Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Профилактика заражения ВИЧ

Методические рекомендации
МР 3.1.0087—14

Издание официальное

Москва • 2014

gost.e-ecolog.ru

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Профилактика заражения ВИЧ

Методические рекомендации
МР 3.1.0087—14

ББК 51.9
П84

П84 **Профилактика** заражения ВИЧ: Методические рекомендации.—М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014.—71 с.

ISBN 978—5—7508—1281—3

1. Разработаны: ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИД (В. В. Покровский, Н. Н. Ладная, В. В. Беляева, Н. В. Козырина, О. Г. Юрин); Управлением эпидемиологического надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Л. А. Дементьева).

2. Утверждены врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главного государственного санитарного врача Российской Федерации А. Ю. Поповой 18 марта 2014 г.

3. Введены впервые.

ББК 51.9

ISBN 978—5—7508—1281—3

© Роспотребнадзор, 2014
© Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2014

Содержание

1. Область применения ... 4
2. Введение ... 4
3. Общие положения ... 5
3.1. Этиология, клиническое течение, лечение и их влияние на течение эпидемического процесса и противоэпидемические мероприятия ... 5
3.2. Диагностика ВИЧ ... 7
3.3. Распространенность заболевания ... 8
3.4. Пути передачи ВИЧ ... 9
3.5. Контингенты населения, восприимчивые к заражению ВИЧ ... 11
4. Противоэпидемические мероприятия при ВИЧ ... 13
4.1. Мероприятия, проводимые в отношении источников ВИЧ ... 13
4.2. Мероприятия, направленные на пути и факторы передачи ВИЧ ... 16
4.3. Меры в отношении восприимчивого контингента в выявленном очаге ВИЧ-инфекции ... 18
5. Профилактика ВИЧ ... 19
5.1. Общие подходы к профилактике заражения ВИЧ ... 20
5.2. Профилактика среди недифференцированного (общего) населения ... 21
5.3. Индивидуальная профилактика заражения ВИЧ ... 24
6. Профилактика ВИЧ среди специализированных групп населения ... 26
6.1. Информирование и обучение групп населения, важных для организации профилактических мероприятий ... 26
6.2. Доступные для обучения организованные группы населения ... 27
6.3. Группы, имеющие ограниченный доступ к обучению ... 34
6.4. Профилактика среди особо уязвимых и малодоступных групп населения ... 35
7. Диспансерное наблюдение и лечение людей, живущих с ВИЧ ... 43
8. Социальное сопровождение и поддержка лиц, живущих с ВИЧ/СПИД ... 44
9. Борьба со стигмой и дискриминацией ... 45
10. Борьба с ложной информацией и неверными представлениями о методах профилактики ВИЧ ... 46
11. Подготовка кадров ... 47
12. Программы действий по профилактике ВИЧ ... 47
13. Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ ... 49
Библиографический указатель ... 51
Приложение 1. Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемые для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию ... 54
Приложение 2. Информированное согласие на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ ... 60
Приложение 3. Информирование об обнаружении антител к ВИЧ ... 63
Приложение 4. Правила пользования презервативом ... 65
Приложение 5. Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции ... 66
Приложение 6. Примерный план мероприятий по профилактике заражения ВИЧ среди населения на 3-летний период ... 68

УТВЕРЖДАЮ
Врио руководителя Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека,
Главного государственного санитарного
врача Российской Федерации

А. Ю. Попова

18 марта 2014 г.

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПРОФИЛАКТИКА
ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Профилактика заражения ВИЧ

Методические рекомендации
МР 3.1.0087—14

1. Область применения

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, эпидемиологов, специалистов в области профилактической медицины, представителей общественности и неправительственных организаций, деятельность которых связана с организацией и проведением мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

2. Введение

В настоящее время в Российской Федерации увеличивается распространенность инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). Со времени выявления в 1987 г. первого случая заражения ВИЧ всего было обнаружено более 750 тыс. ВИЧ-инфицированных россиян и сообщено о смерти 140 тыс. из них. В 2013 г. было зарегистрировано более 70 тыс. лиц с ВИЧ-позитивным статусом (далее по тексту – ВИЧ-позитивных лиц); общее число зараженных граждан России оценивалось в 1,2 млн. Все эти люди могут погибнуть от СПИД, если не получат необходимого лечения. Современная терапия может существенно продлить жизнь ВИЧ-инфицированных, однако число нуждающихся в наблюдении и терапии постоянно растет, что приводит к постоянному росту затрат на диспансерное наблюдение и лечение ВИЧ-инфицированных, поэтому предупреждение распространения ВИЧ сре-

ди населения Российской Федерации является задачей государственного масштаба.

Целью данных рекомендаций является представление современных комплексных подходов к проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий при ВИЧ-инфекции.

3. Общие положения

ВИЧ-инфекция представляет собой болезнь, вызываемую вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению вплоть до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), приводящего ВИЧ-инфицированного к быстрой гибели. Преимущественное распространение ВИЧ среди молодого населения приводит к повышению смертности, сокращению рождаемости, уменьшению продолжительности жизни населения, сокращению численности работающего населения, увеличению затрат на здравоохранение, вызывает многофакторное деструктивное воздействие на социальную и экономическую жизнь общества.

3.1. Этиология, клиническое течение, лечение и их влияние на течение эпидемического процесса и противоэпидемические мероприятия

ВИЧ относится к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1 является наиболее распространенным типом возбудителя, распространение которого носит пандемический характер, ВИЧ-2 встречается преимущественно в странах, где население говорит на португальском языке. ВИЧ-1 и ВИЧ-2 некогда приобретены человеком у двух разных видов обезьян, однако современные случаи заражения человека от обезьян не зафиксированы, поэтому единственным источником ВИЧ считаются ВИЧ-инфицированные люди. Считается, что однажды инфицированный ВИЧ человек остается источником ВИЧ пожизненно, случаи спонтанной санации от возбудителя не документированы. Передача вируса от человека возможна на любой стадии заболевания, в том числе в инкубационном периоде.

Клиническое течение. В течение нескольких месяцев после заражения ВИЧ может наблюдаться непродолжительный период острых явлений, напоминающих ОРЗ, краснуху или мононуклеоз, а затем ВИЧ-инфекция в течение многих лет протекает латентно без видимых проявлений. В это время ВИЧ-инфекцию можно обнаружить только проведя

специальное диагностическое лабораторное исследование крови или других материалов на маркеры ВИЧ-инфекции. В последующие годы ВИЧ постепенно истощает иммунную систему человека: у 50 % в течение 8—10 лет и у 95 % в течение 20 лет после заражения ВИЧ развивается СПИД, который выражается в развитии угрожающих для жизни больного оппортунистических заболеваний, обычно вызванных малоопасными для здоровых людей микроорганизмами, или опухолями, этиологически связанными с вирусами. При отсутствии лечения больной СПИД умирает в течение 1 года. Медиана продолжительности жизни человека после заражения ВИЧ при отсутствии лечения составляет 10—12 лет, отдельные ВИЧ-инфицированные лица живут более 20 лет, что определяет большую длительность возможной передачи ВИЧ. Длительное отсутствие клинических проявлений и длительность существования потенциальных источников приводит к незаметному распространению ВИЧ среди населения разных стран и территорий, а спустя годы – массовой заболеваемостью СПИД зараженных ВИЧ и их гибелью.

Лечение ВИЧ-инфицированных лиц в настоящее время этиотропное: используется постоянное комбинированное применение химиопрепаратов, угнетающих размножение ВИЧ, обозначаемое как «антиретровирусная терапия» (АРТ). На современном этапе АРТ не позволяет полностью элиминировать ВИЧ, но останавливает размножение вируса, что приводит к восстановлению иммунитета, предотвращению развития или регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента и предотвращению его гибели. Снижение количества ВИЧ в организме ВИЧ-инфицированного человека, получающего АРТ, уменьшает вероятность передачи от него ВИЧ. В настоящее время влияние АРТ на эпидемический процесс ВИЧ-инфекции наглядно демонстрирует снижение уровня передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку, ряд исследований показывает, что чем чаще применяется АРТ в популяции ВИЧ-инфицированных, тем ниже уровень передачи ВИЧ в этой группе.

В то же время АРТ увеличивает продолжительность существования потенциального источника ВИЧ. Перерывы в применении АРТ, ее прекращение приводят к развитию резистентности ВИЧ, то есть формированию устойчивых к препаратам штаммов ВИЧ, которые приобретают возможность к распространению, несмотря на применение АРТ.

3.2. Диагностика ВИЧ

Клинический диагноз ВИЧ устанавливается путем сопоставления клинических, эпидемиологических и лабораторных данных. Однако в Российской Федерации противоэпидемические мероприятия в отношении источника начинают осуществляться сразу после выявления лабораторных маркеров заболевания, до проведения полного клинического обследования и установления клинического диагноза ВИЧ у выявленного ВИЧ-инфицированного лица. Это обусловлено тем, что в России проводится активное выявление источников инфекции путем исследования материалов, взятых у населения, а это приводит к тому, что в большинстве случаев выявляются лица, находящиеся в латентной стадии заболевания без клинических проявлений, и дальнейший процесс установления клинического диагноза требует длительного обследования. Для обнаружения лиц, предположительно ВИЧ-инфицированных, в Российской Федерации широко применяется исследование крови на антитела к ВИЧ, реже применяют также обнаружение антигенов и генов ВИЧ, однако окончательным доказательством наличия ВИЧ считается положительная реакция на обнаружение специфических антител к ВИЧ методами иммунного блотинга, после установления которой отправляется сообщение о случае заболевания. До получения положительного результата в иммунном блотинге лица с положительными результатами других исследований, а также с сомнительными результатами иммунного блотинга, считаются подозрительными на заражения ВИЧ, и в отношении их рекомендуется проводить противоэпидемические меры, такие, как отстранение от донорства, консультирование. При положительном иммунном блотинге у детей до полутора лет, у которых могут обнаруживаться материнские антитела при отсутствии ВИЧ, используются методы выявлении провирусной ДНК ВИЧ и вирусной РНК ВИЧ.

Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ не всегда означает, что человек не инфицирован, поскольку существует период «серонегативного окна» (время между заражением ВИЧ и появлением антител, который обычно составляет около трех месяцев); в этот период инфицирование ВИЧ может подтвердить обнаружение антигенов ВИЧ или генного материала ВИЧ. В ряде случаев при недостаточных данных лабораторного подтверждения предполагать наличие ВИЧ можно по эпидемиологическим данным (например, переливание ВИЧ-инфицированной крови, рождение от ВИЧ-позитивной матери) и/или по клиническим проявлениям ВИЧ. В таких случаях целесообразно приступать к противоэпидемическим мероприятиям не дожидаясь лабораторного проявления, так как из-за высокой вирусной нагрузки при отсутствии

антител в ранней стадии заболевания ВИЧ-инфицированные являются наиболее опасными источниками ВИЧ.

3.3. Распространенность заболевания

Глобальная эпидемия (пандемия) ВИЧ в мире развивается более 30 лет. Интенсивная международная миграция различных групп населения привела к заносу ВИЧ из зон первоначального распространения практически во все страны мира. К концу 2011 г. по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и программы ООН по СПИД (ЮНЭЙДС) всего в мире жили с ВИЧ 35,3 млн человек, при этом в 2011 г. заразилось 2,3 млн человек (ЮНЭЙДС, 2012). К этому времени уже умерли от СПИД до 30 млн человек, ранее зараженных ВИЧ. Тремя наиболее пораженными ВИЧ регионами в мире являются Африка к югу от Сахары, в этом регионе более 4,8 % населения в возрасте 15—49 лет жили с ВИЧ/СПИД в конце 2011 г., страны Карибского бассейна – 1,0 % и регион Восточной Европы и Центральной Азии – 1,0 %.

Общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных россиян составило к 31 декабря 2013 г. 798 120 человек, что составляет 0,5 % от всего населения, а среди возрастной группы 15—49 лет – 0,8 % населения. По данным Роспотребнадзора, согласно форме мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Российской Федерации к 31 декабря 2013 г. умерло по разным причинам 140 000 ВИЧ-инфицированных, в том числе 20 511 только за 2012 год. Случаи ВИЧ обнаруживались во всех регионах России, преимущественно среди городского населения. К числу наиболее пораженных регионов относятся: Иркутская, Кемеровская, Ленинградская, Оренбургская, Самарская, Свердловская, Тверская, Тюменская, Челябинская и Ульяновская области, г. Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский автономный округ, Пермский и Алтайский края.

В районах с высокой распространенностью ВИЧ большое значение имеет организация противоэпидемических мероприятий, то есть мер воздействия на выявленные источники заболевания. Регионы с низкой пораженностью ВИЧ являются потенциально опасными для ее быстрого распространения, в связи с чем эти районы особенно важны для проведения профилактических мероприятий.

Чаще всего ВИЧ в Российской Федерации обнаруживается у мужчин 30—35 лет, из которых инфицированы 2,4 %, и среди женщин в возрасте 25—34 лет – 1,2 %. Наблюдается также и увеличение процента случаев ВИЧ, выявляемых среди более старших возрастных групп: в 2012 г. новые случаи ВИЧ преимущественно регистрировались у росси-

ян в возрасте 30—40 лет (44,2 %). Наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа инфицированных женщин и их доли в структуре ВИЧ-инфицированных лиц (феминизации эпидемии), что ведет к увеличению числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. За годы эпидемии было рождено более 97 тыс. таких детей, из которых ВИЧ диагностирован у 5 957 детей.

Наиболее пораженными ВИЧ группами населения в России в 2012 г. являлись потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – в разных регионах страны от 6,4 до 58,5 % инфицированных, лица, занимающиеся проституцией, – «коммерческие секс-работники» (КСР) – от 3,8 до 11,6 %, мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами (МСМ), – от 5,2 до 14,8 %. Подобное распределение ВИЧ-инфицированных среди населения обусловлено действующими в настоящее время путями передачи ВИЧ.

3.4. Пути передачи ВИЧ

ВИЧ-инфекция в естественных условиях передается от человека к человеку при половых контактах и от матери ее ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. ВИЧ может передаваться также с кровью при переливании крови или при парентеральных вмешательствах, выполняемых загрязненными инфицированной ВИЧ кровью инструментами как в медицинских, так и в немедицинских условиях (внутривенное введение наркотиков, пирсинг). Отмечены случаи заражения ВИЧ при пересадке органов и при искусственном оплодотворении с использованием контаминированных ВИЧ донорских материалов.

Передача ВИЧ при половых контактах. ВИЧ передается преимущественно при вагинальных и анальных половых контактах, передача при других видах половых сношений встречается редко. Факторами передачи ВИЧ являются: сперма (при этом ВИЧ находится не в сперматозоидах, а в семенной жидкости и клетках), выделения женских половых путей, а также кровь и другие патологические отделяемые половых путей (при наличии заболеваний). Травмирование органов при половых контактах также увеличивает уровень передачи ВИЧ, показано, что вероятность передачи ВИЧ при анальных сношениях, как более травматичных, выше, чем при вагинальных. Основными факторами передачи ВИЧ являются наличие на покровах половых путей, как источника инфекции, так и незараженного партнера воспалительных заболеваний (часто связанных с ИППП) или дисплозивных процессов, служащих воротами для проникновения инфекции. Вероятность передачи ВИЧ определяет высокий уровень вирусной нагрузки у источника инфекции, ко-

торый наблюдается в ранней стадии заболевания (инкубационный период, период первичной кинической манифестации), снижается в период латентной инфекции и имеет тенденцию к повышению в поздних стадиях болезни.

Вертикальная передача ВИЧ. Ребенок ВИЧ-инфицированной матери может получить от нее ВИЧ как во время ее беременности, так и в родах, а в послеродовом периоде – при грудном вскармливании. Факторами передачи служат кровь, патологическое отделяемое и грудное молоко. Без проведения профилактических мероприятий суммарный риск инфицирования ребенка составляет от 25 до 50 %, возрастает в острой стадии ВИЧ у матери (высокая вирусная нагрузка) и при наличии у нее сопутствующих заболеваний.

Описана передача ВИЧ от инфицированного ребенка кормящей грудью женщине; передача была связана с наличием у детей эрозий полости рта на фоне острой ВИЧ и трещинами околососковой области у матери.

Передача ВИЧ при переливании крови и пересадке органов обусловлена прямым попаданием инфицированного материала в неинфицированный организм. Фактором передачи ВИЧ могут быть практически все ткани и органы инфицированного ВИЧ донора.

Передача ВИЧ при искусственном оплодотворении аналогична половой передаче ВИЧ; при лечении бесплодия могут кроме спермы использоваться донорские клетки и другие донорские материалы, которые также могут быть факторами передачи ВИЧ.

Передача ВИЧ при медицинских инвазивных процедурах возможна при их осуществлении инструментами, контаминированными ВИЧ, не прошедшими промежуточной стерилизации. Описаны внутрибольничные вспышки среди пациентов стационаров, обусловленные повторным применением необработанного медицинского инструментария, использованием одного контаминированного ВИЧ раствора препарата для введения нескольким пациентам, а также случаи заражения медицинского персонала, случайно уколовшегося инструментами во время оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам; возможна и передача ВИЧ от инфицированного медицинского работника пациенту в случае ранения медицинского работника в ходе парентерального вмешательства.

Передача ВИЧ при немедицинских парентеральных вмешательствах отмечается в широких масштабах среди потребителей психотропных веществ, вводящих их внутривенно, что связано с использованием несколькими потребителями наркотиков общих загрязненных кро-

вью игл и шприцев, попаданием крови зараженного ВИЧ в растворы наркотика, в жидкости, которыми промывают шприцы, на другие предметы, используемые при приготовлении раствора наркотика. Аналогичный путь передачи может наблюдаться при парентеральном введении анаболиков, иглоукалывании, нанесении татуировок, пирсинге.

Другие пути передачи ВИЧ, кроме вышеописанных, в том числе передача при тесном бытовом контакте с источником ВИЧ не выявлены.

3.5. Контингенты населения, восприимчивые к заражению ВИЧ

Восприимчивость к ВИЧ населения высокая, лишь у незначительных по численности групп обнаруживается пониженная восприимчивость к заражению ВИЧ половым путем, которая связана с наличием определенных генетических особенностей. Наличие этой прослойки при проведении профилактических мероприятий значения не имеет.

Потенциально все население в той или иной мере уязвимо к заражению ВИЧ парентеральным путем, например, при переливании крови или при парентеральных медицинских вмешательствах, однако возможность передачи ВИЧ при вагинальных половых сношениях обуславливает повсеместное вовлечение в эпидемический процесс гетеросексуального населения, в связи с чем наибольшее число зараженных ВИЧ в мире принадлежит гетеросексуальному населению, не употребляющему наркотики.

Скорость распространения ВИЧ среди гетеросексуального населения определяют такие факторы, как частота смены половых партнеров, количество половых актов с инфицированным партнером, распространенность ИППП (воспалительных заболеваний половой сферы), в связи с чем общий уровень пораженности гетеросексуального населения в отдельных странах существенно отличается, достигая в отдельных регионах мира 25 % и более.

Вопреки заблуждению, что риску заражения ВИЧ подвергаются лица, имеющие много половых партнеров, для высокого риска инфицирования достаточно иметь только одного, но при этом зараженного ВИЧ полового партнера. Поэтому половые партнеры ВИЧ-позитивных лиц, независимо от их принадлежности к иным группам, считаются наиболее уязвимой для заражения ВИЧ группой населения. Так как в настоящее время в Российской Федерации инфицированы 1,5 % мужчин и женщин в сексуально активной возрастной группе 25—35 лет, то вероятность вступления в гетеросексуальные половые отношения даже с одним инфицированным партнером высока. В циркуляции ВИЧ могут иметь зна-

чение и моногамные отношения с последовательно сменяющими друг друга партнерами (повторные браки, «серийная моногамия»).

В гетеросексуальной части населения можно выделить группы, имеющие относительно больший риск заражения, в частности это те, кто постоянно вступает в половые связи с несколькими половыми партнерами: например лица, продающие сексуальные услуги, – коммерческие секс-работники (КСР), постоянные пользователи услуг («клиенты КСР»), молодежь и мигранты, не имеющие постоянных половых связей, а также лица, склонные к частой смене половых партнеров (к промискуитету), из-за особенностей психики, воспитания, условий среды или социальной дезадаптации.

Считается также, что мужчины, вступающие в половую связь с мужчинами (МСМ), подвергаются большему риску заражения из-за того, что практикуют более опасные в плане заражения анальные половые сношения, относительно часто меняют половых партнеров и чаще меняют места проживания.

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) представляют собой группу людей, использующих внутривенное введение наркотических препаратов и психоактивных веществ с немедицинскими целями. Для наркопотребителей, кроме высокого риска заражения при парентеральном введении наркотиков, существует также угроза заражения из-за частой смены половых партнеров, в том числе из-за занятия коммерческим сексом для получения средств на наркотики.

В разные периоды эпидемии наибольшему риску заражения на разных территориях могут подвергаться разные группы населения, поэтому своевременное выявление этих групп имеет большое значение для организации профилактических мероприятий. Так, во Франции в 80-е годы заразились ВИЧ многие реципиенты донорской крови, в связи с чем реципиенты крови рассматривались как группа риска по ВИЧ, однако введение тестирования донорской крови и другие мероприятия по предупреждению этого пути передачи привели к полному исчезновению подобных случаев. Существенное уменьшение роли передачи ВИЧ среди наркопотребителей в Испании, Франции, Германии связывают с обучением наркопотребителей использованию чистых игл и шприцев, презервативов, а также государственным программам по распространению среди наркоманов агонистов опиоидных рецепторов, применяемых перорально или под медицинским контролем.

Для изучения динамики эпидемического процесса на отдельных территориях необходимо организовать и использовать постоянный **эпидемиологический мониторинг и поведенческие исследования** в раз-

личных группах населения. Чаще всего в начале развития эпидемии ВИЧ первыми поражаются уязвимые группы населения, а в дальнейшем происходит распространение инфекции в основной популяции, обычно через половых партнеров представителей уязвимых групп. Своевременное внедрение эффективных профилактических программ среди уязвимых групп населения предотвращает поражение представителей этих групп ВИЧ, что снижает и риск заражения ВИЧ представителей основной популяции.

В то же время представители «традиционных групп риска» (ПИН, КСР и МСМ) отличаются от общего населения особенностями быта и поведения, которые обусловливают необходимость проведения в этих группах специфических противоэпидемических и профилактических мероприятий.

4. Противоэпидемические мероприятия при ВИЧ

Противоэпидемические мероприятия организуются в выявленных очагах ВИЧ. Они могут быть направлены на источник ВИЧ, прерывание путей передачи и снижение риска заражения лиц, связанных с выявленным очагом ВИЧ.

4.1. Мероприятия, проводимые в отношении источников ВИЧ

Выявление источников инфекции, тестирование населения на маркеры ВИЧ. Выявление ВИЧ-инфицированных лиц в Российской Федерации осуществляется как путем диагностирования клинически выраженных случаев ВИЧ, так и путем активного обследования населения для выявления потенциальных источников заражения – ВИЧ-инфицированных лиц без клинических проявлений. Группы населения, которым рекомендуется пройти обследование по инициативе медицинских работников, определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинские работники должны рекомендовать лицам, у которых они обнаруживают риски заражения ВИЧ, проходить освидетельствование на ВИЧ для раннего выявления ВИЧ, предоставлять консультирование по вопросам предупреждения заражения ВИЧ, необходимости своевременной постановки на диспансерный учет для своевременного начала лечения.

Освидетельствование на ВИЧ в большинстве случаев проводится по рекомендации медицинских работников, реже – по инициативе обследуемого лица. Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

определяется, что любой гражданин Российской Федерации может обследоваться на антитела к ВИЧ: добровольно; бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения; анонимно по желанию; с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ.

Согласно данному Закону обследуются в обязательном порядке доноры крови и органов, иностранцы, пребывающие в Российской Федерации на срок более трех месяцев (для предотвращения передачи ВИЧ), а также медицинские работники, занятые оказанием помощи ВИЧ-позитивным (в целях обеспечения их социальной защиты).

Группы населения, подлежащие обязательному освидетельствованию на ВИЧ и рекомендуемые для добровольного тестирования на ВИЧ, приведены в прилож. 1.

Обследование на ВИЧ во всех случаях должно сопровождаться консультированием.

Консультирование при проведении обследования на ВИЧ. В процессе до- и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ должны произойти: оценка риска инфицирования, выработка индивидуального плана снижения этого риска, мотивирование на изменение поведения, получение добровольного информированного согласия на обследование, закладывается приверженность системе получения помощи, диспансерному наблюдению и лечению заболевания. Консультирование должно проводиться обученным специалистом (желательно врачом-инфекционистом, врачом-эпидемиологом или психологом). Объем до- и послетестового консультирования определен санитарными правилами СП 3.1.5.2826—10 «Профилактика ВИЧ», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 № 1. Более подробно подход изложен в методических рекомендациях Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 5952-РХ «Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию». Согласно СП 3.1.5.2826—10 при проведении дотестового консультирования необходимо заполнить форму информированного согласия на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию (прилож. 2) в двух экземплярах, одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в лечебно-профилактической организации.

Ответ о результате освидетельствования выдается при завершении алгоритма тестирования и не сообщается по телефону. Консультирование при любом результате тестирования на ВИЧ должно содержать обсуждение значения полученного результата с учетом риска заражения

ВИЧ для освидетельствуемого лица; разъяснение путей передачи ВИЧ и способов защиты от заражения ВИЧ для освидетельствуемого лица; видов помощи, доступных для инфицированного ВИЧ, и рекомендации по дальнейшей тактике тестирования.

Консультирование при неопределенном результате тестирования на ВИЧ в дополнение к комплексу стандартной информации должно содержать обсуждение возможности инфицирования ВИЧ, необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ, гарантий оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных. Пациент должен быть направлен в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

При получении положительного результата тестирования на ВИЧ, специалист должен сообщить положительный результат теста в ясной и краткой форме, предоставить время для восприятия этого известия, выслушать мысли и чувства и ответить на вопросы обследуемого. Консультирование при получении положительного результата является кризисным, обследуемому должна быть оказана психологическая поддержка. Пациент должен быть направлен для установления диагноза ВИЧ и оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД. Диспансерное наблюдение и лечение при ВИЧ проводится на основе добровольности, однако, консультант должен принять все возможные меры, чтобы убедить ВИЧ-позитивного незамедлительно пройти обследование и в рекомендуемые сроки начать специфическое лечение (АРТ), так как позднее обращение за медицинской помощью является одной из главных причин смертей ВИЧ-позитивных лиц.

Консультирование по юридическим аспектам выявленных ВИЧ-позитивных лиц обычно входит как обязательный элемент в общий процесс консультирования, но рассматривается как самостоятельное противоэпидемическое мероприятие, так как считается, что уголовное наказание за постановку в угрозу заражения ВИЧ (и еще более тяжелое – за заражение ВИЧ) должно снижать активность потенциального источника инфекции. Специалист разъясняет необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, сообщает о гарантиях оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица. Пациент должен быть письменно уведомлен о выявлении у него ВИЧ (прилож. 3), одна форма выдается на руки обследуемому, другая сохраняется в лечебно-профилактической организации.

Специфическая терапия антиретровирусными препаратами, снижая вирусную нагрузку у ВИЧ-инфицированного, снижает риск передачи инфекции. Как противоэпидемическое мероприятие снижает риск заражения неинфицированного партнера в дискордантных по ВИЧ-статусу парах, снижает общую активность эпидемического процесса при значительном охвате ВИЧ-позитивных лиц лечением.

Лечение сопутствующих заболеваний, в том числе ИППП, для снижения вероятности передачи ВИЧ, проводится в соответствии с утвержденными рекомендациями и стандартами их лечения. Снижение заболеваемости ИППП среди населения может снижать общий уровень циркуляции ВИЧ.

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери-ребенку – прием антиретровирусных препаратов беременными женщинами для снижения вероятности вертикальной передачи ВИЧ инфекции – высокоэффективная мера снижения уровня передачи ВИЧ.

Направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение наркотической зависимости. Благодаря тому, что ВИЧ-позитивный ПИН хотя бы некоторое время воздерживается от приема наркотиков, данная мера позволяет снизить его потенциальную активность как источника ВИЧ.

Отстранение ВИЧ-позитивных лиц от донорства определено СП 3.1.5.2826—10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» и другими документами.

4.2. Мероприятия, направленные на пути и факторы передачи ВИЧ

Проведение эпидемиологического расследования для выявления путей и факторов передачи ВИЧ определено методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.09.2007 № 6963-РХ «Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и противоэпидемические мероприятия» и СП 3.1.5.2826—10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Обследование крови и других донорских материалов на ВИЧ, уничтожение (утилизация) материалов, контаминированных ВИЧ, установлено СП 3.1.5.2826—10, Техническим регламентом о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 26.01.2010 № 29 и другими документами.

Использование презервативов – единственная полностью доказанная исследованиями доступная технология для снижения сексуальной передачи ВИЧ. Использование презервативов предохраняет от не-

посредственного контакта с половыми органами и потенциально опасными выделениями, благодаря чему обеспечивается механическая защита от инфицирования ВИЧ, специальные исследования показали, что мужские презервативы непроницаемы для инфекционных агентов, содержащихся в половых секретах. Презервативы также существенно снижают риск заражения другими ИППП.

Отдельные исследования показали, что «использование презервативов» снижает риск инфицирования лишь на 60—80 %, однако такие результаты были обусловлены непостоянным или неправильным использованием презервативов в исследованных группах. Презервативы могут быть неэффективны в следующих случаях: при разрыве презерватива, сползании презерватива, неправильном использовании презерватива, например, при использовании презерватива не в течение всего полового акта, а только в момент эякуляции. Причинами разрыва презерватива могут быть: неправильное хранение и несоблюдение срока годности, повреждение презерватива при вскрытии упаковки, использование лубриканта (смазки) не на водной, а на жировой основе, повторное использование презерватива. Если презерватив не разорвался и был правильно использован, он защищает от заражения ВИЧ. Все вышеперечисленные факторы, снижающие эффективность использования презервативов, могут быть минимизированы при надлежащем контроле качества распространяемых презервативов, обучении населения правилам использования презервативов.

Кроме «мужского» презерватива применяют также «**женские презервативы**», которые могут по своей инициативе использовать женщины (в то время как использование обычного презерватива зависит от мужчины), они снижают риск заражения и рекомендуются международными организациями, занимающимися профилактикой ВИЧ, однако в России они пока не получили распространения.

Несколько снижают риск заражения ВИЧ (но в меньшей степени, чем презервативы) такие барьерные контрацептивы, как влагалищные диафрагмы и маточные колпачки. Подмывания после полового сношения, обработка половых органов дезинфицирующими препаратами, вероятно, снижают риск инфицирования, однако доказательных исследований об их эффективности не имеется.

В стадии разработки и полевых исследований находятся **макробициды**, то есть препараты местного действия, убивающиел вирус непосредственно во влагалище или прямой кишке. Разрабатываются и вакцины местного действия, которые предположительно будут стимулиро-

вать местный иммунитет и предупреждать передачу ВИЧ при половых контактах.

Проведение дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария и оборудования, применение одноразового инструментария, а также стерильного оборудования и инструментария в парикмахерских, косметологических салонах, салонах, делающих пирсинг и татуировку установлено СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58.

Обеспечение и контроль за безопасностью практик медицинских манипуляций и использованием барьерных методов защиты для персонала (СанПиН 2.1.3.2630—10).

При предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку наряду с химиопрофилактикой в соответствии с СП 3.1.5.2826—10 применяются:

- санитарная обработка родовых путей;
- кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных женщин с высокой вирусной нагрузкой в родах;
- замена грудного вскармливания ребенка ВИЧ-инфицированной матери на искусственное;
- антиретровирусная терапия женщины в период грудного вскармливания (при невозможности искусственного вскармливания).

4.3. Меры в отношении восприимчивого контингента в выявленном очаге ВИЧ-инфекции

Проведение эпидемиологического расследования в очагах ВИЧ-инфекции с целью выявления лиц, подвергающихся риску заражения с целью их информирования и обучения «оповещение партнеров» определено методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 5954-РХ «Об организации оповещения партнеров ВИЧ-инфицированных лиц» и СП 3.1.5.2826—10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». Половые партнеры ВИЧ-позитивных лиц и партнеры по внутривенному введению наркотиков относятся к группе самого высокого риска по заражению ВИЧ, рекомендуется проводить обследование на ВИЧ детей ВИЧ-позитивных лиц, выявленных половых партнеров, партнеров по употреблению наркотиков. Постоянные половые партнеры в дальнейшем должны обследоваться на антитела ВИЧ один раз в год одновременно с консультированием.

Консультирование партнеров – обучение безопасному поведению в плане заражения ВИЧ является основной мерой предупреждения заражения ВИЧ среди контактных лиц, должно проводиться при выявлении, а для половых партнеров ВИЧ-позитивных лиц в дальнейшем – ежегодно. Консультирование выявленных при эпидемиологическом расследовании неинфицированных ВИЧ представителей уязвимых групп населения является важной профилактической мерой (СП 3.1.5.2826—10, Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.09.2007 № 5952-РХ «Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию»).

Экстренное предупреждение заражения ВИЧ путем назначения краткосрочного курса АРТ («химиопрофилактика») лицам, подвергшимся недавнему риску заражения ВИЧ. Немедленный курсовой прием АРВ препаратов снижает риск заражения: новорождённых от ВИЧ-инфицированных матерей, медработников и других лиц, пострадавших при оказании помощи ВИЧ-инфицированным лицам, лицам, имевшим однократный половой контакт с ВИЧ-позитивным лицом. Возможно применение у лиц, имевших потенциальный риск инфицирования (половой контакт или изнасилование лицом с неизвестным ВИЧ-статусом, повреждение иглами от шприцев неизвестного происхождения и прочее). Эпидемиологическая эффективность последнего мероприятия пока не изучена, но оно имеет психотерапевтическое значение.

Для длительного снижения риска передачи ВИЧ от установленного источника постоянный прием АРВ препаратов рекомендован ВИЧ-негативным партнерам в дискордантных парах.

Профилактический прием АРВ препаратов («доконтактная профилактика») для неинфицированных представителей групп повышенного риска заражения (МСМ, наркопотребители) в популяциях с высоким уровнем пораженности ВИЧ впервые рекомендован Всемирной организацией здравоохранения в 2013г. половым партнерам беременных женщин – представителям групп повышенного риска инфицирования ВИЧ. Методология этого подхода находится в стадии разработки.

5. Профилактика ВИЧ

Под *профилактическими* или *превентивными* мероприятиями подразумевается комплекс действий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ, который осуществляется вне зависимости от того, обнаружен или нет конкретный источник (источники) ВИЧ. При ВИЧ объектом профилактических мероприятий является восприимчивый контингент,

то есть все население. При отсутствии профилактических вакцин основными методами профилактики ВИЧ является повышение обеспокоенности населения, то есть информирование населения о реальной угрозе заражения ВИЧ и о негативных последствиях заражения, информация населения о способах предупреждения заражения, а также формирование у населения мотивации на изменение поведения в сторону менее опасного в плане заражения ВИЧ. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» в статье 4 гарантирует «регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции».

5.1. Общие подходы к профилактике заражения ВИЧ

Для успешного противодействия распространению ВИЧ население должно быть не только проинформировано об угрозе распространения ВИЧ, последствиях этого распространения для отдельных личностей и общества в целом, но у него должны сформироваться устойчивые знания и навыки снижения риска заражения.

Обучение населения методам снижения риска заражения ВИЧ может осуществляться на трех уровнях:

– *массовом*, осуществляющем обеспечение общей информацией, не дифференцированной в зависимости от потенциальной аудитории;

– *групповом*, предоставляющем информацию, направленную на однородную группу населения, которую можно собрать вместе, используя одинаковые подходы к обучению;

– *индивидуальном*, когда информация предоставляется с учетом особенностей жизни и рискованного поведения отдельного лица.

Проведение профилактической работы на каждом из перечисленных уровней имеет свои плюсы и минусы, поэтому конечный эффект достигается только при одновременной работе на всех трех уровнях информирования и обучения. Информирование и обучение населения должно осуществляться с соблюдением научной объективности и толерантности, так как, например, предвзятое отношение к отдельным группам населения (стигматизация) может свести на нет все усилия по предупреждению заболевания.

Кроме информирования и обучения, к профилактическим мероприятиям, влияющим на уровень распространения ВИЧ, эффективность которых считается доказанной, следует отнести:

– *профилактику и лечение ИППП* и заболеваний половых органов, сопровождающихся воспалительными процессами;

– *мужское обрезание*, в настоящее время применяется в массовом порядке в некоторых странах Африки для снижения вероятности передачи не столько на индивидуальном (риск заражения снижается, но не исчезает), сколько на популяционном уровне. Полагают, что в результате обрезания снижается уровень воспалительных заболеваний мужских половых органов и площадь вероятного контакта со слизистыми половых органов женщины, что и приводит к уменьшению риска инфицирования ВИЧ мужчины (мужское обрезание не влияет на вероятность заражения женщины). Использование этого метода в Российской Федерации ограничивается культурными традициями разных этнических групп;

– *вакцинацию с целью предупреждения заражения,* которая находится в стадии разработки и применяется пока только при проведении клинических и полевых исследований.

5.2. Профилактика среди недифференцированного (общего) населения

В общем плане обращение к недифференцированному по группам населению должно содержать информацию о том, что ВИЧ/СПИД представляет реальную угрозу для здоровья и жизни как самого человека, так и его близких, и по этой причине люди должны идти на определенные ограничения и затраты и предпринимать определенные усилия. Например, использование презервативов требует затраты времени и денег на их приобретение, затрудняет проведение полового акта, может ухудшать субъективные впечатления от секса, однако использование презерватива может предотвратить множество куда более серьезных проблем. Люди, которые, например, в силу пожилого возраста, не боятся заразиться половым путем, должны понимать, что широкое распространение ВИЧ грозит возрастающей угрозой заражения при оказании медицинских услуг, а также ухудшением экономики здравоохранения, что косвенно отразится на их здоровье.

Очень важно то, что информирование о ВИЧ должно постоянно поддерживать обеспокоенность населения и достигать максимального его охвата. Информационные кампании с использованием средств массовой информации рекомендуется проводить много лет подряд (до прекращения эпидемии) и не реже двух раз в год.

Население должно получить активно распространяемую информацию в первую очередь о способах предупреждения заражения половым путем, также предупреждение о риске заражения ВИЧ при использова-

нии наркотиков. Используя средства массовой информации, по многим причинам бывает затруднительно распространить более специфическую информацию, касающуюся узких аспектов полового поведения, или адресованную наркозависимым, связанную со способами уменьшения риска заражения ВИЧ при использовании наркотиков.

Население должно быть проинформировано о том, что риск заражения половым путем снижают:

• уменьшение общего числа половых партнеров в течение жизни (при этом необходима оговорка, что и единственный партнер может оказаться ВИЧ-позитивным, поэтому целесообразно использовать и нижеследующие подходы);

• выяснение ВИЧ-статуса партнера до вступления с ним в незащищенные (презервативом) половые контакты;

• постоянное и правильное использование презервативов с половыми партнерами, чей ВИЧ статус неизвестен (и с ВИЧ-позитивными партнерами, если таковые появятся);

• профилактика, диагностика и лечение ИППП и воспалительных заболеваний половых органов.

Среди рекомендаций по обучению населения мы можем встретить верное утверждение, что «риск заражения ВИЧ уменьшают: девственность, позднее начало половой жизни, воздержание от половых контактов до брака». Однако эти рекомендации адресованы скорее только подросткам (тем, кто уже начал половую жизнь, они вряд ли пригодятся). Они могут не достигнуть желаемого эффекта, так как молодежь определенного возраста находится в стадии сексуальных экспериментов. Рекомендация «исключить из числа половых партнеров лиц с высоким риском заражения ВИЧ: ПИН и людей, имеющих большое число половых партнеров» может быть предложена населению, не относящемуся к особо уязвимым группам, но отличить «нежелательных» лиц порой довольно сложно. Эта рекомендация вряд ли может быть положительно воспринята ПИН, КСР, МСМ и лицами, вступающим в половые связи со многими партнерами; ими данная рекомендация скорее будет расценена как проявление стигматизации, и они еще более тщательно будут скрывать свои риски.

Информирование и повышение обеспокоенности населения применяется с использованием телевидения, радиовещания, периодической печати, интернет-сайтов, плакатов. Эти способы информирования используются для распространения общих представлений о ВИЧ и мерах профилактики, быстро повышают обеспокоенность социально адапти-

рованного населения, большая часть которого принадлежит к группам с относительно низким риском заражения ВИЧ.

Но следует учитывать, что многочисленность каналов массового информирования приводит к тому, что необходимая информация не достигает части населения, например, молодежи, которая селективно пользуется СМИ, выбирая программы по своему вкусу, например, музыкальные радиоканалы узкого направления. По этой причине выбор СМИ должен быть тщательно продуман на стадии планирования.

К числу широко используемых технологий относятся интернет-сайты, на которых население может ознакомиться с такой информацией или еще ранее опробованные «телефоны доверия». Однако при этих подходах население для получения информации должно само активно обращаться к этим источникам информации, что происходит лишь при предварительном увеличении его обеспокоенности относительно ВИЧ или уже появлением личных проблем, связанных с ВИЧ/СПИД. Такое использование средств коммуникации является слишком пассивным подходом. Для активного обеспечения массового охвата населения информацией может быть использована массовая почтовая или электронная рассылка информационных материалов или СМС-сообщений.

Информация о способах предупреждения заражения ВИЧ может широко распространяться в общественном транспорте: автобусах, поездах, на остановках, а также на вокзалах и в аэропортах, для информации водителей и пассажиров информационные материалы могут быть размещены или распространяться на автозаправочных станциях. Кроме того, для распространения информации о путях предупреждения заражения в виде средств наглядной агитации должны быть использованы все медицинские учреждения, а также аптеки и другие учреждения массовой торговли. Участие последних может проявляться включением в ассортимент товаров презервативов, сопровождением товаров информационными материалами.

В то же время информирование через СМИ не всегда достигает цели изменения поведения населения. СМИ мало интересуют представителей уязвимых групп населения, таких, как, например, потребители наркотиков и лиц, занимающихся коммерческим сексом. Большое значение имеет содержание и форма информации, обращенной к населению. Исследования, проведенные в зарубежных государствах, показали, что представители разных групп населения могут по-разному реагировать на информацию об угрозе ВИЧ/СПИД. Устрашающая информация может хорошо воздействовать на гетеросексуальные группы населения с низким риском заражения, но мало трогать тех, кто подвергается высо-

кому риску из-за сложившегося образа жизни. Представители МСМ, наркопотребители и КСР, а также часть молодежи могут неверно расценивать информацию СМИ о ВИЧ, воспринимать ее только как попытку властей путем устрашения изменить их образ жизни.

Наконец, серьезной проблемой является то, что общая информация о ВИЧ часто не ассоциируется отдельными людьми с их собственным индивидуальным поведением, в связи с чем они могут ошибочно предполагать, что не подвергаются угрозе заражения. По этой причине недифференцированную информацию следует сочетать с групповым или индивидуальным обучением.

Наряду с обучением, необходимо провести и некоторые технические мероприятия, связанные с профилактикой заражения ВИЧ. Целесообразно принимать меры по увеличению доступности презервативов для населения: созданию экономических условий по снижению розничной стоимости презервативов, увеличению числа торговых точек, где можно приобрести презервативы, обеспечению возможности анонимного их приобретения (автоматы).

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2001 г. № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» закрепляется осуществление отделом первичной профилактики центров работы по бесплатной раздаче презервативов населению. Презервативы должны быть доступны для населения во время проведения всех видов профилактических программ по ВИЧ. Представление презервативов должно сопровождаться информированием по вопросам снижения риска заражения ВИЧ и ИППП при половых контактах и формированием навыка использования презерватива. Сотрудники всех задействованных в профилактике ВИЧ учреждений должны быть обучены навыкам консультирования и формирования мотивации к использованию презервативов.

Среди малообеспеченных групп населения (подростки, молодежь, бездомные, бродяги, уличные КСР, наркопотребители) целесообразно осуществлять массовую раздачу презервативов за символическую плату (совершенно бесплатная раздача может снижать «ценность» раздаваемого предмета в глазах населения).

5.3. Индивидуальная профилактика заражения ВИЧ

Индивидуальное обучение эффективно, потому что позволяет сконцентрировать внимание на рисках заражения конкретного обучаемого лица. Недостатком подхода является то, что для его эпидемиологической эффективности необходимо подготовить и привлечь к работе

много консультантов. Часто консультируемые лица не запоминают информацию с первого раза, поэтому необходимо проводить повторные консультирования; целесообразно во время консультирования раздавать информационные материалы.

Консультирование, сочетаемое с проведением тестирования на ВИЧ, – наиболее часто встречаемый метод индивидуального обучения. Однако этот метод дает ощутимый профилактический эффект только при наличии большого числа хорошо обученных консультантов. Традиционное консультирование требует организации специальных помещений, в которых обеспечивается индивидуальный контакт с клиентом, позволяющий обсуждать интимные вопросы, что также ограничивает его применение.

Консультирование по телефону или **консультирование через интернет-сайты (ответы на вопросы)** – для его проведения необходимо наличие линий связи, телефона, компьютера и квалифицированного консультанта. Однако этот метод требует самостоятельного активного обращения клиентов, поэтому на практике он не дает большого охвата населения.

Аутрич-обучение представляет собой форму консультирования чаще всего представителей наиболее уязвимых групп, осуществляемую вне специально предназначенных помещений (от англ. «out reach» – «достигать во вне»), в условиях обычной среды обитания целевой группы. Кроме знания самой техники консультирования аутрич-работа требует хорошего знания условий жизни целевого обучаемого контингента, их жаргона, поэтому для аутрич-работы с успехом используются бывшие КСР или излечившиеся ПИН, для которых работа по профилактике ВИЧ-инфекции является важным элементом их собственной социализации. При таком подходе осуществляется хорошо зарекомендовавший себя принцип «равный-равному». Аутрич-обучение часто организуют неправительственные организации, но в ряде случаев аутрич-работу могут с успехом выполнять и опытные медицинские работники. В связи с трудностью выполнения подобной работы и возможностью возникновения опасных ситуаций аутрич-работники нуждаются в материальном стимулировании. При правильной организации и достаточном количестве обученных консультантов аутрич-обучение является одним из наиболее эффективных методов обучения представителей особо уязвимых групп населения.

6. Профилактика ВИЧ среди специализированных групп населения

Профилактика ВИЧ среди разных групп населения, отличающихся по принципу их важности для профилактических мероприятий, организованности и доступности может иметь свои особенности, при этом для обучения одних групп могут использоваться специализированные СМИ, для других – только групповые или индивидуальные формы информирования и обучения. **Целевыми группами** для осуществления профилактической деятельности могут быть группы населения, выделяемые:

1) по важности их участия в организации профилактики распространения ВИЧ;

2) по их доступности для обучения (доступные и труднодоступные группы);

3) по их роли в распространении ВИЧ (особо уязвимые для заражения ВИЧ контингенты).

6.1. Информирование и обучение групп населения, важных для организации профилактических мероприятий

При информировании и обучении групп населения, важных для организации профилактических мероприятий по ВИЧ и особо нуждающихся в предоставлении информации, особое значение имеют:

• **руководители разного уровня** (представители всех ветвей власти), то есть «лица, принимающие решения», а также общественные деятели (идеологические и политические лидеры, активисты), формирующие общественное мнение. Эта группа нуждается в подробной информации не только о путях передачи ВИЧ и способах их предотвращения, но и в информации о социально-экономических последствиях распространения ВИЧ, организационных и финансовых проблемах, связанных с противодействием эпидемии. Эта группа населения часто требует индивидуального подхода, для ее группового обучения используются собрания, совещания, конференции;

• **представители средств массовой информации** нуждаются в специальном обучении относительно способов подачи информации, предупреждения распространения в СМИ ложной информации и дискриминации ВИЧ-позитивных лиц. Обучение также можно проводить в специально собранных для обучения группах, на пресс-конференциях или индивидуально;

• **«популярные» личности**, например, артисты, своим участием могут сделать информационные программы более привлекательными

для тех групп населения, которые проявляют к ним интерес, требуют индивидуального подхода к обучению;

• **медицинские работники,** которые в широких масштабах могут информировать своих пациентов о ВИЧ, предупреждать передачу ВИЧ при проведении парентеральных вмешательств; должны обучаться в рамках специальных программ по повышению квалификации;

• **работники системы образования,** обучающие учащихся вопросам профилактики заражения ВИЧ по утвержденным программам, должны пройти соответствующее обучение;

• **работники правоохранительных органов,** сталкивающиеся с угрозой заражения ВИЧ и уязвимыми контингентами, могут участвовать в их информировании о путях заражения и методах профилактики.

6.2. Доступные для обучения организованные группы населения

Позволяют обеспечить существенный охват населения информационными программами. В то же время часть этих групп обладает особенностями, которые необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

К этим группам относятся: **учащиеся, военнослужащие, заключенные, работники предприятий, посетители и пациенты лечебно-профилактических организаций** (в особенности учреждений наркологического, дермато-венерологического, гинекологического профиля и других), в которых из-за высокой степени организованности можно проводить групповое обучение, например, чтение лекций, распространение информационных материалов и прочее. В то же время «организованные» группы населения неоднородны по своим эпидемиологическим характеристикам. Хотя учащиеся и военнослужащие срочной службы однородны по возрасту, в них могут входить представители разных по уровню уязвимости групп.

Помимо лекционного обучения учащихся навыкам предупреждения заражения ВИЧ должны широко использоваться такие методы, как демонстрация интерактивных материалов, видеофильмов, распространение брошюр и буклетов. Для профилактики заражения ВИЧ/СПИД могут использоваться и наглядные материалы, в том числе подготовленные самими учащимися.

Эффективны в плане обучения ролевые игры и другие обучающие приемы, подразумевающие активное участие учащихся: викторины, дискуссии, самодеятельные спектакли. Культурно-массовые мероприятия и специальные акции (концерты, соревнования) также могут быть использованы для распространения информации о способах предупреж-

дения заражения ВИЧ. При подаче информации целесообразно избегать прямых поучительных и назидательных мотивов, которые могут восприниматься слушателями негативно.

Проблемы, связанные с информированием и обучением этих групп такие же, как с обучением общего населения: отдельные представители этих контингентов могут не ассоциировать своего поведения с риском заражения или негативно расценивать «навязываемую» им в организованном порядке информацию.

Подростков и молодежь рассматривают как группу риска по ВИЧ в связи с тем, что при вступлении в самостоятельную жизнь они проходят фазу экспериментов в области сексуального поведения, часто с использованием психотропных веществ. Так как их представления об этом поведении обычно формируются под воздействием случайных влияний и факторов, молодые люди подвергаются высокому риску заражении ВИЧ.

Легкодоступным способом обучения молодежи является организация программ в образовательных учреждениях. Формирование в школе навыков предупреждения заражения ВИЧ решает стратегическую задачу предупреждения распространения ВИЧ среди населения России, так как после окончания учебных заведений молодежь становится менее доступной для систематического обучения, в то время как риски заражения ВИЧ продолжают возрастать. Конечной целью обучения является создание у молодого человека мотивации на самостоятельный и осознанный выбор поведения, препятствующего риску заражения ВИЧ.

Для профилактической работы среди подростков и молодежи целесообразно использовать различные молодежные организации и движения. Широко используется привлечение обученных инструкторов из молодежной среды (по принципу «равный обучает равного»), что лучше воспринимается молодежью, чем поучения «старших».

Уязвимым по ВИЧ контингентом в большинстве стран мира считают также **женщин** и **девочек** в связи с их социальной дискриминацией. В России явная дискриминация женщин наблюдается в отдельных регионах страны (в республиках Северного Кавказа), где, например, девушки могут быть объектом принуждения и насильственных сексуальных действий (насильственное замужество, «похищение невест»), что может иметь значение для организации профилактических мероприятий. Напротив, среди значительной части населения страны женщины являются лидерами в вопросах сексуального поведения, в связи с чем информирование этой группы о путях предупреждения заражения имеет большое значение.

При осуществлении профилактических программ по ВИЧ для женщин могут быть задействованы лечебно-профилактические организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам, и другие учреждения и организации, оказывающие услуги женщинам (парикмахерские, маникюрные, педикюрные, косметологические салоны).

Организации акушерского и гинекологического профиля должны быть одним из основных структурных подразделений, проводящим профилактическую работу среди женского населения по предупреждению передачи ВИЧ. Женщины, обращающиеся за медицинской помощью, должны получать информацию о путях предотвращения заражения ВИЧ.

Все учреждения и подразделения акушерско-гинекологического профиля должны быть оснащены информационными материалами по профилактике ВИЧ-инфекции, доступными для пациентов. В связи с этим весь персонал соответствующих учреждений должен пройти базовое обучение по профилактике ВИЧ. В каждом учреждении должны быть специалисты, обученные консультированию по вопросам ВИЧ и предупреждению передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Целесообразно организации бытового облуживания также оснастить информационными материалами по профилактике ВИЧ для клиентов. Обучение персонала организаций бытового облуживания по профилактике ВИЧ может охватить информационной кампанией как сотрудников этих организаций, так и их клиентов. Для активизации этой работы могут использоваться различные методы стимулирования.

Заключенных часто называют «группой риска по ВИЧ-инфекции», так как пораженность в этой группе существенно выше, чем среди остального населения, однако это разнородная по характеристикам группа, представители которой могут заражаться ВИЧ до поступления в места заключения, чаще всего в результате использования наркотиков, а также в результате гетеросексуальных или гомосексуальных контактов. Так как вероятность обнаружения ВИЧ-позитивных среди осужденных лиц в Российской Федерации высока, то рекомендуется добровольное тестирование всех поступающих в места лишения свободы для выявления ВИЧ-инфицированных лиц в целях оказания им медицинской помощи. Консультирование, которое должно проводиться при обследовании, имеет свое значение для профилактики заражения.

Заключенные считаются во многих странах группой повышенного риска по заражению ВИЧ в связи с тем, что непосредственно в тюрьмах наблюдали передачу ВИЧ половым путем, а также при потреблении наркотиков, однако в России вспышки ВИЧ среди заключенных пока выявлялись редко. Это обусловлено тем, что в Российской Федерации

осужденные предварительно обследуются на ВИЧ, а в местах заключения проводятся мероприятия по условному разобщению (отдельные помещения для сна) заключенных по их ВИЧ-статусу. Однако необходимо учитывать, что однократное тестирование на антитела к ВИЧ нельзя назвать мерой достаточной для выявления всех лиц, живущих с ВИЧ, хотя бы только из-за существования серонегативного окна. С другой стороны, допускается возможность проникновения ВИЧ в места заключения не только непосредственно с прибывающими туда заключенными, но также и другими путями, например, с растворами наркотиков. Хотя условия пребывания в учреждениях уголовной системы ФСИН России не предусматривают возможности использования наркотиков и половых контактов, тем не менее, нарушения этих правил могут происходить. Поведенческие исследования в местах лишения свободы показали возможность сексуальных контактов между заключенными и с персоналом исправительных учреждений, а также другие возможные варианты передачи ВИЧ. Половые контакты разрешаются и во время свиданий с супругами, которые могут быть инфицированы ВИЧ. В некоторых местах пребывания осужденных, при условии их разрешенного перемещения за пределы места отбытия наказания, возможны половые контакты с местным населением. Это означает, что необходимо во всех местах отбывания наказаний обеспечить возможность приобретения презервативов. В отдельных странах организован доступ заключенных к чистым инструментам для внутривенного введения.

После отбывания наказания заключенные возвращаются в общество, поэтому в период пребывания в исправительных учреждениях их необходимо обучить, как предотвратить заражение ВИЧ как в местах лишения свободы, так и после освобождения. Профилактика инфицирования среди заключенных имеет большое значение для успеха всех программ по предупреждению распространения ВИЧ, а само пребывание большого числа уязвимых к заражению ВИЧ лиц в местах заключения обеспечивает их доступность для обучения способам предупреждения заражения.

Для информирования заключенных о путях предупреждения заражения можно использовать средства массовой информации, имеющиеся в местах заключения: местное радио, телевидение, газеты, стенды и прочее. Групповое обучение отдельных категорий заключенных возможно осуществлять в виде лекций и разных общественных мероприятий, например тематических спектаклей. Целесообразно распространять наглядную агитацию (листовки, плакаты). Для работы в группах предпочтительно использование принципа «равный обучает равного». Для

этой работы могут привлекаться заключенные, имеющие авторитет. Наиболее эффективным методом обучения является консультирование. Консультирование может быть индивидуальным или групповым. Консультирование по вопросам профилактики заражения ВИЧ может проводиться как получившим соответствующее обучение медицинским персоналом, так и специально обученными лицами, в том числе инфицированными ВИЧ. Это могут быть как добровольцы, так и лица, работающие по найму с государственными учреждениями или общественными организациями, что может стимулировать их активность. Все лица, занимающиеся консультированием, должны строго придерживаться принципов толерантности.

Консультирование заключенных, инфицированных ВИЧ, принципиально не отличается от консультирования других лиц, живущих с ВИЧ. При этом консультант должен быть готов обсуждать с пациентом его проблемы, связанные с половой жизнью или потреблением наркотиков. Важным аспектом является подробное обсуждение с заключенным возможности получения лечения ВИЧ-инфекции в местах заключения и после освобождения.

В то же время в условиях заключения одних навыков безопасного в плане заражения ВИЧ поведения может быть недостаточно для того, чтобы избежать заражения. По этой причине целесообразно кроме обучения обеспечить в местах заключения доступ к презервативам, лубрикантам и дезинфектантам.

Персонал пенитенциарных учреждений должен быть обучен профилактике ВИЧ, а также обеспечен соответствующими инструкциями, материалами и антиретровирусными препаратами для предупреждения заражения ВИЧ персонала в случае возникновения риска заражения ВИЧ.

Работающее население. В связи с повышением распространенности ВИЧ среди населения Российской Федерации в возрастной группе 25—40 лет и старше возникает необходимость обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции не только среди учащихся, но и среди работающей части населения, которые можно проводить непосредственно на производстве, условно обозначая его как обучение «на рабочем месте». Однако проведение подобных мероприятий без одобрения администрации невозможно, так как они могут отрывать работающих от процесса производства или сокращать их свободное время (если будет проводиться в перерывах или после работы). В связи с этим организация обучающих мероприятий на производстве требует

полного согласования как с работодателями, так и с работниками (или представляющими их интересы профсоюзами).

При планировании проведения просветительских мероприятий по ВИЧ и СПИД на рабочих местах целесообразно добиться включения в коллективные договоры положений, касающихся профилактики ВИЧ на рабочих местах, в том числе системное обучение в трудовых коллективах и защита права на труд для людей, живущих с ВИЧ.

Поддержка руководства организации работодателей является важнейшим условием успешной профилактики, поэтому они являются целевой группой, важной для организации профилактической работы. Рекомендуется распространять среди них опыт реализации корпоративных программ по внедрению здоровьесберегающих технологий, в том числе по профилактике ВИЧ; системное обучение руководителей, инспекторов по технике безопасности, профсоюзных активистов по вопросам ВИЧ.

Авторитетные предприниматели должны принимать участие в разработке региональных профилактических программ. Целесообразно включить вопросы по ВИЧ в программы обучения по охране труда для руководителей и специалистов организаций.

Мигранты и мобильные группы населения. Развитие пандемии ВИЧ в значительной мере связано с развитием международных связей и миграцией населения. Мигрирующие группы являются «переносчиками ВИЧ» и одновременно наиболее уязвимыми группами населения. Находясь в условиях отрыва от привычной среды обитания, представители мобильных групп населения часто подвергаются сравнительно большему риску заражения (чаще всего при половых контактах), чем в местах постоянного проживания. При этом представители мобильных групп населения обычно не имеют доступа к профилактическим обучающим программам по ВИЧ, которые проводятся для местного населения. Стигматизация и дискриминация иностранных рабочих, наблюдаемая во многих странах, частое отсутствие легального статуса проживания затрудняют проведение профилактической работы в этих группах.

Основным мероприятием по предупреждению распространения ВИЧ является обучение мигрантов и мобильных групп населения навыкам менее опасного в плане заражения ВИЧ поведения.

Общие мероприятия по профилактике ВИЧ, направленные на просвещение мигрирующих контингентов, могут осуществляться на вокзалах, в аэропортах, портах, непосредственно на транспортных средствах, в пересадочных узлах. К этим мероприятиям могут быть отнесены применение наглядной агитации: плакатов, буклетов, раздача листовок, продажа презервативов, в том числе путем установки автоматов для

розничной продажи. Информация о путях предупреждения заражения может распространяться в местах массовых стоянок, в пунктах питания водителей, на заправочных станциях. Для информирования путешествующих может быть использована также аудио- и видеоинформация. К работе по просвещению международных путешественников могут быть привлечены службы, осуществляющие пограничный санитарный контроль. Часть работы по проведению просветительных мероприятий среди мигрантов может выполняться неправительственными организациями.

Мигранты, независимо от группы, к которой они принадлежат, должны получить базовую информацию о ВИЧ/СПИД и путях предупреждения заражения. Следует учитывать, что незнание языка может стать непреодолимым барьером при попытке обучения определенных групп мигрантов навыкам безопасного в плане заражения ВИЧ поведения. Целесообразно тиражировать обучающие материалы на языках мигрантов, наиболее часто встречающихся на данной территории, привлекать к работе носителей языка, использовать ресурсы национальных общин. Информация должна быть изложена простым языком, понятным малообразованным слоям населения, к которым могут относиться представители мигрирующих групп населения.

Кроме очевидной мотивации сохранения здоровья, дополнительной мотивацией для мигрантов является сохранение возможности работать за рубежом (в условиях депортации ВИЧ-инфицированных иностранцев) и сохранение здоровья членов их семей.

Проведение профилактических мероприятий должно контролироваться органами санитарно-эпидемиологического надзора и осуществляться лечебно-профилактическими организациями, миграционными службами под методическим руководством территориального центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Просветительские мероприятия среди транспортных служащих, моряков, речников должны осуществляться медицинскими службами, ответственными за состояние здоровья этих контингентов, под контролем соответствующих санитарных служб. Информирование туристов и бизнес-мигрантов может осуществляться туристическими компаниями и компаниями, оформляющими выездные документы. Надзорные органы должны настоятельно рекомендовать данным организациям распространять среди клиентов материалы по предупреждению заражения ВИЧ во время пребывания в путешествии.

Пациенты и посетители медицинских организаций являются группой, которая может получить информацию о способах предохранения от заражения ВИЧ непосредственно в медицинских учреждениях

посредством наглядной агитации, плакатов, листовок, непосредственно от медицинских работников и работников аптек. Особо важно организовать обучение навыкам консультирования по ВИЧ персонал медицинских учреждений, оказывающий помощь больным ИППП, потребителям наркотических средств, а также женщинам и подросткам.

Покупатели в аптеках – широкая группа населения с разными рисками заражения, среди которой можно с высокой степенью достоверности определить наркопотребителей и использовать момент покупки для предоставления им информации по профилактике ВИЧ в виде листовок, буклетов и прочего.

6.3. Группы, имеющие ограниченный доступ к обучению

Неорганизованная (не учащаяся и не работающая) молодежь представляет собой группу, особо уязвимую к заражению ВИЧ по сравнению с организованной молодежью в связи с тем, что имеет больше времени для вовлечения в более опасное в плане заражения ВИЧ поведение.

Для работы с этой группой используются различные мероприятия, проводимые в местах ее проживания и концентрации, в том числе в технике аутрич-работы. К этой деятельности могут быть привлечены «клиники, дружественные молодежи» и другие организации, оказывающие помощь молодым людям. Целесообразно использование для обучения специально подготовленных инструкторов соответствующего возраста (использование принципа «равный-равному»).

Местом проведения профилактических программ для молодежи могут быть концертные и спортивные мероприятия.

Бездомные, беспризорные, бродяги подвергаются высокому риску заражения ВИЧ как в связи с особенностями поведения, предполагающими вовлечение в опасное в плане заражения поведение, так и в силу ограничения доступа к медицинской помощи. Информирование и обучение этой группы может осуществляться как в технике аутрич-работы, так и в местах оказания им помощи, в правоохранительных учреждениях, которые могут сталкиваться с этой группой населения.

Этнические меньшинства в силу своего образа жизни или языкового барьера могут не получить полный доступ к информации о ВИЧ/СПИД. При этом некоторые этнические группы могут играть роль в распространении ВИЧ. Так, цыганские группировки замечены в нелегальной торговле наркотиками, в том числе в виде готовых растворов психотропных веществ, являющихся важным фактором распространения ВИЧ. Аборигенные популяции (в том числе народы севера России)

более уязвимы к алкоголю, что может приводить их к более опасному сексуальному поведению. Для некоторых этнических групп целесообразно переводить информационные материалы на их родной язык, готовить консультантов и аутрич-работников непосредственно из представителей этих групп.

Лица с ограниченными возможностями (например, слабовидящие, лица с нарушением психики) нуждаются в специальных программах, открывающих им доступ к информации по предупреждению заражения ВИЧ. В программах по профилактике ВИЧ должна быть учтена необходимость осуществления профилактических мероприятий в этих группах, в том числе публикация материалов на языке слепых, аудиозаписи. Необходимо привлекать медиков, оказывающих помощь лицам с нарушениями психики, к их консультированию по вопросам ВИЧ.

6.4. Профилактика среди особо уязвимых и малодоступных групп населения

Некоторые группы населения могут подвергаться сравнительно более высокому риску заражения ВИЧ, но при этом иметь меньший доступ к информации или профилактическим мероприятиям. Именно с быстрым распространением ВИЧ в этих группах связана вторая фаза эпидемического процесса, так называемая стадия «концентрированной» эпидемии. В условиях высокой пораженности уязвимых групп населения ВИЧ начинается переход эпидпроцесса в стадию генерализации, когда необходимо обеспечить проведение всего комплекса профилактических программ.

Эти группы могут подвергаться стигматизации и дискриминации как в области осуществления общих прав человека, так и в области оказания медицинских услуг, в связи с чем становятся менее доступными для профилактических мероприятий. Из-за стигматизации и дискриминации представители этих групп часто негативно относятся к информации, распространяемой «официальными» источниками. Обучение этих групп часто невозможно осуществить с использованием общих средств массовой информации, групповое обучение также не всегда осуществимо, поэтому основное обучение представителей этих групп связано с индивидуальным или групповым консультированием, в частности, в технике аутрич-обучения.

Особо уязвимыми для заражения ВИЧ контингентами традиционно считаются ПИН, МСМ и КСР. Примыкающей к этим группам уязвимой частью населения являются половые партнеры всех вышеназванных групп, которые могут не ассоциировать поведение своих партнеров с

собственным высоким риском заражения и поэтому также нуждаются в специальном обучении.

Требования по проведению профилактических программ среди уязвимых групп закреплены в санитарном законодательстве Российской Федерации. Для повышения эффективности профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения необходимо обеспечить высокий (не менее 60 %) уровень охвата представителей уязвимых групп профилактическими вмешательствами и, по возможности, начинать профилактическую работу на ранних стадиях развития эпидемии. Эпизодические, мелкомасштабные профилактические вмешательства не могут оказать ощутимого влияния на ход развития эпидемии.

6.4.1. Профилактика среди потребителей инъекционных наркотиков

ПИН являются уязвимой группой по ВИЧ в силу того, что они часто делают себе инъекции растворов психотропных препаратов, используя общие иглы, шприцы, растворы наркотиков, в результате чего возможно прямое попадание ВИЧ во внутренние среды организма, обусловливающее высокий риск заражения. На скорость распространения ВИЧ в этой группе влияют такие факторы, как форма распространения наркотика (порошок, готовый раствор), способ приготовления раствора, от того, с кем вместе принимают препараты (в закрытой стабильной группе, в открытой группе с неизвестными меняющимися партнерами или индивидуально), принимаются ли меры «предосторожности», какие, частота приема наркотиков. Изучение таких особенностей имеет значение для организации профилактических мероприятий в этой группе.

Общим подходом по уменьшению потенциального уровня передачи ВИЧ является **снижение распространенности употребления психотропных веществ,** по этой причине комплекс мероприятий по «борьбе с наркотиками» может рассматриваться и как профилактическое мероприятие по предупреждению распространения ВИЧ. Снижение уровня немедицинского потребления наркотических препаратов и психотропных веществ достигается снижением уровня потребности препаратов среди населения, а также ограничением доступа населения к препаратам этого ряда. К снижению уровня спроса на наркотические препараты ведут: активное информирование населения о негативных последствиях употребления психотропных веществ, включая информацию о риске инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов; пресечение распространения в печатных и электронных СМИ материалов, пропагандирующих немедицинское использование наркотических препаратов; развитие системы менее опасного времяпрепровождения населения, в особенности молодежи, лечение наркозависимых лиц. **Снижение уровня доступно-**

сти психоактивных препаратов достигается выявлением и ликвидацией незаконного производства наркотических препаратов, контролем производства и распределения легально производимых наркотических веществ, разрушением цепей незаконного транспортирования психоактивных препаратов.

При достаточной эффективности проводимых мероприятий «по борьбе с наркотиками» количество потребителей инъекционных наркотиков в России должно стабилизироваться и в будущем постепенно уменьшаться. В то же время этот процесс происходит медленно и сопряжен с различными проблемами. Например, проводимое ограничение доступа для ПИН к одним психотропным препаратам приводило к увеличению использования других, иногда даже более опасных для здоровья наркопотребителей препаратов (например, дезоморфин), в связи с чем потребовались дополнительные мероприятия по ограничению доступности сырья для производства этих веществ. Эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время пока так же невысока и лишь небольшой доле наркозависимых удается воздерживаться от употребления наркотиков в течение года после прохождения курса лечения. В связи с этими сложностями популяция активных ПИН сокращается медленнее, чем было бы необходимо для прекращения передачи ВИЧ в этой среде.

Целям профилактики ВИЧ-инфекции может служить изменение способа употребления наркотика. Переход ПИН на пероральный прием или курение наркотического препарата может снизить уровень передачи ВИЧ парентеральным путем. На этой гипотезе основана широко применяемая в Западной Европе методика перевода ПИН с парентерального на пероральный прием агонистов опиума (препаратов, связывающихся с тем же рецептором, вызывая подобный эффект), не вполне точно называемая «заместительной терапией». В реальности «заместительная терапия» агонистами опиума от зависимости наркопотребителей не излечивает, но благодаря уменьшению частоты парентерального введения наркотиков снижает уровень передачи ВИЧ, в связи с чем ее применение в ряде стран Европы считают целесообразным. Считается, что помимо снижения передачи ВИЧ массовая раздача потребителям наркотических средств бесплатных агонистов опиума привлекает эту малодоступную группу к дальнейшему контакту с медицинскими организациями, снижает спрос на нелегальные наркотики и тем самым подрывает экономические основы нелегального наркобизнеса. В то же время многие считают, что «заместительная терапия» противоречит этическим принципам, так как пероральный прием агонистов опиатов не уменьшает зави-

симость и наносит потребителю не меньший вред, чем парентеральный. Данное мнение сегодня преобладает среди российских лиц, принимающих решения, в связи с чем «заместительная терапия» в России не применяется. В настоящее время проходит изучение возможности использования для предупреждения заражения ВИЧ препаратов, снижающих тягу к наркотикам и не формирующих зависимости (антагонистов опиума, связывающихся с рецепторами, но не вызывающими их раздражения). К этому следует добавить, что как применение агонистов, так и использование антагонистов опиума требует последующего длительного психологического сопровождения, которое является не менее важным, чем применение препаратов. Кроме того, пероральный прием психотропных веществ не снижает вероятности заражения половым путем, тем более, что ряд психотропных препаратов стимулирует половую активность и снижает уровень оценки рисков заражения. Тем не менее при индивидуальной работе с потребителями наркотических средств целесообразно предоставлять им соответствующую информацию.

Сложность задачи по организации обучения потребителей наркотических средств способам предупреждения заражения ВИЧ обусловлена тем, что распространение наркотиков в России преследуется уголовным законом, в связи с чем многие ПИН трудно достижимы для обучения, так как уклоняются от контактов с государственными организациями. Доступной для обучения группой являются только те, кто обращается за медицинской помощью в связи с употреблением наркотиков, но ее численность существенно ниже численности латентной части наркопотребителей. Кроме этого, потребители психотропных веществ делятся на отдельные группы, различающиеся по своему поведению. Потребители наркотиков мало интересуются СМИ, поэтому для предотвращения передачи ВИЧ в этой группе необходимы специальные программы по их информированию, которые можно осуществлять в таких местах, как учреждения для лечения наркомании. Для обучения наркопотребителей можно использовать также места заключения, где они часто оказываются. Для распространения информации могут использоваться также аптеки, куда наркопотребители обращаются для покупки шприцев и игл или ингредиентов для приготовления психотропных веществ.

Профилактические программы для наркопотребителей должны быть низкопороговыми, то есть обеспечивающими легкий доступ для ПИН к оказанию бесплатных и анонимных услуг независимо от наличия паспорта, регистрации, актуального потребления наркотиков и других факторов. Работа программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН может быть организована в стационарном или мобиль-

ном пунктах профилактики, для обучения «латентной» группы наркопотребителей наиболее эффективна аутрич-техника. Аутрич-работа является обязательным компонентом комплексной программы и направлена на установление и поддержание контакта с ПИН, профилактику рискованного поведения и мотивирование клиентов на получение медицинской, социальной и психологической помощи. Эта работа проводится путем консультирования, в том числе по принципу «равный-равному», предпочтительным для ПИН.

Особое внимание при профилактике заражения ВИЧ и вирусами гепатитов среди ПИН должно уделяться методам мотивации. Информация, предоставляемая потребителям наркотических средств, должна объяснять им значение факторов передачи ВИЧ, таких, как кровь, роль в передаче ВИЧ контаминированных растворов наркотика, загрязненных кровью игл и шприцев, фильтров, ваток, растворов для промывания шприцев. В процессе консультирования ПИН должны быть проинформированы о возможности использования стерильных или индивидуальных шприцев и прочего оборудования, возможности термической или химической дезинфекции растворов и оборудования. Эффективно сочетание обучения ПИН с предоставлением комплексного пакета услуг, который включает следующие вмешательства:

1) лечение наркотической зависимости, профилактика передозировок, реабилитация;

2) тестирование на ВИЧ и консультирование;

3) антиретровирусная терапия, формирование и поддержка приверженности лечению для ПИН, инфицированных ВИЧ;

4) диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем;

5) программа по пропаганде использования и обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров;

6) информирование, обучение ПИН и их половых партнеров;

7) профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов;

8) профилактика, диагностика и лечение туберкулёза;

9) низкопороговые программы, включающие предоставление ПИН стерильного инструментария;

10) программы социального сопровождения.

Необходимо обеспечить доступ ко всем видам помощи для женщин-ПИН и особенно для женщин-ПИН с детьми и беременных, которые имеют особые потребности и в настоящее время не имеют возможности получать многие виды помощи. Одним из подходов к решению части задач является создание системы кризисных центров для женщин-

ПИН. ВИЧ-позитивным ПИН необходимо обеспечить доступ к бесплатным медицинским услугам, включая лечение как наркотической зависимости, так и ВИЧ-инфекции, и комплекс других медицинских услуг и поддержки.

Очень важными компонентами профилактических программ являются программы социальной реабилитации и ресоциализации, медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных потребителей наркотических средств, освобождающихся из мест лишения свободы.

6.4.2. Профилактика среди КСР

Согласно международному определению, к числу КСР относятся «женщины, мужчины и транссексуалы, как взрослые, так и молодежь, которые получают деньги или продукты в обмен на сексуальные услуги на постоянной или непостоянной основе...»; КСР могут получать в обмен на услуги также психотропные препараты. Считается, что секс-работники склонны к рискованному поведению, приводящему к заражению ВИЧ-инфекцией, такому, как незащищенный (презервативами) секс, большое количество сексуальных партнеров и рискованные формы сексуальных практик, а также употребление наркотиков и алкоголя. Однако ряд исследований показывает, что благодаря предшествующим профилактическим мероприятиям, часть секс-работников регулярно пользуется презервативами и использует дезинфектанты и гигиенические процедуры после контактов с клиентами, что уменьшает для них риск «профессионального» заражения ВИЧ. Необходимо учитывать, что часто для этой группы секс-работников угрозу заражения представляют половые контакты с «некоммерческими» партнерами (с которыми презервативы могут не использоваться), также употребление парентеральных наркотиков. КСР в зависимости от формы их стиля поиска клиентов делятся на много подгрупп: подыскивающие клиентов на автострадах и улицах, ожидающие в публичных домах, в гостиницах, приезжающие по телефонному вызову и прочие. Доступ к этим группам для их обучения может технически различаться. Профилактические программы должны охватывать по возможности все категории КСР и осуществляться на постоянной основе в связи с высоким уровнем ротации среди КСР. Профилактические вмешательства должны быть направлены не только на КСР, но и на их клиентов, а при возможности и на организаторов секс-бизнеса (сутенеров), а также сотрудников полиции.

Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией среди КСР является общественно важной задачей, так как предупреждает не только заражение самих секс-работников, но и их клиентов, которые в свою очередь могут распространять ВИЧ среди остального сексуально активного населения.

При этом работники секс-бизнеса более уязвимы, часто подвергаются насилию, они имеют ограниченный доступ к службам помощи, включая лечение и профилактику ИППП, ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости. Для этой уязвимой группы зачастую являются малодоступными многие медицинские услуги и другие виды помощи, в том числе в связи с неподходящим для работников секс-бизнеса графиком работы учреждений. Стигматизация и дискриминация КСР, криминализация секс-бизнеса ограничивает их возможности по обращению за помощью в государственные медицинские учреждения. Очень часто проституцией занимаются мигранты.

С учетом этих факторов, профилактические программы должны быть низкопороговыми, то есть обеспечивающими легкий доступ для КСР к оказанию бесплатных и анонимных услуг независимо от наличия паспорта, регистрации, потребления наркотиков и других факторов. Наиболее эффективно в рамках профилактических программ использовать среди КСР методы аутрич-работы, индивидуального консультирования и группового обучения по принципу «равный-равному». Информирование, обучение и коммуникация для КСР и их сексуальных партнёров:

1) программа по пропаганде использования и обеспечению презервативами КСР и их половых партнеров;

2) тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование;

3) диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем;

4) антиретровирусная терапия, формирование и поддержка приверженности лечению для инфицированных ВИЧ КСР;

5) профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов;

6) профилактика, диагностика и лечение туберкулёза;

7) программы социального сопровождения и юридической помощи КСР.

Для повышения эффективности оказания медицинских услуг для КСР рекомендуется формировать дружественные подходы при организации помощи данной целевой группе, предполагающие наличие доверенных врачей, специально выделенных кабинетов и клиник. Секс-работникам, злоупотребляющим алкоголем, потребляющим наркотики, особенно инъекционным путем, необходимо обеспечить доступ к наркологической помощи и к достоверной информации, а в случае необходимости – к комплексной наркологической помощи.

6.4.3. Профилактика среди МСМ

Понятие «мужчины, практикующие секс с мужчинами» используется для определения типов сексуального поведения мужчин, вступающих в половые отношения с другими мужчинами, независимо от мотивации вовлечения в сексуальные контакты или самоидентификации принадлежности к какому-либо или никакому определенному «сообществу». Проблемой является отношение к этой группе как к малочисленной и однородной, в то время она имеет численность не мене 2—4 % от взрослого мужского населения и состоит из множества подгрупп с различными социальными и поведенческими особенностями, в том числе мужчин-гомосексуалов, трансгендерных (желающих поменять или поменявших пол) мужчин и мужчин-бисексуалов. Гомосексуальное поведение может быть как следствием естественных склонностей и добровольного выбора, так и вынужденным поведением, вызванным принуждением или изоляцией от женщин, например, во время пребывания в заключении, службы в армии. Жизнь МСМ (геев, бисексуалов и трансгендерных лиц) связана со специфическими субкультурными поведенческими практиками, неизвестными для многих специалистов системы здравоохранения, а кроме того, гомосексуальное поведение в России в значительной мере стигматизировано. В силу разнородности МСМ не все подходы к их обучению могут быть равно эффективны. Так, наименее доступной для обучения группой считаются бисексуалы, в большинстве случаев состоящие в браке с женщинами, которые могут не считать себя МСМ и не участвовать в мероприятиях, организуемых среди «геев».

С другой стороны, МСМ часто принадлежат к сравнительно культурным, «продвинутым» слоям населения, они, например, чаще пользуются Интернетом (в том числе и для поиска новых половых партнеров, что в ряде стран считают фактором, увеличивающим риски распространения ВИЧ). МСМ также проявляют большее внимание к своему здоровью, ВИЧ-позитивные МСМ более привержены АРТ. Эти особенности могут быть использованы для организации и проведения в этой среде обучающих мероприятий.

Основной риск заражения ВИЧ при половых контактах между мужчинами связывают преимущественно с особенностями сексуального поведения и незащищенным (без презерватива) анальным сексом. К заражению ИППП/ВИЧ/ВГ могут приводить также орально-анальные и орально-генитальные контакты или использование общих сексуальных игрушек. Заражение ВИЧ МСМ может происходить также при парентеральном употреблении психотропных веществ и при половых контактах с женщинами.

Программы информирования и обучения по вопросам профилактики ВИЧ и ИППП для МСМ должны включать вмешательства на индивидуальном и групповом уровнях. Вмешательства на основе индивидуального консультирования сфокусированы на снижении персонального риска заражения. Вмешательства на групповом уровне в сообществах МСМ могут проводиться при участии специально обученных по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции лидеров и активистов сообщества МСМ. Повышают эффективность профилактических вмешательств коммуникационные технологии с использованием Интернета, социального маркетинга, аутрич-работы и равного консультирования. Интернет-технологии могут обеспечить персональное и анонимное получение информации при онлайн-консультировании. Целесообразно использовать такие новые методы, как информирование с помощью мобильных приложений и SMS-рассылки, использовать специализированные СМИ для МСМ и места распространения печатной продукции (например, информационные стойки в барах и клубах). Одним из самых эффективных методов работы с МСМ является проведение аутрич-работы, такой подход используется в местах встреч для знакомств МСМ. Основная рекомендация для МСМ – постоянное и правильное использование презервативов и любрикантов при анальных половых контактах, как главный способ защиты от заражения ВИЧ-инфекцией. При этом использование любриканта на водной или силиконовой основе – ключевое условие правильного использования и надежности презерватива при анальных половых контактах.

Всемирная организация здравоохранения в качестве стратегии личного выбора исключительно для ВИЧ-инфицированных МСМ, не желающих использовать презервативы, предлагает выбирать себе полового партнера с известным аналогичным серологическим ВИЧ-статусом («серосортинг»). Однако такой подход не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ, в том числе резистентными штаммами.

7. Диспансерное наблюдение и лечение людей, живущих с ВИЧ

Хотя основной целью диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных пациентов является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни, организация этого процесса имеет большое значение как противоэпидемическое мероприятие. В процессе диспансеризации осуществляется консультирование и обучение ВИЧ-позитивных пациентов по вопросам сексуальной жизни, а также консультирование их половых партнеров, что уменьшает риск передачи ВИЧ.

Применение АРТ с целью лечения приводит к снижению вирусной нагрузки, снижению контагиозности ВИЧ-позитивного лица. Одной из наиболее существенных проблем в лечении ВИЧ является приверженность пациентов лечению, то есть насколько правильно пациент следует рекомендациям врача по применению схем лечения. При недостаточной приверженности терапии высока вероятность выработки у пациента резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам, что приведет не только к неэффективности лечения, но и к дальнейшему распространению резистентных штаммов в популяции.

Наилучших результатов по повышению приверженности пациентов лечению можно достичь при использовании мультипрофессиональных команд, которые создаются по принципу постоянного практического взаимодействия между ее специалистами для оперативного и эффективного решения проблем пациента, и школ пациента.

8. Социальное сопровождение и поддержка лиц, живущих с ВИЧ/СПИД

В связи с социальными причинами распространения ВИЧ, уязвимостью и тяжелыми последствиями развития заболевания для инфицированных ВИЧ эта группа населения нуждается в предоставлении социального сопровождения, поддержки и ухода. Эта деятельность направлена на улучшение качества жизни инфицированных ВИЧ, которое достигается предоставлением доступа и формированием приверженности к необходимой медицинской помощи и лечению, оказанием социально-психологической и правовой поддержки ВИЧ-инфицированным. Социальная помощь является обязательным компонентом комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей. Она направлена на профилактику распространения ВИЧ-инфекции, улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных через оказание им поддержки в выходе из трудной жизненной ситуации (социально опасного положения), а также на уменьшение случаев отказа от ребенка. Социальное сопровождение осуществляется группой (командой) специалистов различных дисциплин - специалистом по социальной работе, психологом, врачом-инфекционистом, юристом. Применение технологии междисциплинарного ведения случая позволяет не только обеспечить доступ к получению помощи клиентам из наиболее «уязвимых» групп населения, но и создать эффективные механизмы защиты детей, чьи родители находятся в трудной жизненной ситуации.

Основные задачи социальной работы с ВИЧ-позитивными:

– создание условий, при которых клиенты могут осуществить все положенные по закону гарантии;

– помощь в создании условий жизнедеятельности (учебы, работы, лечения, отдыха), в которых клиент чувствовал бы себя востребованным, включенным в социум;

– увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;

– создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;

– достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

Больным ВИЧ, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, должна быть предоставлена паллиативная помощь.

9. Борьба со стигмой и дискриминацией

Исследования показывают, что связанные с ВИЧ стигма и дискриминация широко распространены, имеют серьезное негативное влияние на качество жизни людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, а также усиливают тяжесть последствий от развития эпидемии. Стигма и дискриминация являются серьезным препятствием на пути к осуществлению профилактики ВИЧ, расширению охвата тестированием на ВИЧ, а также повышению доступа и приверженности к медицинской помощи и лечению ВИЧ.

Стигма в связи с ВИЧ/СПИД базируется на многочисленных факторах, включая непонимание заболевания, неверные представления о путях передачи ВИЧ, отсутствие доступа к лечению, безответственные высказывания средств массовой информации на темы эпидемии, неизлечимый характер СПИД, предрассудки и страхи в отношении целого ряда деликатных, с точки зрения общества, вопросов, таких, как сексуальные отношения, заболевание и смерть, потребление наркотиков.

Мероприятия, направленные на сокращение стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, можно подразделить на три основные группы.

1. Предотвращение или снижение стигмы, включая обеспечение доступа к помощи, лечению и улучшению качества жизни инфицированных ВИЧ, мобилизацию сообщества, популярных персон и религиозных деятелей для формирования уважения и сочувствия к людям, живущим с ВИЧ, вовлечение ЛЖВ в мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и повышение уровня информированности с помощью СМИ.

2. Борьба с проявлениями дискриминации обычно ведется на уровне учреждений, чаще по месту работы ВИЧ-позитивных и в медицинских организациях. Этот компонент включает обучение руководства и сотрудников учреждений по вопросам ВИЧ, прав человека и незаконности дискриминации, обеспечение доступа для инфицированных ВИЧ к помощи и уходу и применение политики недискриминации на рабочем месте, в том числе, применение правовых действий для борьбы с дискриминацией, например, обеспечение возможности возмещения ущерба в случае выявления фактов дискриминации.

3. Пропаганда и защита прав человека, включая мониторинг нарушений прав человека. Правозащитные подходы включают применение правовых действий для борьбы с дискриминацией и другими нарушениями прав человека в различных сферах; обеспечение возможности возмещения ущерба; проведение кампаний для информирования о правах, включая повышение уровня знаний о правах человека среди людей, живущих с ВИЧ.

10. Борьба с ложной информацией и неверными представлениями о методах профилактики ВИЧ

Ложная информация о ВИЧ (дезинформация) нередко распространяется как в Российской Федерации, так и за рубежом, в том числе через средства массовой информации, в особенности через Интернет. Основными темами этой информации являются: отрицание существования ВИЧ, отрицание связи между заражением ВИЧ и развитием СПИД, отрицание эффективности АРТ, утверждение о ее «вредности» (СПИД-диссидентство), отрицание эффективности профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции, отрицание развития в Российской Федерации эпидемии ВИЧ. Подобная дезинформация может наносить вред как организации профилактических мероприятий в целом, так и отдельным лицам, которые, поддавшись ложным сообщениям, могут отказаться от лечения.

Как правило, эти публикации не соответствуют научным данным или основываются на устаревших публикациях. Причинами, по которым то или иное лицо распространяет неверные сведения, могут быть:

- корыстная заинтересованность: конкуренция в распределении бюджетных средств; опасения потерять доходы от распространения наркотиков и от торговли секс-услугами; продвижение альтернативных методов «лечения СПИДа» (таких, как «укрепление больного иммунитета космическими лучами»);
- реакция психологической защиты у ВИЧ-инфицированных лиц в типичной форме «отрицания болезни»;

• стремление не достигших своих амбиций личностей «прославиться» за счет «неординарных взглядов»;

• боязнь персональной ответственности за плохую организацию противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД (чаще встречается у «руководящих» работников);

• добросовестные заблуждения, связанные с недостатком знаний, и навязанные другими лицами.

В каждом случае «СПИД-диссидентства» или попыток уменьшить значение распространения ВИЧ можно выявить персональный мотив, что следует, наряду с привлечением современных научных данных, использовать для противодействия распространению ложных представлений.

11. Подготовка кадров

Профилактические программы среди различных групп населения могут быть реализованы только при условии специальной подготовки лиц, которые будут ее осуществлять. Поэтому обучение кадров должно планироваться как один их первых по времени этапов программы.

Обучение медицинского персонала должно проводиться на очных или очно-заочных курсах повышения квалификации специалистов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Вопросы профилактики передачи ВИЧ необходимо включить в программы тематического усовершенствования и сертификационные циклы последипломного образования врачей. Для обучения должны использоваться информационно-методические материалы по профилактике ВИЧ.

Обучение сотрудников неправительственных организаций, особенно равных консультантов и аутрич-работников, должно проводиться уполномоченными государственными организациями на специальных очных или заочных обучающих курсах для специалистов этих организаций по вопросам профилактики передачи ВИЧ.

12. Программы действий по профилактике ВИЧ

Осуществление профилактики ВИЧ требует вовлечения учреждений разного ведомственного подчинения (административные, планово-финансовые учреждения, здравоохранение, образование, информация, общественная безопасность, оборона), частных и общественных организаций и отдельных граждан, поэтому все задействованные участники должны привлекаться к этой деятельности уже на этапе планирования комплексных программ по профилактике ВИЧ. Эти программы целесообразно сочетать с программами по профилактике вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи и ИППП. Планирование и контроль за осуществлением программ и их координацию должен осуществлять по-

стоянно действующий координационный совет во главе с полномочным представителем администрации (правительства).

Программы по профилактике ВИЧ должны обеспечивать максимальный охват целевых групп информационными и просветительными мероприятиями; недостаточный охват населения профилактическими программами не отразится на таких показателях, как число новых случаев ВИЧ, число смертей от ВИЧ/СПИД. В то же время программы должны носить долгосрочный характер, так как их влияние на заболеваемость и смертность из-за особенностей эпидемии ВИЧ может проявляться только через несколько лет после начала осуществления мероприятий.

Концепция инвестиций ЮНЭЙДС, разработанная в 2011 году с целью повышения эффективности затрат, предусматривает рациональное выделение ресурсов, необходимых для обеспечения существенного и устойчивого прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД. Важным аспектом осуществления программ по противодействию эпидемии ВИЧ является экономическая эффективность вмешательств и рациональное расходование средств.

План должен предусматривать финансирование и осуществление основных элементов программ по профилактике ВИЧ с учетом особенностей региона, заблаговременным подбором соисполнителей:

Мероприятия	Соисполнители
1. Информирование и обучение	
Группы населения, важные для организации профилактических мероприятий	Координационный совет по профилактике и борьбе со СПИД, Роспотребнадзор, медицинские организации
Общее население	Органы здравоохранения (Центры СПИД), СМИ, неправительственные и общественные организации, Роспотребнадзор
Доступные для обучения организованные группы населения	Учреждения системы образования, ФСИН России, ФМС России, учреждения МО, органы и учреждения здравоохранения, профсоюзы, работодатели, Роспотребнадзор
Группы, имеющие ограниченный доступ к обучению	Неправительственные организации, правоохранительные органы, органы социальной защиты
Особо уязвимые группы населения	Центры СПИД, наркологические диспансеры, КВД, ФСКН России, неправительственные и общественные организации, правоохранительные органы

2. Противоэпидемические мероприятия	
В отношении источника инфекции	Роспотребнадзор, Центры СПИД, профильные организации и учреждения системы здравоохранения, акушерско-гинекологическая служба, ФМС
В отношении путей передачи	Роспотребнадзор, Центры СПИД, КВД, Центры крови
3. Медицинская помощь и антиретровирусное лечение ВИЧ-позитивных лиц	Центры СПИД, учреждения здравоохранения, Роспотребнадзор
4. Социальное сопровождение, поддержка и уход для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД	Центры СПИД, учреждения социальной службы
5. Борьба со стигмой и дискриминацией	СМИ, неправительственные организации, правоохранительные органы, Роспотребнадзор
6. Подготовка кадров	Роспотребнадзор, Центры СПИД, центры подготовки и переквалификации медицинских работников, неправительственные организации

13. Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ

Для осуществления спланированной деятельности одним из важных элементов управления является контроль как за ходом выполнения мероприятий для достижения поставленных целей, так и за их эффективностью. Такой контроль осуществляется в ходе мониторинга и оценки (МиО). Мониторинг – это постоянный сбор и регистрация информации по заданным параметрам с целью регулярного отслеживания успехов, достигнутых в ходе выполнения работ, и сравнение текущего состояния дел с планом. Оценка – осуществление анализа эффективности проведенных мероприятий и определение ценности проводимых вмешательств.

Источниками данных системы МиО комплексных программ по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний среди ПИН являются государственные отчетно-учетные формы федерального государственного статистического наблюдения; отраслевая форма мониторинга выполнения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИД и гепатитов В и С; данные о поведении различных групп населения, полученные в результате специальных эпидемиологических исследований; системы мониторинга и оценки отдельных проектов/программ.

Плановые выборочные биоповеденческие исследования среди уязвимых групп населения (ПИН, КСР, МСМ) и общей популяции являются важным и зачастую незаменимым источником информации при оценке эффективности профилактических программ. Необходимо предусмотреть систематическую организацию плановых выборочных серологических и поведенческих исследований среди уязвимых групп населения как минимум 1 раз в 3 года.

Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции приведены в прилож. 5.

Полученную в рамках осуществления МиО информацию необходимо регулярно предоставлять руководству программ и организаций здравоохранения для своевременной коррекции проводимых вмешательств и адекватного планирования мероприятий по профилактике ВИЧ.

Обозначения и сокращения

АРВ-препараты	антиретровирусные препараты
АРТ	антиретровирусная терапия
АГ	антигены
АТ	антитела
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВБИ	внутрибольничная инфекция
ВГ	вирусный гепатит
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВН	вирусная нагрузка
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДКП	оральная доконтактная профилактика
ИБ	иммунный блотинг
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	иммуноферментный анализ
КСР	коммерческие секс-работники
ЛПО	лечебно-профилактическая организация
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами
ОИ	оппортунистические инфекции
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
РНК	рибонуклеиновая кислота
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
CD4	клетки, несущие на своей поверхности клеточный рецептор СД4

Библиографический указатель

1. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

2. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. СП 3.1.5.2826—10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13 февраля 2012 г. № 16 «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

6. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 августа 1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

8. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 декабря 2006 г. № 6834-РХ «Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения».

9. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5954-РХ «Об организации оповещения партнеров ВИЧ-инфицированных лиц».

10. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 сентября 2007 г. № 6963-РХ «Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и противоэпидемические мероприятия».

11. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5950-РХ «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию».

12. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5952-РХ «Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию».

13. Беляева В. В., Хан Г. Н., Резник А. М., Рюмина И. И. Консультирование пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции: Пособие для медицинских работников //Здоровая Россия 2020, 2009.

14. Воронцова Н. Н., Жеребцова В. В., Епоян Т. А. и др. Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей: Пособие для социальных работников. Москва, 2006.

15. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИД, 2012. «ЮНЭЙДС / JC2417R».

16. Жукова М. В., Литвинов С. П., Рахманова А. Г. и др. Методические рекомендации по организации социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в государственных учреждениях социального обслуживания населения. Санкт-Петербург, 2009.

17. Коммуникации и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников //Беляева В. В., Афонина Л. Ю., Дмитриева Е. В., Рюмина И. И., Фролов С. А., Шухов В. С., Макки Н. М., Здоровая Россия 2020, 2008.

18. Концепция «Комплексная программа по профилактике и лечению социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков». М.: ЭСВЕРО, 2011.

19. Покровский В. В., Юрин О. Г., Кравченко А. В. и др. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. Национальное научное общество инфекционистов. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы, 2012.

20. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (клинический протокол) ФГБУ «РКИБ» Минздрава России, ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора: Афонина Л.Ю., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А., Козырина Н.В., Юрин О.Г., Покровский В.В. //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы, 2012.

21. «Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц». Рекомендации с позиций общественного здравоохранения, ВОЗ; ЮНЭЙДС, 2012.

22. Руководящие указания ЮНЭЙДС по ВИЧ и секс-бизнесу, ЮНЭЙДС.09.09R, Женева, 2009.

23. Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ, ЮНЭЙДС/ 05.05R, 2005.

24. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике,

лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. М.: ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН, 2009.

25. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, WHO, 2013, 272 p.

26. Position Statement on Condoms and HIV Prevention, July 2004, WHO, UNAIDS.

27. Recommendation concerning HIV and AIDS and the World of Work Adoption: Geneva, 99th ILC session, 17 Jun 2010.

28. The male latex condom, WHO, UNAIDS, WHO/RHT/FPP/98/15.

Приложение 1

Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемые для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию*

Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования
1	2
Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат	
Доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов, а также беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для производства биологических препаратов	*При каждом взятии донорского* материала
Врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИД, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт	При поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах
Врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий, которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека	
Научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека	

* Вышеуказанные контингенты проходят освидетельствование на наличие антител к ВИЧ добровольно с обязательным до- и послетестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и при наличии информированного согласия.

Продолжение прилож. 1

1	2
Медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год
Лица, проходящие военную службу и поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по призыву и контракту, при призыве на срочную военную службу	При поступлении на службу по контракту, при поступлении в военные вузы министерств и ведомств, устанавливающих ограничения для приёма на службу лиц с ВИЧ-инфекцией
Иностранные граждане и лица без гражданства	При обращении за получением разрешения на гражданство или видом на жительство, или разрешением на работу в Российской Федерации, при въезде на территорию Российской Федерации на срок более трех месяцев
Рекомендуются для добровольного обследования на ВИЧ	
Беременные	При постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 28—30 недель
Беременные, не обследованные до родов или обследованные только до 28-й недели беременности	При обращении в медицинские учреждения, при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением
Беременные, имеющие ВИЧ-инфицированных половых партнеров или употребляющих психоактивные вещества	При постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением, независимо от количества исследований во время беременности
Мужья, половые партнеры всех женщин, поставленных на учет по беременности	Однократно при постановке беременной на учет
Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями и матерями, не обследованными на ВИЧ-инфекцию во время беременности и родов	Исследование на антитела к ВИЧ методом ИФА: при рождении, в 9, 12 и 18 месяцев. Исследование на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ: при рождении (при наличии признаков внутриутробного инфицирования) или в возрасте 1—2 месяца. Повторное исследование – в зависимости от полученного результата:

Продолжение прилож. 1

1	2
	– при первом положительном результате как можно раньше; – при первом отрицательном результате – в возрасте 4—6 месяцев
Лица, относящиеся к уязвимым группам населения	
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом «наркомания», употребляющие наркотики с вредными последствиями, потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	При обращении за медицинской помощью, в последующем – 1 раз в 6 месяцев
Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	При обращении за медицинской помощью
Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг, проституцией (КСР)	При обращении за медицинской помощью
Выявленные контактные лица при проведении эпидемиологического расследования (контакт с ВИЧ-позитивным, при котором имелся риск заражения ВИЧ)	При выявлении лица, имевшего с ВИЧ-инфицированным контакт, в результате которого могло произойти заражение ВИЧ, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта
Участники аварийной ситуации: потенциальный источник ВИЧ-инфекции и контактировавшее лицо (обследуются с целью профилактики профессионального заражения)	При возникновении на рабочем месте аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые и через 3, 6, 12 месяцев после аварии
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При поступлении в места лишения свободы, в последующем в соответствии с клиническими и эпидемиологическими показаниями
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом заболеваний, передающихся половым путем	При постановке диагноза и через 6 месяцев
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита В или гепатита С	При постановке диагноза и через 6 и 12 месяцев
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом хронического гепатита В или гепатита С, а также лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита В или С	При постановке диагноза

Продолжение прилож. 1

1	2
Лица, обследуемые по клиническим показаниям	
Больные с хотя бы одним из следующих клинических проявлений: – лихорадка более 1 месяца, – увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца, – диарея, длящаяся более 1 месяца, – необъяснимая потеря массы тела на 10 % и более	При выявлении клинических проявлений
Больные с затяжными, рецидивирующими и возвратными пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии	При постановке диагноза
Больные с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными или паразитарными заболеваниями, сепсисом	
Больные с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц	
Больные с ворсистой лейкоплакией языка	
Больные с хроническими и рецидивирующими бактериальными, грибковыми и вирусными заболеваниями кожи и слизистых, в т. ч. с рецидивирующей пиодермией	
Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии	
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом	
Саркомы Капоши	При постановке диагноза
Лимфомы мозга	
Т-клеточного лейкоза	
Легочного и внелегочного туберкулеза	
Заболевания, обусловленного цитомегаловирусом	
Генерализованной или хронической формы инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса	
Рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет	
Инфекционного мононуклеоза (у лиц старше 13 лет)	При постановке диагноза и через 3 месяца после начала заболевания

Продолжение прилож. 1

1	2
Пневмоцистоза (пневмонии)	При постановке диагноза
Токсоплазмоза с поражением центральной нервной системы	
Криптококкоза (внелегочного)	
Криптоспородиоза	
Изоспороза	
Гистоплазмоза	
Стронгилоидоза	
Кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких	
Глубоких микозов	
Атипичных микобактериозов	
Прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии	
Анемии различного генеза	
Рака шейки матки (инвазивного)	
Кокцидиомикоза (диссеминированного или внелегочного)	
Лимфомы Беркитта	
Иммунобластной лимфомы	
Сальмонеллезных (не тифоидных) септицемий возвратных	
Бактериальных инфекций (множественных или возвратных) у ребенка в возрасте до 13 лет	
Интерстициальной лимфоидной пневмонии у ребенка в возрасте до 13 лет	
Онкологических заболеваний у ребенка в возрасте до 13 лет	
Дети до 13 лет со следующими клиническими проявлениями: – длительная необъяснимая гепатоспленомегалия; – персистирующий/рецидивирующий необъяснимый паротит; – резкая задержка психомоторного и физического развития; – нейтропения < 0,5 х 10^9/л; – тромбоцитопения < 50 х 10^9/л;	При выявлении клинических проявлений
Обследованные добровольно по инициативе пациента (при отсутствии других причин обследования)	При обращении с целью обследования

Продолжение прилож. 1

1	2
Контингенты, подлежащие обследованию по патологоанатомическим показаниям	
Умершие, в случае выявления патолого-анатомических изменений, указывающих на СПИД; лица, у которых на вскрытии было обнаружено генерализованное увеличение лимфоузлов, туберкулез; наркопотребители; умершие в результате передозировки наркотиков, сепсиса, а также лица, умершие вследствие суицида	При вскрытии трупа

Приложение 2

Информированное согласие на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ

• **ВИЧ-инфекция** – инфекционное хроническое заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению вплоть до формирования синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД).

• ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

– при сексуальных контактах без презерватива;

– через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на который попадает кровь); возможно заражение при применении готовых растворов наркотиков, в которые могли занести ВИЧ раньше;

– от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражения ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транспортом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

• **Как избежать заражения ВИЧ.** В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, человек может использовать разные способы предохранения. Например, иметь только одного верного, не инфицированного ВИЧ полового партнера, не употреблять наркотики или всегда пользоваться презервативами. Для предотвращения заражения через кровь необходимо избегать контакта с любыми инструментами и материалами, на которые могла попасть кровь другого человека. ВИЧ-инфицированная беременная женщина может защитить своего ребенка от заражения ВИЧ, принимая специальные лекарства во время беременности и отказавшись от грудного вскармливания.

• **С какой целью проводится обследование на антитела к ВИЧ.** Своевременное установление диагноза ВИЧ-инфекции на основании обнаружения антител и данных последующих исследований позволяет вовремя начать необходимое лечение и принять другие меры к уменьшению негативных последствий заражения ВИЧ, например, предотвратить передачу ВИЧ близким людям.

• **Консультирование перед проведением обследования (дотестовое консультирование)** на антитела к ВИЧ должно быть предоставлено всем желающим, чтобы человек перед обследованием мог обсудить со специалистом все аспекты этого тестирования, включая его возможные последствия.

• **Исследование крови на наличие антител к ВИЧ**. Одним из важнейших свидетельств того, что человек инфицирован ВИЧ является обнаружение в его крови антител к ВИЧ. Для проведения этого исследования из локтевой вены пациента берется 5—10 мл крови, которая подвергается дальнейшему обследованию в медицинских учреждениях, имеющих разрешение (лицензию) на такую деятельность.

Результаты обследования крови на антитела к ВИЧ могут быть положительными (антитела к ВИЧ обнаружены), отрицательными (антитела к ВИЧ не обнаружены, результаты «негативные») или неопределенными.

При обнаружении антител к ВИЧ человек, у которого они выявлены, считается «ВИЧ-положительным» или «ВИЧ-позитивным» и от него может произойти заражение другого лица. Обнаружение антител к ВИЧ накладывает на человека определенные обязательства по предупреждению возможного заражения других лиц.

В случае «неопределенных» (сомнительных) результатов обследования, обследуемому назначаются повторные обследования крови на антитела к ВИЧ или другие необходимые исследования. Человек с неопределенными результатами обследования также должен принимать меры предосторожности, чтобы не допустить заражение других лиц.

Если антитела к ВИЧ не обнаружены, то, вероятно, человек не инфицирован ВИЧ. Однако существует период «серонегативного окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, который обычно составляет до 3 месяцев, но может быть и дольше). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Поэтому, если имелся риск заражения ВИЧ в течение менее 3 месяцев до проведения обследования на ВИЧ, обследование рекомендуется повторить через 3 и 6 месяцев.

• В случае обнаружения антител к ВИЧ, ВИЧ-позитивный должен быть проинформирован о результатах исследования, ему будет подробно разъяснено значение результатов этого исследования (то есть ему **должно быть предоставлено подробное послетестовое консультирование**) и предложено пройти дополнительные клиническое, лабораторное и эпидемиологическое обследования для установления окончатель-

ного диагноза ВИЧ-инфекции, стадии заболевания и назначения соответствующего лечения.

• **Все необходимые исследования, связанные с диагностикой ВИЧ-инфекции и ее лечением, для граждан Российской Федерации осуществляются бесплатно.**

• Исследование на антитела к ВИЧ может проводиться анонимно (когда обследуемый не называет своего подлинного имени и результат может узнать по коду) или конфиденциально, когда обследуемый сообщает медицинским работникам данные, которые позволяют его идентифицировать (например, Ф.И.О., паспортные данные), а **медицинские работники, которые проводят обследование, берут на себя обязательство сохранять имя обследуемого в тайне, независимо от результатов обследования.**

• Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает специалист при консультировании после проведения обследования (послетестовом консультировании), которое проводится после получения обследования на антитела к ВИЧ с целью разъяснения обследуемому его результатов и рекомендаций относительно дальнейшего образа жизни.

• С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД по адресу:

• **Если Вы согласны на проведение конфиденциального обследования на антитела к ВИЧ, Вы должны указать здесь Ваши данные, (если Вы желаете пройти обследование анонимно, оставляете последующие строки незаполненными)**

Я _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

_____ _____

(подпись обследуемого на ВИЧ) (дата)

Приложение 3

Информирование об обнаружении антител к ВИЧ

У Вас при обследовании обнаружены антитела к ВИЧ.

Информируем Вас, что:

Обнаружение антител к ВИЧ является признаком наличия ВИЧ-инфекции. Людей, у которых выявлены антитела к ВИЧ, называют ВИЧ-позитивными. Для установления диагноза ВИЧ-инфекции, уточнения стадии заболевания, диспансерного наблюдения и назначения лечения Вам необходимо немедленно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД или к уполномоченному врачу ЛПО по адресу: _____

_____ тел. _____

ВИЧ-позитивные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и исполняют обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации.

В России организовано бесплатное лечение ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся россиян. Для прохождения бесплатного обследования и лечения нужно обратиться по указанному выше адресу. Лечение не избавляет от ВИЧ-инфекции, но существенно продлевает жизнь, улучшает ее качество, позволяет сохранить трудоспособность на долгие годы. ВИЧ-позитивным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

ВИЧ инфекция передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;
- через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на которые попадает кровь) или при применении готовых растворов наркотиков, в которые могли занести ВИЧ раньше;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транс-

портом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

Для того, чтобы не передать ВИЧ-инфекцию другому человеку, я должен/должна соблюдать меры предосторожности. Мне дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у меня ВИЧ-инфекции, всегда пользоваться презервативами. Не кормить ребенка грудью. Я должен/должна принять меры к тому, чтобы моя кровь, попавшая на колющие, режущие инструменты не могла стать причиной заражения других людей.

ВИЧ-позитивные не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ).

Со всеми вопросами, связанными с ВИЧ-инфекцией, можно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Если обследование проводилось анонимно, то не указывайте свою фамилию, имя, отчество.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня антител к ВИЧ, о гарантиях оказания медицинской помощи, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также о необходимости соблюдать меры предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции.

_____ _____
(подпись обследуемого на ВИЧ) (дата)

Приложение 4

Правила пользования презервативом

1. Презерватив всегда должен находиться при Вас. Приобретать его нужно заранее, так как в необходимый момент на это может не оказаться времени или купить его будет негде. Заранее подумайте о том, как будете убеждать партнера в необходимости его использования.

2. Покупать его желательно в аптеках или специализированных магазинах, где обеспечиваются необходимые условия его хранения.

3. Покупать нужно презервативы с гарантией качества.

4. Для каждого вида секса (орального, вагинального и анального) используются специально предназначенные для этого презервативы, что указано на упаковке.

5. Необходимо перед использованием проверить целостность упаковки, дату изготовления и срок годности презерватива.

• Презервативы различаются по срокам хранения – от 2 до 5 лет.

• Презервативам вредна высокая температура, они не переносят солнечного света и страдают от контактов с веществами, вступающими в реакцию с латексом (например, масла). Условия хранения презервативов – сухое прохладное место, исключающее возможность механического повреждения и подальше от солнца.

6. По размеру презервативы могут быть стандартными и увеличенными, в разных странах стандарты могут отличаться, важно подбирать презерватив по размеру.

7. Для профилактики заражения ВИЧ не подходят текстурированные (с ребрышками, пупырышками) презервативы, поскольку риск разрыва у таких презервативов выше.

8. Открывать упаковку нужно только пальцами (не ножницами, не ногтями).

9. В случае необходимости (и даже желательно) использовать дополнительную смазку только на водной основе.

10. Надевать презерватив необходимо непосредственно перед половым актом (до проникновения) на половой член в состоянии эрекции.

11. Перед надеванием презерватива убрать воздух из спермоприемника.

12. Раскатать по всей длине полового члена.

13. Необходимо следить за тем, чтобы презерватив оставался на половом члене во время всего полового акта. Если презерватив соскользнул или разорвался, нужно использовать новый, прежде чем продолжить половой акт.

14. Презерватив рассчитан на использование в течение не более 30 мин.

15. После семяизвержения нужно вынуть пенис из влагалища, придерживая презерватив у основания во избежание его соскальзывания.

16. Завязать презерватив, завернуть в бумагу и выбросить в мусорное ведро.

17. Презерватив используется только один раз!

Приложение 5

Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции

Цель № 1 (ООН, Политическая декларация по ВИЧ/СПИД, 2011 г.). Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50 % до 2015 года.

Общее население

1.1. Процент молодых женщин, мужчин в возрасте 15—24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

1.2. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15—24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

1.3. Процент взрослых в возрасте 15—49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

1.4. Процент взрослых в возрасте 15—49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.

1.5. Процент женщин и мужчин в возрасте 15—49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

1.6. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения

1.6.1. Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых людей в возрасте 15—24 года.

1.6.2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15—49 лет.

1.6.3. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

1.6.4. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин в возрасте 15–49 лет.

КСР

1.7. Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ-инфекции.

1.8. Процент КСР, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.

1.9. Процент КСР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

1.10. Распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса.

МСМ

1.11. Процент МСМ, которые охвачены программами профилактики ВИЧ.

1.12. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

1.13. Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

1.14. Распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ.

Цель № 2.

Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50 % до 2015 г.

2.1. Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год.

2.2. Процент ПИН, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта.

2.3. Процент ПИН, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

2.4. Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

2.5. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Цель № 3.

Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИД.

3.1. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

3.1.1. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности.

3.1.2. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов.

3.1.3. Процент детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получающими антиретровирусные препараты для предотвращения передачи вируса от матери к ребенку.

3.1.4. Процент пар мать-ребенок, которые получили полную трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку (во время беременности, в родах и новорождённому), включая три и более АРВ-препарата во время беременности.

3.2. Процент детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, прошедших определение ДНК или РНК ВИЧ методами молекулярной диагностики в течение первых двух месяцев со дня рождения.

3.3. Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку.

Цель № 6.

Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов.

6.1. Федеральные, региональные и международные расходы в связи с ВИЧ с разбивкой по направлениям работы и источникам финансирования.

Приложение 6

Примерный план мероприятий по профилактике заражения ВИЧ среди населения на 3-летний период

Целевая группа	Мероприятия	Эффективный целевой показатель (% охвата, выполнения)	Сроки
1	2	3	4
Государственные руководители, законодатели, общественные (в том числе профсоюзные) лидеры, руководители предприятий	Постоянные персональные контакты, участие в совещаниях, информационные письма	100 % в течение года	За один год до старта программы и постоянно
Проведение организационных мероприятий	Разработка программы, выделение финансирования, назначение ответственных исполнителей и распределение обязанностей	100 % мероприятий	За 6—12 мес. до старта программы и постоянно
Оценка стартовой ситуации	Анализ данных эпиднадзора Проведение дозорных исследований в группах Проведение поведенческих исследований	100 % материалов	Первые 6 мес. от начала программы
Обучение кадров	Обучение руководителей, специалистов, консультантов, исполнителей	100 % охвата	В течение 3—6 мес. после старта программы
Общее население	Информирование через региональные информационные программы ТВ и радио	100 % аудитории каналов	Не реже 2 раз в год через 1 мес. после старта
	Все региональные периодические печатные издания	100 % подписчиков	Не реже 2 раз в год через 1 мес. после старта
	Плакаты в аптеках	100 % аптек	С 6 мес. после старта постоянно
	Плакаты в общественном транспорте и на остановках	100 % общественных транспортных средств и 100 % крытых остановок постоянно	С 6 мес. после старта постоянно

Продолжение прилож. 6

1	2	3	4
	Плакаты в общественных туалетах	100 % туалетов постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
	Плакаты на автозаправочных станциях	100 % АЗС постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
	Продажа презервативов в организациях, торгующих предметами повседневной необходимости, аптеках	100% постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
	Консультирование при тестировании	100 % обследуемых на антитела к ВИЧ	С 6 мес. после старта постоянно
	Консультирование при аутрич-работе	60 % целевых групп риска	С 6 мес. после старта постоянно
	Консультирование выявленных ВИЧ-позитивных лиц	100 %	С 6 мес. после старта постоянно
	Консультирование выявленных партнеров ВИЧ-позитивных лиц	60 %	С 6 мес. после старта постоянно
	Консультирование по телефону	По обращению	С 6 мес. после старта
	Интернет-сайт и консультирование через Интернет	По обращению	С 6 мес. после старта
Учащиеся средних и высших учебных заведений	Лекции	100 % учащихся не реже 1 раза в год	С 6 мес. после старта постоянно
	Стенгазеты, дискотеки, КВН, любительские спектакли, компьютерные игры (по профилактике заражения ВИЧ), обучение волонтерами «равный-равному»	Максимальный процент учащихся не реже 1 раза в год	С 6 мес. после старта постоянно
Военнослужащие	Лекции	100 % состава не реже 1 раза в год	С 6 мес. после старта
	Стенгазеты, объявления	Не реже 1 раза в год	С 6 мес. после старта
	Листовки, презервативы	Выдача при каждом выходе в увольнение	С 6 мес. после старта

Продолжение прилож. 6

1	2	3	4
Заключенные	Радио-лекции	100 % не реже 2 раз в год	С 6 мес. после старта
	Стенгазеты, тематические спектакли самодеятельности, КВН, обучение волонтерами «равный-равному»	100 % не реже 2 раз в год	С 6 мес. после старта
Работники предприятий	Радио-лекции, информация на производственных совещаниях, профсоюзных собраниях	100 % не реже 1 раза в год	С 6 мес. после старта
	Плакаты в общественных туалетах	100 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Женщины и девушки	Плакаты в женских консультациях, парикмахерских, косметических салонах, туалетах	100 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Мобильные группы	Объявления по радио, плакаты, установка автоматов по продаже презервативов в туалетах железнодорожных, авто- и авиавокзалов, местах остановок автотранспорта (АЗС)	100 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Иностранные рабочие	Раздача листовок прибывающим в РФ иностранцам на таможне, в миграционной службе	100 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Пациенты и посетители медицинских учреждений	Плакаты, беседы, лекции	100 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Покупатели аптек	Плакаты, листовки, прилагаемые к товарам	100 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Не учащаяся и неработающая молодежь	Аутрич-программы, консультации «равный-равному», информирование на массовых концертных и спортивных мероприятиях	Не менее 60 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно

Продолжение прилож. 6

1	2	3	4
Бездомные, беспризорные, безнадзорные, бродяги	Объявления по радио, плакаты в туалетах железнодорожных, авто- и авиавокзалов. Аутрич-программы, консультации «равный-равному». Плакаты, листовки, консультации в правоохранительных органах	Не менее 60 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Этнические меньшинства	Консультации лидеров, привлечение представителей для консультирования по принципу «равный-равному»	Не менее 60 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
КСР и их клиенты	Аутрич-программы: консультирование, раздача буклетов, презервативов, консультации «равный-равному» КСР и клиентов, «автобусы женщин», СМС-сообщения для «девушек по вызову»	Не менее 60 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
МСМ	Интернет-консультирование на сайтах МСМ, аутрич-программы в местах сбора и клубах МСМ	Не менее 60 % постоянно	С 6 мес. после старта постоянно
Потребители наркотиков	Информирование-консультирование пациентов клиник и учреждений для лечения алкоголизма и наркомании	100 % обратившихся в течение года	С 6 мес. после старта постоянно
	Аутрич-программы в местах сбора, Автобусы помощи	Не менее 60 % в течение года	С 6 мес. после старта постоянно
Мониторинг и оценка	Анализ данных эпиднадзора Выборочные исследования групп риска Проведение поведенческих исследований	100 % материалов	Каждые 12 мес. ежегодно

Профилактика заражения ВИЧ

Методические рекомендации
МР 3.1.0087—14

Редактор Н. В. Кожока
Технический редактор Е. В. Ломанова

Подписано в печать 04.06.14

Формат 60x88/16 Печ. л. 4,5
Тираж 200 экз. Заказ 43

Федеральная служба по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
127994, Москва, Вадковский пер., д. 18, стр. 5, 7

Оригинал-макет подготовлен к печати и тиражирован
отделом издательского обеспечения
Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора
117105, Москва, Варшавское ш., 19а

Отделение реализации, тел./факс 8(495)952-50-89

gost.e-ecolog.ru