоморфоза туберкулезной инфекции // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2014. №2 (75). С.16–20.
2. Глобальная статистика ВИЧ // Информационный бюллетень ЮНЭЙДС. URL: <http://www.unaids.org/ru/resources/909090> (дата обращения 05.07.2018).
3. Зими́на В.Н., Кравченко А.В. Батыров Ф.А., и др. Воспалительный синдром восстановления иммунной системы, проявившийся туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией // Инфекционные болезни. 2010. Т. 9, № 2. С. 18–22.
4. Зими́на В.Н., Кравченко А.В. Батыров Ф.А., и др. Особенности течения туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // Туберкулез и болезни легких. 2010. № 3. С. 23–27.
5. Калачева Г.А., Довгополук Е.С., Мордык А.В., и др. Эпидемиологическая ситуация сочетанной патологии ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркомании в Сибирском федеральном округе // Сибирское медицинское обозрение. 2011. № 6. С. 40–43.
6. Ларин А.Б., Тюрков Ю.А. Медико-социальные аспекты формирования приверженности к лечению инфицированных ВИЧ на разных стадиях развития заболевания. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. 2011. 256 (39). С.77–79.
7. Мордык А.В., Пузырёва Л.В., Десенко А.С., и др. Туберкулез центральной нервной системы и мозговых оболочек в Омской области за 2009 – 2012 года. Медицина и образование в Сибири [Электронный журнал]. 2013.(5). Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/annotacy_full.php?id=1129 (дата обращения: 16.07.2018).
8. Мордык А.В., Пузырёва Л.В., Ситникова С.В., и др. Оценка проявлений ВИЧ-инфекции и результатов лечения пациентов от туберкулеза в специализированном стационаре // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015. Т. 7, № 1. С. 69–75.
9. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Ситникова С.В. Опыт применения противотуберкулезной и антиретровирусной терапии у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией // Журнал инфектологии. 2014. № 3.Т. 6. С. 51–55.

10. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией (Клинический Протокол). Утверждались на заседаниях проблемной комиссии при Главном внештатном специалисте по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции Минздрава РФ (30.05.2015 Санкт-Петербург, , 23.11.2015 Москва) и на Пленуме правления Национального научного общества инфекционистов (26.10.2015, Обнинск, Калужская область). 2015. С.215.
11. О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу: распоряжение Правительства РФ от 20 октября 2016 г. № 2203-р.
12. Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Романова С.Ю., Федоров П.Н., Минин П.В., Колпащикова Е.Ю. Медико-социальный портрет больных с хроническими гепатитами и ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. (1).С. 72–75
13. Пасечник О.А., Стасенко В.Л., Матущенко Е.В., и др. Клинико-Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в Омской области // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 88–92.
14. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией–эпидемиология и инфекционные болезни.// Эпидемиологические инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2011. №3 (приложение); 2012. №6 (приложение); 2013. №6 (приложение); 2014. №6 (приложение).
15. Самарина А.В., Ястребова Е.Б., Рахманова А.Г. и др. Динамика и анализ причин передачи ВИЧ от матери к ребенку в Санкт-Петербурге// ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. 4 (3). С. 9–18.
16. Ястребова Е.Б., Жолобов В.Е. и др. Комплексный подход к оказанию медико-социальной помощи женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией// ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. 3 (1). С. 47–51.
17. Abdool-Karim S.S., Abdool-Karim Q., Friedland G.et al. Implementing anti-retroviral therapy in resource-constrained settings. 2004. P. 38
18. Gourlay A, Noori T, Pharris A, Axelsson M. «The Human Immunodeficiency Virus Continuum of Care in European Union Countries in 2013: Data and Challenges»// Clin Infect Dis. 2017 Jun 15; 64(12). P. 1644-1656. <https://arvt.ru/news/2017-06-30-90-90-90> (Обращение к сайту 09.07.2018)
19. Simoni J.M., Amico K.R., Pearson C.R. et al. Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy// A review of the literature. Curr. Infect. Dis. Rep. 2008. 10. P 515—521.

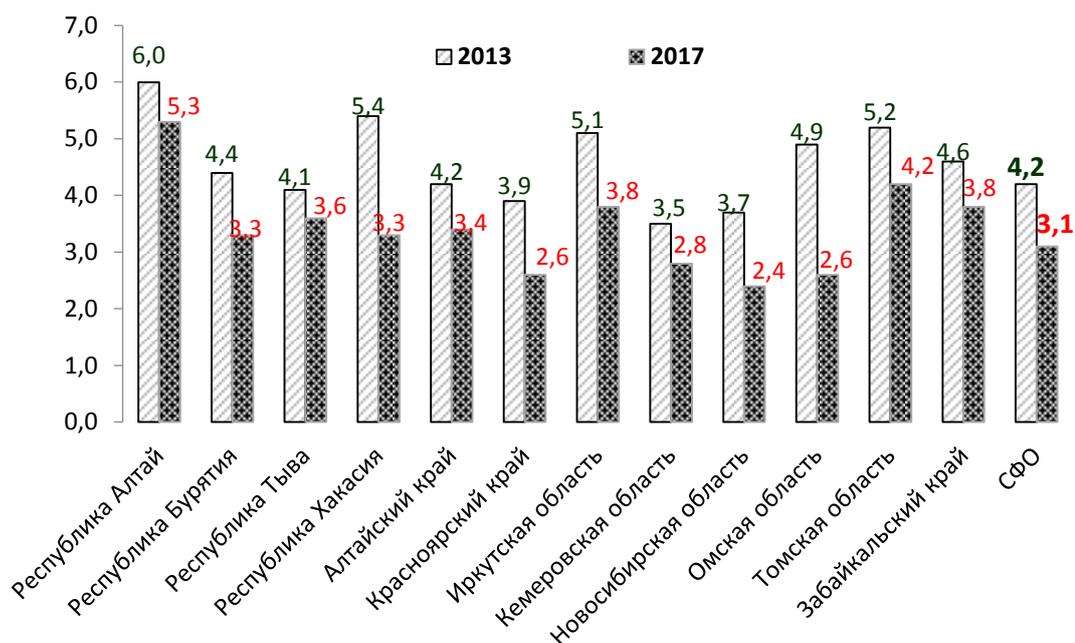
7. Приложения

Приложение 7.1



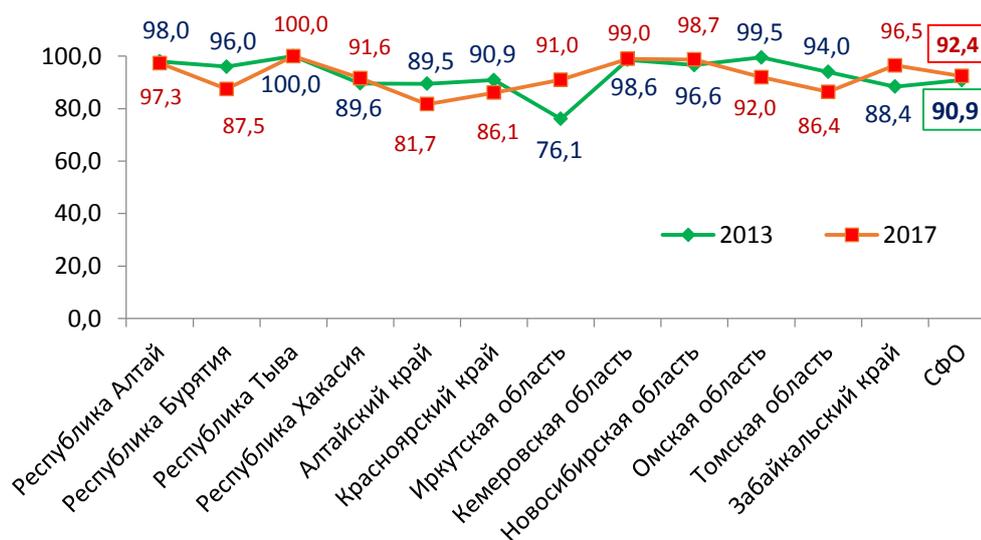
Охват ВИЧ-инфицированных пациентов диспансерным наблюдением
по территориям СФО в 2013 и 2017 гг. (%)

Приложение 7.2



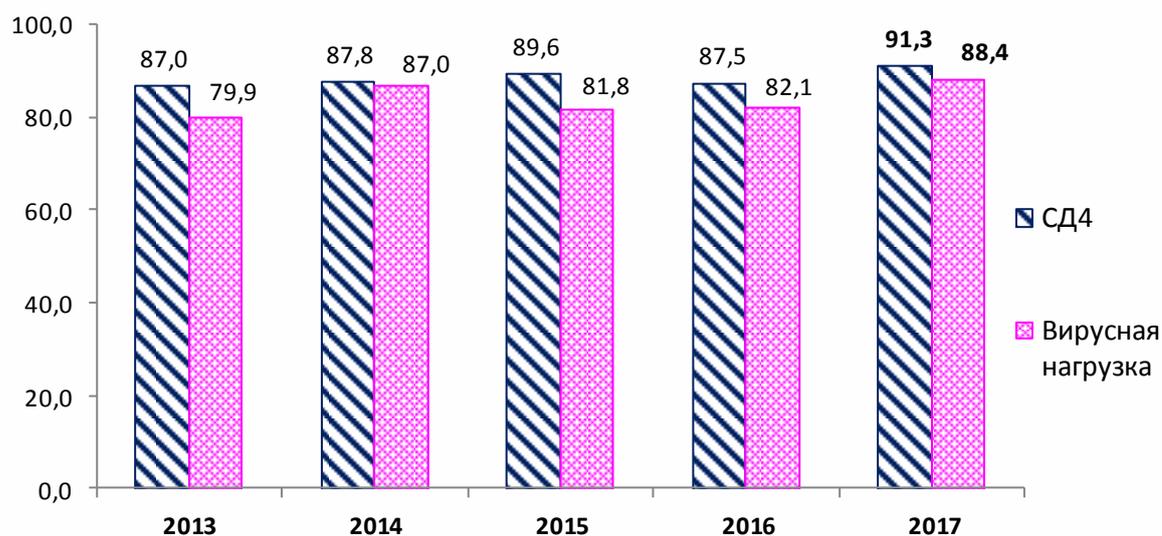
Доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин, состоящих на диспансерном
наблюдении в разрезе территорий СФО в 2013 и 2017 гг. (%)

Приложение 7.3



Удельный вес ВИЧ-инфицированных пациентов, прошедших диспансерное обследование по территориям СФО в 2013 и 2017 гг. (%)

Приложение 7.4



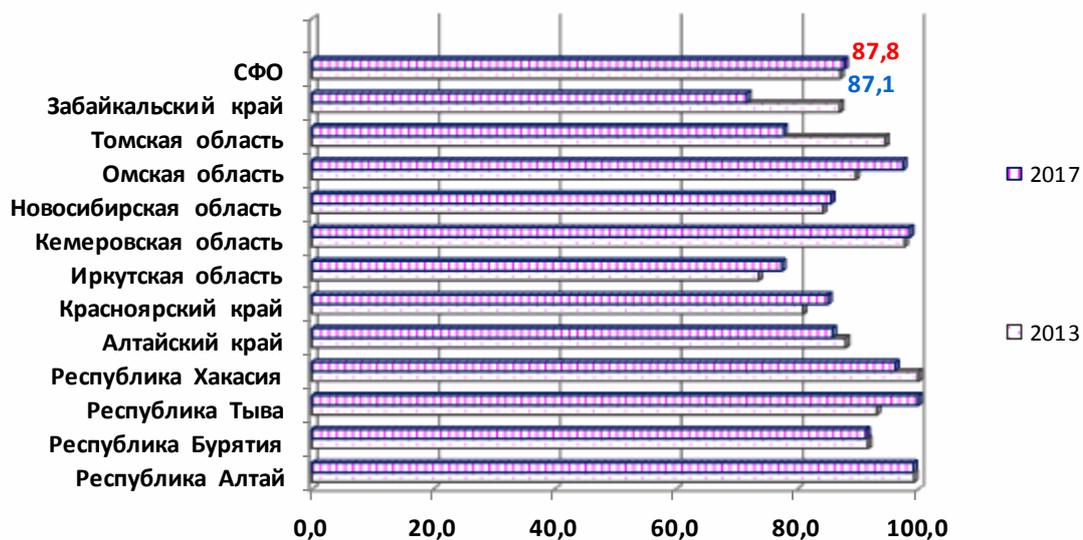
Удельный вес ВИЧ-инфицированных пациентов, прошедших обследование по определению иммунного статуса (CD4+) и вирусной нагрузки в СФО в 2013 и 2017 гг.

Приложение 7.5

Доля пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, прошедших исследование для определения иммунного статуса CD4 и вирусной нагрузки

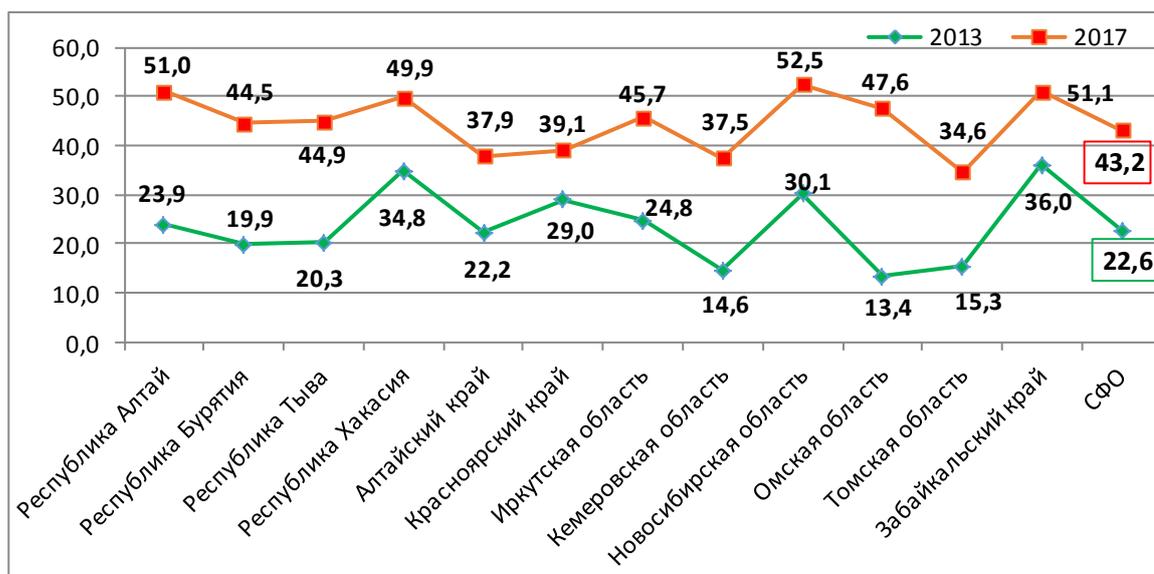
Территории	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.
определение иммунного статуса CD4 +					
Республика Алтай	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Бурятия	74,8	81,7	84,0	80,0	88,6
Республика Тыва	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Хакасия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Алтайский край	100,0	100,0	100,0	98,0	100,0
Красноярский край	97,6	74,8	79,2	82,4	85,6
Иркутская область	80,7	92,2	93,9	95,6	93,7
Кемеровская область	88,5	95,2	91,8	82,8	96,3
Новосибирская область	68,8	60,6	78,9	83,0	83,3
Омская область	96,0	97,1	97,5	99,3	100,0
Томская область	91,4	96,5	93,9	94,2	82,6
Забайкальский край	93,7	96,1	90,2	62,3	67,9
СФО	87,0	87,8	89,6	87,5	91,3
определение вирусной нагрузки					
Республика Алтай	100,0	100,0	100,0	98,4	100,0
Республика Бурятия	77,0	82,6	83,4	80,5	86,7
Республика Тыва	98,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Хакасия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Алтайский край	100,0	97,0	100,0	96,7	100,0
Красноярский край	71,1	57,9	53,4	55,8	70,4
Иркутская область	85,0	90,8	95,8	96,9	95,3
Кемеровская область	76,7	92,5	82,4	76,6	92,0
Новосибирская область	62,7	88,7	74,6	84,0	82,2
Омская область	91,0	98,5	98,2	98,9	97,8
Томская область	89,4	77,3	66,8	63,9	65,8
Забайкальский край	93,5	94,9	91,0	92,6	98,1
СФО	79,9	87,0	81,8	82,1	88,4

Приложение 7.6



Удельный вес ВИЧ-инфицированных пациентов, прошедших обследование на туберкулез в разрезе территорий СФО за 2013 и 2017 гг. (%)

Приложение 7.7



Удельный вес ВИЧ-инфицированных, нуждавшихся в ВААРТ по территориям СФО в 2013 и 2017 гг. (%)

Приложение 7.8

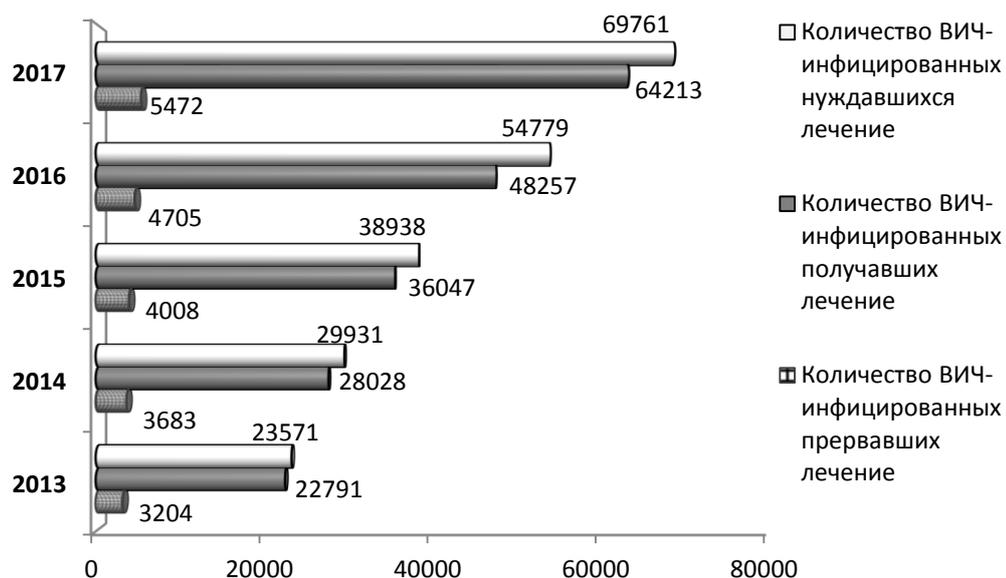


Удельный вес ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на АРВТ, прошедших обследование по определению иммунного статуса (CD4+) и вирусной нагрузки в СФО в 2013 и 2017 гг.

Доля пациентов получавших антиретровирусную терапию - ВААРТ, прошедших исследование для определения иммунного статуса CD4 и вирусной нагрузки

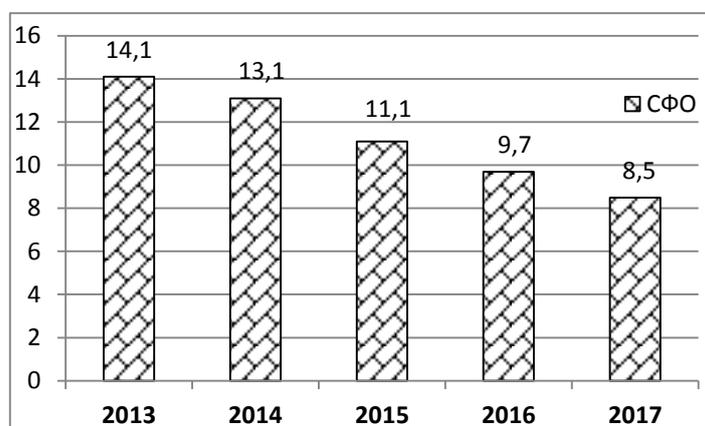
Территории	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.
определение иммунного статуса CD4 +					
Республика Алтай	100,0	96,1	89,5	87,1	82,9
Республика Бурятия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Тыва	73,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Хакасия	89,9	91,3	92,3	98,7	96,7
Алтайский край	99,1	99,1	99,7	99,3	97,4
Красноярский край	96,7	92,3	98,8	98,9	99,0
Иркутская область	97,4	95,5	100,0	100,0	100,0
Кемеровская область	100,0	96,3	100,0	100,0	84,2
Новосибирская область	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Омская область	99,9	99,9	99,9	79,9	100,0
Томская область	88,4	85,0	87,0	71,5	63,8
Забайкальский край	99,6	100,0	100,0	70,5	91,3
СФО	98,4	96,6	99,4	96,2	94,9
определение вирусной нагрузки					
Республика Алтай	100,0	96,1	89,5	87,1	79,9
Республика Бурятия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Тыва	73,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Хакасия	89,8	91,3	92,3	98,7	96,7
Алтайский край	99,1	99,1	99,7	99,3	97,4
Красноярский край	72,3	74,4	97,6	97,7	98,1
Иркутская область	97,4	98,7	100,0	100,0	100,0
Кемеровская область	100,0	96,3	100,0	100,0	83,9
Новосибирская область	99,1	100,0	97,8	98,0	100,0
Омская область	98,3	99,5	99,9	73,9	100,0
Томская область	86,3	69,5	91,1	73,7	68,6
Забайкальский край	99,6	100,0	100,0	76,7	91,3
СФО	94,2	94,2	98,9	95,5	94,9

Приложение 7.10



Сведения об АРВТ у ВИЧ-инфицированных пациентов
в регионах СФО за 2013-2017 гг.

Приложение 7.11



Удельный вес ВИЧ-инфицированных в СФО, прервавших АРВТ за 2013-2017 гг.