

А. С. Кузнецова
В. В. Беляева

Профилактика ВИЧ-инфекции в уголовно- исполнительной системе

Методическое руководство

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Методическое руководство

Москва

2006

Авторы:

Кузнецова Алла Степановна, первый заместитель начальника медицинского управления Федеральной службы исполнения наказаний

Беляева Валентина Владимировна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Профилактика ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе.
Москва, 2006, 32 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Введение | 4 |
| 1. Основные направления профилактики ВИЧ-инфекции | 6 |
| 2. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией | 8 |
| 3. Организация обследования на ВИЧ-инфекцию в учреждениях уголовно-исполнительной системы | 11 |
| 4. Добровольное тестирование с проведением дотестового и послетестового консультирования всех желающих | 14 |
| 4.1. Дотестовое консультирование | 16 |
| 4.2. Послетестовое консультирование | 17 |
| 5. Диспансерное динамическое наблюдение за лицами с серопозитивными и сомнительными результатами лабораторного обследования на ВИЧ | 20 |
| 6. Профилактика инфекций, передающихся половым путем | 22 |
| 7. Профилактика вертикальной передачи вируса от матери к ребенку | 23 |
| 8. Профилактика и лечение наркомании | 29 |
| 9. Подготовка высокопрофессиональных специалистов по профилактике ВИЧ-инфекции | 31 |
| 10. Универсальные меры предосторожности | 31 |

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время эпидемия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в России представляет собой социальное, медицинское, психологическое явление, которое отличается динамичностью, нарастающими негативными последствиями и сочетается в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Она требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия. Передача ВИЧ — событие не случайное; на распространение вируса влияет существующая социальная, экономическая и политическая ситуация. В истории инфекционных заболеваний ни одно другое заболевание не подвергалось такому интенсивному изучению. За два десятилетия после обнаружения ВИЧ-инфекции были получены огромные знания о вирусе и тех факторах, которые способствуют развитию эпидемии во всем мире.

Повторяя в своем развитии общемировые тенденции, эпидемия в России в то же время имеет ряд особенностей, касающихся процессов феминизации и омоложения ВИЧ-инфицированных, как в общей популяции, так и в группах, имеющих факторы риска заражения.

Заражение ВИЧ в основном обусловлено «рискованным» поведением людей, к которому главным образом относится употребление наркотических средств и рискованное сексуальное поведение. Такое поведение способствует реализации ведущих путей передачи вируса — через кровь и половые контакты. Особенно уязвима для ВИЧ молодежь, как в силу рискованного поведения, так и из-за отсутствия доступа к информации и службам профилактики, и по целому ряду социальных и экономических причин. До последнего времени в России преобладал парентеральный путь заражения ВИЧ-инфекцией при введении наркотиков, однако сейчас он сравнялся по своей значимости с заражением половым путем. Это свидетельствует о том, что эпидемия выходит за пределы групп, имеющих факторы риска заражения, распространяясь на широкие слои населения.

К уязвимым группам относятся люди, которые в силу социально-экономических или поведенческих причин в большей степени подвержены риску заражения ВИЧ. У представителей этих групп существует большое количество психосоциальных проблем, которые ограничивают их доступ к получению специализированной медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, а также служат препятствием для проведения профилактических мероприятий. Одним из таких препятствий может быть дискриминация, в том числе и в области оказания медицинской и другой помощи.

К уязвимым группам населения применительно к проблемам, связанным с ВИЧ-инфекцией, традиционно относятся:

- лица, имеющие опыт внутривенного употребления наркотиков;
- лица, оказывающие сексуальные услуги за плату;
- мужчины, имеющие секс с мужчинами;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы;
- мигранты.

В отдельных странах и сообществах, а иногда и на отдельных территориях более уязвимыми к ВИЧ контингентами могут быть женщины, молодежь, дети, национальные меньшинства и другие группы населения. Для представителей этих групп может быть затруднен доступ как к мероприятиям по профилактике ВИЧ-инфекции, так и к оказанию медицинской помощи. Ограничения в доступе к профилактическим мероприятиям и лечению отдельных групп населения, особо важных с точки зрения распространения ВИЧ, приводит к снижению эффективности всех программ, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ.

В настоящее время профилактика — единственный способ ограничения распространения ВИЧ-инфекции. Профилактика означает снижение риска и уязвимости в рамках соблюдения прав человека не только путем защиты неинфицированных, но включает в себя сочувствие, взаимодействие, создание климата неприятия стигматизации и дискриминации.

Профилактика ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы — это комплекс организационных, административных, медицинских и иных мер, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекции в целях обеспечения безопасных условий жизнедеятельности отбывающих наказание осужденных и сотрудников.

Профилактические мероприятия планируются и осуществляются в соответствии с эпидемиологической обстановкой в стране, уголовно-исполнительной системе, а также прогнозом ее изменений.

В связи с отсутствием средств специфической и экстренной профилактики ВИЧ-инфекции, мероприятия по ее предупреждению в основном носят общий характер. *ВИЧ-инфекция является болезнью человеческого поведения, поэтому профилактическая работа будет настолько успешной, насколько возможным будет изучение поведения и причин, влияющих на него.*

Основную часть профилактической работы составляют поведенческие вмешательства, прежде всего просвещение, обучение, поддержка и так называемая адвокация (меры, влияющие на людей, принимающих общественно значимые решения), направленные на снижение индивидуального риска заражения.

1. Основные направления профилактики ВИЧ-инфекции

В учреждениях УИС профилактические мероприятия с осужденными направлены на предотвращение возникновения и распространения инфекции в учреждении. Профилактические мероприятия при ВИЧ-инфекции должны включать следующие основные направления:

1. **Профилактическое образование**, которое должно соответствовать культуре, в рамках которой оно осуществляется, для того, чтобы создать установки, выработать навыки и создать устойчивую мотивацию, необходимые для изменения поведения с целью снижения риска и уязвимости в отношении ВИЧ-инфекции.

Образование подозреваемых, обвиняемых и осужденных осуществляется путем проведения широких просветительских кампаний с использованием различных форм подачи информации, таких как:

- радио- и телепередачи, публикации в ведомственных средствах информации;
- рекламные кампании по профилактике (наружная и внутренняя реклама);
- проведение курсов лекций, тренингов;
- подготовка и распространение печатных информационных материалов (брошюры, буклеты, листовки и т.д.);
- проведение профилактических культурно-массовых мероприятий (тематические концерты, акции);
- внедрение программы «равный обучает равного».

Программа «равный обучает равного» представляет собой процесс обучения осужденных другими осужденными, и зарекомендовала себя как наиболее действенный и эффективный метод просвещения в местах лишения свободы. Обучение проводится специально подготовленными осужденными, имеющими навыки проведения бесед и владеющими необходимой информацией о путях передачи, механизмах развития и профилактики ВИЧ-инфекции. Как правило, занятия «равный обучает равного» осуществляются под руководством сотрудника исправительного учреждения. Этот сотрудник (воспитатель, начальник отряда, педагог школы) должен пользоваться доверием большинства осужденных, иметь необходимый опыт работы в уголовно-исполнительной системе и знания относительно профилактики ВИЧ-инфекции.

Обучение равных равными должно проводиться постоянно и регулярно по мере поступления новых осужденных в исправительное учреждение. Обучение должно быть «живым», т. е. с обязательным участием в этом процессе ВИЧ-позитивного осужденного, поскольку его личные признания производят сильный мотивирующий эффект на окружающих. Часто для осужденных такой момент становится самым запоминающимся из всей программы обучения, а участники сами отмечают необходимость присутствия таких людей на занятии. Помимо общей информации обучающая программа включает отдельные темы, вызывающие особый интерес или беспокойство в каждом конкретном учреждении.

Обучение вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в местах лишения свободы должно охватывать основные факторы риска:

- совместное использование игл;
- половые контакты;
- татуировки;
- агрессивные действия, связанные с нанесением телесных повреждений и нарушением целостности кожных покровов;
- вертикальный путь передачи вируса от матери ребенку.

Важная задача, которая ставится программой «равный обучает равного» перед осужденными — это выработка терпимого отношения к ВИЧ-инфицированным со стороны пенитенциарного социума. Как сотрудники, так и осужденные должны понять, что ответственность за профилактику ВИЧ-инфицирования в местах лишения свободы ложится на каждого человека, поскольку из-за «периода окна» потенциальным носителем инфекции может быть любой. Наличие ВИЧ-отрицательной реакции еще не означает отсутствия ВИЧ-инфицирования. Зная способы передачи инфекции и относясь к любому осужденному как к потенциально инфицированному, люди вынуждены менять свое поведение в сторону снижения возможности заражения. Меняется отношение и к ВИЧ-инфицированным, которые в силу своей открытости (факт ВИЧ-инфицирования уже установлен) таят в себе гораздо меньше опасности, чем те, которые официально не признаны носителями инфекции (хотя это и не исключено).

Особое место занимает профилактическое образование для несовершеннолетних осужденных, учитывая их психологические особенности. Для них программы или проекты направлены на то, чтобы путем поведенческих, психологических, социальных действий уменьшить сексуальные и наркотические риски подростков путем:

- отдаления во времени сексуального дебюта, т. к. отсрочка половых отношений позволяет принимать более зрелые и ответственные решения;

- уменьшения количества сексуальных партнеров, т. к. формируются установки на построение долгосрочных взаимоотношений, в которых партнеры сохраняют друг другу верность;

- исключения или уменьшения случаев незащищенного секса.

Необходимо вооружить подростков знаниями о средствах защиты во время сексуальных отношений;

- уменьшения или прекращения употребления инъекционных наркотиков. Необходимо сформировать негативное отношение к наркотикам, так как потребители инъекционных наркотиков наиболее уязвимы для ВИЧ-инфекции;

- выявления и лечения наркомании;

- выявления и лечения заболеваний, передающихся половым путем.

Установлена взаимосвязь между распространением ВИЧ-инфекции и венерическими заболеваниями, так как их течение сопровождается язвенным поражением половых органов, что облегчает проникновение вируса. Кроме того, у больных венерическими заболеваниями снижается иммунитет, что ускоряет развитие болезни;

- формирование социальных норм, ориентированных на уменьшение ВИЧ-инфекции среди подростков, формирование у детей мировоззрения, основанного на понятиях об общечеловеческих ценностях, привлекательности здорового образа жизни, законопослушности, уважении к личности, государству, окружающей среде, которые являются ориентирами и регуляторами их поведения.

Профилактическое образование сотрудников различных служб учреждений УИС вопросам профессиональной безопасности осуществляется путем информационно-обучающих программ, тренингов, семинаров и направлено на формирование у них здорового образа жизни и морально-этических норм поведения.

2. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией

В настоящее время для большинства европейских тюрем эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции очень сложная. Отражая ситуацию в стране, эпидемия проявляется острее и может носить более

интенсивный характер распространения, чем в гражданском обществе. В ряде стран ВИЧ-инфицированные осужденные составляют до 20% от общего числа лиц, находящихся в местах лишения свободы. Несмотря на то, что распространенность ВИЧ в тюрьмах остается низкой, массовое заражение в местах лишения свободы регистрируется. В 2001 году в 10 тюрьмах Ирана была вспышка ВИЧ-инфекции, распространенность в одном из учреждений составляла 63%. В 2002 году в Литве зарегистрирована вспышка в пенитенциарном учреждении, в одной из тюрем Индонезии распространенность ВИЧ-инфекции превышала 50% в 2002 году.

Увеличение количества ВИЧ-инфицированных в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) вызывает особую озабоченность. Так, в 1994 году в местах лишения свободы находилось 7 ВИЧ-инфицированных. Количество инфицированных в уголовно-исполнительной системе России увеличилось в пять тысяч раз и в настоящее время в учреждениях УИС содержится более 34 тысяч, что составляет 12% от общего числа зарегистрированных в России. Из общего числа лиц данной категории 90,9% составляют мужчины, 8,5% — женщины, 0,6% — подростки. Больных сочетанной патологией ВИЧ-инфекция и туберкулез в местах лишения свободы 2,5 тысячи. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС в десятки раз превышает соответствующий показатель в целом по России. Это объясняется высокой концентрацией социально-дезадаптированных лиц, содержащихся в местах лишения свободы (в т.ч. больных наркоманией, алкоголизмом, лиц, не имеющих определенного места жительства, работников коммерческого секса). Только в 2005 году в СИЗО было *выявлено впервые 5968 чел.* ВИЧ-инфицированных. Следует отметить, что ежегодно в следственные изоляторы ФСИН России поступают более 7 тыс. ВИЧ-инфицированных лиц. Следственные изоляторы ФСИН России, выполняя функцию своеобразных «фильтров», выявляют различные, в том числе социально значимые заболевания у тех граждан, которые, как правило, до поступления в места лишения свободы не обращались за помощью в медицинские учреждения территориального здравоохранения и не знали о своем заболевании.

Особую опасность представляет сочетанное поражение людей наркоманией, ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. 90% от числа всех ВИЧ-инфицированных в УИС составляют потребители внутривенных наркотиков. Наркомания и туберкулез у ВИЧ-инфицированных ускоряют развитие данного заболевания и способствуют более быстрому переходу бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции в заболевание

СПИДом. Употребление наркотиков и ВИЧ-инфекция повышают восприимчивость организма к любой инфекции, в том числе к туберкулезу, способствуя переходу инфицированности в заболевание.

Более 2,5 тыс. ВИЧ-инфицированных подозреваемых, обвиняемых и осужденных страдают туберкулезом.

Прогрессирующий рост сочетанной патологии в гражданском обществе ведет к естественному увеличению количества таких больных, поступающих в пенитенциарные учреждения, так как многие из них совершают уголовно наказуемые деяния. В учреждениях ФСИН России с 2003 по 2006 годы отмечается более чем двукратное увеличение указанной сочетанной патологии, а по наиболее тяжелой форме, объединяющей наркозависимость, ВИЧ-инфекцию и туберкулез, отмечается увеличение в 3,5 раза.

Сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам с парентеральным механизмом передачи (гепатиты В и С). Показатели заболеваемости вирусными гепатитами среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных в 3—4 раза превышают аналогичные показатели среди населения России.

Известно, что потребители внутривенных наркотиков чаще инфицируются вирусным гепатитом, имеющим преимущественно парентеральный механизм передачи, и в этом качестве гепатиты и ВИЧ-инфекция близки, поражая в первую очередь именно эту категорию населения. Ежегодно диагностируется до тысячи случаев острых вирусных гепатитов В и С, около 8 тысяч носителей возбудителя вирусных гепатитов (гепатита В-2115, гепатита С-5835).

Представленные данные не отражают истинное состояние ситуации, складывающийся по гепатитам в пенитенциарной системе, так как такое дорогостоящее для УИС обследование не позволяет проводить его всем нуждающимся.

Санитарно-эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в УИС — это:

- оценка состояния развития эпидемиологического процесса в целях проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции;
- разработка новых подходов к прогнозированию распространения ВИЧ-инфекции и выбору управленческих решений по сдерживанию инфицированности (заболеваемости) ВИЧ.

Основные направления санитарно-эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией:

- получение и анализ информации об эпидемической ситуации в мире, стране, регионе, в учреждениях УИС;
- прогнозирование эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в УИС;
- контроль организации медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции и динамического наблюдения;
- учет лиц, инфицированных ВИЧ;
- анализ результатов скрининга на ВИЧ-инфекцию у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- проведение санитарно-эпидемиологического расследования при выявлении новых случаев инфицированности;
- контроль за выполнением требований санитарных норм и правил;
- оказание методической помощи в проведении просветительской работы по гигиеническому воспитанию лиц, содержащихся в местах лишения свободы;
- мониторинг и оценка эффективности противоэпидемических мероприятий.

3. Организация обследования на ВИЧ-инфекцию в учреждениях уголовно-исполнительной системы

В настоящее время общепризнанно, что массовые лабораторные обследования населения на ВИЧ-инфекцию дорогостоящи и малоэффективны. Обследованию подлежат определенные категории людей, как в обязательном порядке, так и добровольно.

Добровольное тестирование на ВИЧ рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения и применяется в пенитенциарных системах во многих странах мира. Противоречие между добровольным и обязательным тестированием — следствие конфликта между правами личности и правами, защищающими интересы всего общества. С точки зрения количественного определения распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией добровольное тестирование может дать неполную картину обследуемой популяции и поэтому ведет к погрешностям в расчетах. Это ограничивает возможность проведения прямого

сравнения данных, собранных в разное время в разных исправительных учреждениях. Этот недостаток обычно не принимается во внимание, поскольку добровольное тестирование имеет одно неоспоримое преимущество — возможность избежать принуждения и отчуждения, которое может возникнуть при принудительном тестировании.

Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится в соответствии с законодательством РФ.

Добровольное медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия. Медицинские учреждения, проводящие медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции, обеспечивают безопасность такого освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование, в соответствии с установленными нормативами и стандартами. В учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

Обязательному медицинскому освидетельствованию на наличие ВИЧ-инфекции подлежат:

а) доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов — при каждом взятии донорского материала.

Лица, которые отказались от обязательного медицинского освидетельствования или у которых выявлена ВИЧ-инфекция, не могут быть донорами крови, плазмы крови, спермы, других биологических жидкостей, тканей и органов.

б) работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций при проведении обязательных предвари-

тельных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров:

- медперсонал центров по борьбе со СПИДом, других учреждений, занятых обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, судебно-медицинской экспертизой и другой работой с лицами, инфицированными ВИЧ, имеющими с ними непосредственный контакт;

- медперсонал лабораторий, обследующий на ВИЧ, кровь и другие материалы от ВИЧ-инфицированных;

- сотрудники предприятий по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ.

в) российские граждане, выезжающие в страны, где в соответствии с межправительственными соглашениями требуется предъявление сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции.

Обследование на ВИЧ в целях улучшения диагностики ВИЧ-инфекции надо проводить в следующих случаях:

- а) больные с клиническими показаниями — лихорадящие более 1 мес.; при увеличении лимфатических узлов двух и более групп свыше 1 мес.; с диареей более 1 мес.; при потере массы тела на 10% и более; с затяжными и рецидивирующими пневмониями; с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными, паразитарными заболеваниями, сепсисом; с подострым энцефалитом и слабоумием (ранее здоровые лица); с ворсистой лейкоплакией языка; с рецидивирующей пиодермией; женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии;

- б) больные с подозрением или подтвержденным диагнозом наркомании (с парентеральным путем введения наркотиков); заболевания, передающегося половым путем; саркомы Капоши; лимфомы мозга; Т-клеточного лейкоза; туберкулеза; гепатита В, HBs-антигеноносительства (при постановке диагноза и через 6 мес.); цитомегаловирусного заболевания; генерализованного или хронического заболевания, вызванного вирусом простого герпеса; опоясывающего лишая (у лиц моложе 60 лет); мононуклеоза (через 3 мес. после начала заболевания); пневмоцистоза (пневмонии); токсоплазмоза (ЦНС); криптококкоза (внелегочного); криптоспоридиоза; изоспороза; стронгилоидоза; гистоплазмоза; кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких; глубоких микозов; атипичных микобактериозов; прогрессирующей очаговой лейкоэнцефалопатии; анемии различного генеза;

в) беременные — в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования в качестве сырья для производства иммунобиологических препаратов.

Обследованию на ВИЧ должны подлежать граждане РФ, возвращающиеся из длительных зарубежных командировок.

Перечень показаний к обязательному обследованию на ВИЧ лиц, находящихся в местах лишения свободы, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 февраля 1996 г. № 221.

Обязательному медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции подлежат лица, находящиеся в местах лишения свободы:

— изъявившие желание быть донорами крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов, — при каждом взятии донорского материала;

— привлекаемые в медицинских учреждениях уголовно-исполнительной системы к выполнению обязанностей работников, указанных в перечне работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров, утверждаемом Правительством Российской Федерации.

Периодические медицинские осмотры проводятся не реже одного раза в год;

— по клиническим показаниям, устанавливаемым Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ.

Принудительное обследование на ВИЧ запрещается.

4. Добровольное тестирование с проведением дотестового и послетестового консультирования всех желающих

Тестирование на ВИЧ само по себе не ведет к изменению поведения в отношении заражения этим вирусом на менее опасное. Изменения поведения можно ожидать, используя возможности до- и послетестового консультирования, в процессе которого:

— люди осознают проблему ВИЧ-инфекции как индивидуально значимую,

— получают оценку индивидуального риска подвергнуться заражению,

— получают знания об этой инфекции и путях предотвращения заражения.

В то время как предложение пройти тестирование на ВИЧ при определенных обстоятельствах должно стать обязательным, само тестирование должно проводиться только после получения информированного согласия и в условиях строгой конфиденциальности. Процедура получения информированного согласия в различных медицинских учреждениях неизбежно будет отличаться, но ее основные компоненты неизменны:

- предоставление достаточной информации о ВИЧ-инфекции;
- осознание положительных и отрицательных последствий определения своего ВИЧ-статуса;
- свободный выбор в отношении тестирования на ВИЧ.

Требования к процедуре консультирования и тестирования на ВИЧ в уголовно-исполнительной системе.

— Принудительное тестирование на ВИЧ-инфекцию среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных представляется неэтичным и малоэффективным, и оно должно быть запрещено.

— Добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию, а также соответствующие до- и послетестовые консультации должны быть доступны в учреждениях ФСИН в той же мере, что и в обществе в целом.

— Добровольное тестирование следует проводить только с осознанного согласия. При сообщении результатов теста и впоследствии необходимо оказывать поддержку.

— Сообщать о результате теста должен только медицинский персонал, гарантирующий сохранение врачебной тайны.

— Обследуемый должен дать *информированное согласие* на проведение тестирования. Это означает, что ему предоставлено достаточное количество информации, на основании которой он *осознал положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса и дал свое согласие в обстановке, исключающей принуждение*. Подозрева-

емые, обвиняемые и осужденные могут дать действительно свободное информированное согласие на проведение теста только при условии *понимания значения последствий положительного результата на ВИЧ для будущей жизни, в том числе в местах лишения свободы.*

— В ходе дотестового консультирования обследуемому нужно рассказать о ВИЧ-инфекции, о целях и процедуре тестирования, а также о возможностях лечения ВИЧ-инфекции и доступности различных видов поддержки.

— После получения результатов тестирования должно проводиться послетестовое консультирование, в ходе которого нужно предоставить соответствующую информацию и оказать необходимую поддержку.

— Обследуемые с положительным результатом тестирования должны пройти консультирование и получить информацию о доступности обследования на предмет установления клинического диагноза и назначения лечения при наличии показаний.

О результатах тестирования нужно сообщать *конфиденциально*, эта информация должна быть доступна только медицинским работникам, имеющим непосредственное отношение к лечению пациента. Требование соблюдения конфиденциальности не является абстрактным гуманитарным принципом, а представляет собой неотъемлемое право человека, отбывающего наказание в государстве, которое претендует на статус правового. Разглашение ВИЧ-статуса осужденных может вызвать у них недоверие и оттолкнуть от обращения за помощью в медицинских учреждениях, что еще больше затруднит профилактическую просветительскую и лечебную работу.

4.1. Дотестовое консультирование

Дотестовое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции представляет собой диалог между обследуемым и специально обученным сотрудником с целью обсуждения теста на ВИЧ и возможных последствий в связи со знанием своего ВИЧ-статуса. *Такое консультирование ведет к принятию информированного решения о проведении теста или отказу от прохождения теста.* Каждому подозреваемому, обвиняемому и осужденному перед получением информированного согласия следует предоставить возможность индивидуальной беседы с консультантом в конфиденциальной обстановке.

Все подозреваемые, обвиняемые и осужденные имеют право отказаться от обсуждения тем, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Все подозреваемые, обвиняемые и осужденные, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от него. Отказавшимся важно предоставить информацию о путях передачи ВИЧ, профилактике ВИЧ-инфекции, а также рассказать, где они могут получить дополнительную информацию о ВИЧ-инфекции, если у них возникнет такая потребность в будущем.

После соответствующего обучения дотестовое консультирование могут проводить:

- медицинский персонал УИС,
- социальные работники,
- психологи.

Они должны уметь довести до сведения контингента:

- основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ,
- возможности, которые предоставляет консультирование и тестирование,
- рассказать о путях передачи ВИЧ, способах защиты от заражения ВИЧ, видах медицинской и психосоциальной помощи, которые могут получить люди, инфицированные ВИЧ.

В результате дотестового консультирования человек:

- получает информацию о ВИЧ-инфекции, тесте на антитела к ВИЧ, мерах профилактики ВИЧ-инфекции, возможных последствиях тестирования;
- получает объективную оценку наличия в его жизни риска заразиться ВИЧ-инфекцией;
- принимает осознанное решение о прохождении обследования на антитела к ВИЧ;
- обдумывает возможности изменения своего поведения, рискованного в плане заражения ВИЧ.

4.2. Послетестовое консультирование.

Послетестовое консультирование по ВИЧ/СПИДу представляет собой диалог между обследуемым и медицинским работником с целью

- обсуждения результатов теста на ВИЧ,
- предоставления соответствующей информации,

- оказания поддержки и
- направления к другим специалистам,
- а также с целью поощрения поведения, которое снижает риск заражения, если результаты теста отрицательны, или снижает риск передачи ВИЧ другим, если они положительные.

Особенности послетестового консультирования в зависимости от степени риска ВИЧ-инфицирования у пациента

Послетестовое консультирование при отрицательном результате.

- Повторите основную информацию, представленную до тестирования.
- Напомните о наличии периода «окна».
- Посоветуйте пройти повторное тестирование через 3–6 месяцев.
- Вернитесь к вопросу наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

Послетестовое консультирование при неопределенном результате.

В случае тестирования крови на антитела к ВИЧ методом иммунного блоттинга (ИБ) существует вероятность получения неопределенного результата. Причиной такого результата теста могут быть:

- ошибки при постановке теста;
- наличие у обследуемого других острых и хронических заболеваний;
- явление сероконверсии.

При получении неопределенного результата врач:

- обсуждает с обследуемым значение полученного результата;
- объясняет, при каких обстоятельствах бывает неопределенный результат;
- объясняет, что для исключения ошибки необходимо повторить тест;
- рекомендует придерживаться менее опасного в плане передачи ВИЧ поведения: использовать презерватив при половых контактах; при внутривенном введении наркотиков соблюдать стерильность раствора наркотика, емкости, из которой набирается раствор, шприцев и игл и не использовать их совместно с другими;

- сообщает о взятии под наблюдение медицинским работником учреждения.

Посттестовое консультирование при положительном результате.

О положительном результате теста на ВИЧ обследуемому сообщает медицинский работник, проводивший дотестовое консультирование. *Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.* Она включает два последовательных этапа: выявление факта инфицирования ВИЧ и установление развернутого клинического диагноза, то есть определение стадии, характера течения ВИЧ-инфекции и прогноза. Поэтому *диагноз «ВИЧ-инфекция» только на основании положительного результата анализа на антитела к ВИЧ не выставляется.* Речь идет о констатации состояния инфицированности. Это имеет значение для проведения противоэпидемических мероприятий (например, для предупреждения передачи ВИЧ половым партнерам в случае, если пациент внутривенно употребляет наркотики, через донорскую кровь, при нанесении татуировок).

При впервые устанавливаемом *клиническом* диагнозе ВИЧ-инфекции сначала на основании эпидемиологических, клинических и имеющихся лабораторных данных обосновывается диагноз, затем определяется стадия заболевания и указываются ее характерные проявления. Диагноз устанавливается врачом-инфекционистом специализированного медицинского учреждения (Центра профилактики и борьбы со СПИДом) с целью оказания пациенту медицинской помощи.

Консультант:

1. Сообщает результат ясно и кратко

- Разговор проясняет ситуацию. Длительные вступления *увеличивают неуверенность и страх.*

- Повышается вероятность резкого реагирования. После этого стресс «перерабатывается» быстрее.

2. Предоставляет время для осознания сообщения;

3. Оценивает реакцию пациента на сообщение о наличии антител к ВИЧ;

4. Выслушивает мысли и опасения пациента относительно своего диагноза;

5. Выслушивает рассказ пациента о чувствах, касающихся ВИЧ-инфекции;

6. Объясняет в простых словах, что такое ВИЧ, как он влияет на иммунную систему, разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом;

7. Обращает внимание на важность соблюдения наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции, болезней, передающихся половым путем, которые могут угнетать иммунитет и способствовать прогрессированию заболевания. Рекомендует использовать презервативы при сексуальных контактах, отказаться от приема наркотиков. При невозможности прекращения приема наркотиков пользоваться одноразовыми шприцами и иглами, не передавая их другим потребителям, следить за стерильностью раствора наркотика и емкости, из которой он набирается;

8. Объясняет ответственность за изменение поведения для избегания передачи возбудителя;

9. В случае необходимости проводит повторную беседу.

Таким образом, консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ является не только обязательным, но и эффективным способом индивидуальной профилактической работы с людьми по вопросам ВИЧ-инфекции. Многие впервые задумываются об этом заболевании применительно к себе, осознают индивидуальную степень риска, получают необходимую информацию, т.е. делают первый шаг к изменению поведения. Квалифицированное консультирование помогает людям овладеть ситуацией в случае получения ими положительного результата тестирования и тем самым вносит существенный вклад в профилактику самоубийств и других поступков, продиктованных отчаянием.

5. Диспансерное динамическое наблюдение за лицами с серопозитивными и сомнительными результатами лабораторного обследования на ВИЧ

Под диспансерным наблюдением за больным ВИЧ-инфекцией понимается комплекс мероприятий, позволяющий врачу объективно оценить состояние здоровья пациента, степень прогрессии заболевания и своевременно принять решение о назначении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), профилактике и лечении вторичных заболеваний.

Целью диспансерного наблюдения за больным ВИЧ-инфекцией и его лечения является максимально долгое сохранение качества и увеличение продолжительности жизни.

Задачи диспансерного наблюдения включают:

- Психосоциальную адаптацию.
- Своевременное выявление и лечение сопутствующих заболеваний.
- Своевременное выявление показаний для начала ВААРТ и химио-профилактики вторичных заболеваний.
- Своевременное лечение вторичных заболеваний.
- Рациональное трудоустройство осужденных ВИЧ-инфицированных, находящихся в местах лишения свободы.

Диспансерное наблюдение за больным инфекцией ВИЧ, а также проведение ВААРТ и оценка его эффективности осуществляется врачом-инфекционистом территориального Центра СПИД. На отдаленных территориях диспансерное наблюдение могут осуществлять участковый врач или врач-инфекционист центральной районной больницы, прошедшие подготовку по вопросам работы с больными ВИЧ-инфекцией в территориальном центре СПИД. При этом специалисты территориального центра СПИД обеспечивают необходимую консультативную и лабораторную поддержку.

Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами, находящимися в учреждениях ФСИН, обеспечивают врачи медицинской службы ФСИН. Это могут быть врачи-терапевты, инфекционисты, фтизиатры, прошедшие подготовку по вопросам ВИЧ-инфекции. Лабораторный контроль состояния пациента (количество CD4-лимфоцитов, при возможности уровень РНК ВИЧ), а также необходимую консультативную помощь врачам медицинской службы ФСИН осуществляют специалисты территориальных центров СПИД.

В структуре диспансерного наблюдения за больным ВИЧ-инфекцией можно выделить несколько этапов:

- Постановка пациента на диспансерный учет.
- Наблюдение за больным до начала ВААРТ.
- Наблюдение за больным в процессе проведения ВААРТ.
- Анализ качественных показателей и оценка эффективности диспансеризации.

Согласно действующему законодательству, обследования пациента в рамках диспансерного наблюдения должны проводиться с его добровольного информированного согласия. *Рекомендуется активное*

приглашение ВИЧ-инфицированных лиц на периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору. Больные ВИЧ-инфекцией, находящиеся в учреждениях ФСИН, проходят обследование в соответствии с действующим законодательством. Диспансерное динамическое наблюдение за лицами с серопозитивными и сомнительными результатами лабораторного обследования на ВИЧ позволяет осуществлять разработку мер по его совершенствованию и мероприятий, направленных на создание условий, препятствующих прогрессированию ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы.

6. Профилактика инфекций, передающихся половым путем

Каждый поступающий в следственный изолятор тщательно осматривается с целью выявления признаков венерического заболевания или заразных кожных болезней. При подозрении на заболевание сифилисом или гонореей больной обязательно осматривается врачом-дерматовенерологом. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются все поступившие в СИЗО с контрольным серологическим исследованием через 3 месяца. Клинико-лабораторному обследованию на гонорею подлежат лица, привлекаемые к уголовной ответственности по ст. 121, 122, 131, 132, 134, 135 Уголовного кодекса Российской Федерации, и все женщины, в том числе несовершеннолетние. С целью профилактики врожденного сифилиса в следственных изоляторах и исправительных учреждениях всем беременным женщинам проводится обязательное трехкратное серологическое обследование.

Если при изучении анамнеза у обследуемого лица имеются указания на то, что он до привлечения к уголовной ответственности проходил лечение по поводу венерического заболевания или состоял на учете (серологическом контроле) в кожно-венерологическом диспансере, медицинская часть следственного изолятора в трехдневный срок делает запрос в кожно-венерологический диспансер о диагнозе, проведенном лечении и сроках серологического контроля. Дальнейшее лечение или серологический контроль таких больных проводятся в медицинской части следственного изолятора в соответствии с полученными ответами. При положительных результатах обследования проводится лечение скрытого сифилиса в установленном порядке. Если больному сифилисом в учреждениях здравоохранения лечение

было не закончено, то лечение такому больному проводится заново. После окончания полноценной специфической терапии любым методом больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинико-серологическом контроле. Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в тесном бытовом и половом контакте с больным ранними формами сифилиса.

Профилактическое лечение проводят беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими женщинами (по показаниям).

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения. Если превентивное лечение проводилось в связи с переливанием крови от больного сифилисом, то контроль продолжается в течение 6 месяцев.

Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом, но сами не болевшие врожденным сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года, независимо от того, получали они профилактическое лечение или нет.

Лица с серорезистентностью находятся на клинико-серологическом контроле в течение 3 лет.

Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются осужденные, имевшие длительные свидания и краткосрочные отпуска, с контрольным обследованием через 3 месяца.

При выявлении больных с заразными формами сифилиса проводится их немедленная изоляция. Обязательной госпитализации после установления диагноза подлежат больные с заразной формой (сифилис первичный, вторичный) и больные ранним скрытым сифилисом (впервые установленным) для проведения превентивного лечения. Госпитализация больных с инфекциями, передающимися половым путем, осуществляется в кожно-венерологические отделения больниц УИС или в другие отделения (инфекционные, терапевтические), в которых для них выделяются отдельные койки (палаты). При невозможности направления в больницу больные венерическими заболеваниями госпитализируются в стационары медицинских частей учреждений с выделением для них отдельных коек (палат). Больные, страдающие сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы, после консультации врача-дерматовенеролога получают

специфическое лечение в профильных отделениях больниц. При сифилисе внутренних органов лечение проводят в терапевтических отделениях, при сифилисе нервной системы — в неврологических отделениях.

С целью выявления гонореи и сопутствующих инфекций мочеполовой системы взятие клинического материала для лабораторного исследования осуществляется из всех очагов возможного поражения (из уретры, влагалища, шейки матки и прямой кишки; ротоглотки — по показаниям). Особое внимание при обследовании на гонорею следует обращать на женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы. Лабораторная верификация диагноза гонореи базируется на результатах микроскопического и (или) культурального исследований. У лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за насильственные действия сексуального характера, проводится дополнительное исследование материала из прямой кишки. При отрицательных результатах обследования на гонорею и наличии анамнестических данных (половой контакт с больным гонореей в срок до 60 дней) проводится профилактическое лечение.

После установления диагноза венерического заболевания с больным проводится беседа о характере заболевания, правилах поведения, сроках лечения и контрольного наблюдения, действующем законодательстве о венерических болезнях. Одновременно заполняется бланк предупреждения лицу, заболевшему венерической болезнью.

После установления диагноза венерического заболевания медицинская часть Учреждения в суточный срок направляет в центр госсанэпиднадзора территориального органа УИС экстренное извещение о заболевании.

Перед убытием больного с венерическим заболеванием из следственного изолятора врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшему лечению и контрольному наблюдению. Запрещается отправка в другие Учреждения лиц с заразными формами сифилиса и гонореей (до проведения им курса противосифилитического или противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных болезней.

После прибытия в исправительное учреждение больные, прошедшие курс лечения венерического заболевания, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического

контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение этих больных возлагается на врача другой специальности (терапевта) или врача-гинеколога (в женских исправительных учреждениях).

При представлении к условно-досрочному освобождению осужденного, не прошедшего полного курса обязательного лечения венерического заболевания, информация о проведенном лечении и перспективах выздоровления направляется в суд.

Осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, до окончания курса лечения выезды за пределы исправительных учреждений не предоставляются.

При выявлении факта заражения осужденного венерическим заболеванием, которое могло произойти во время длительного свидания, медицинская часть исправительного учреждения направляет в кожно-венерологический диспансер поручение о привлечении к обследованию на эти заболевания предполагаемого источника заражения.

О больных, не снятых с диспансерного учета, у которых заканчивается срок отбывания наказания, за месяц до освобождения информируется кожно-венерологический диспансер по избранному месту жительства освобождающегося. При этом указываются диагноз заболевания, характер проведенного лечения, сроки контрольных серологических исследований.

В случае возникновения группового венерического заболевания в Учреждении устанавливается усиленное медицинское наблюдение за осужденными на время проведения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий. Одновременно проводится изоляция заболевших и их половых партнеров. Все содержащиеся в Учреждении подвергаются целевому профилактическому осмотру врачами-специалистами с обязательным проведением серологических реакций. По заключению врача-дерматовенеролога целевой осмотр повторяется через 3 месяца, а телесные осмотры проводятся еженедельно в течение 2 месяцев после регистрации группового заболевания.

7. Профилактика вертикальной передачи вируса от матери к ребенку

В последнее десятилетие отмечено существенное увеличение числа ВИЧ-инфицированных детей, что связано с повсеместным ростом распространения ВИЧ-инфекции среди женщин детородного возраста.

Существуют три периода, во время которых инфицированная мать может передать вирус своему ребенку.

Пренатальный (во время беременности или до рождения). Во время беременности мать может передать вирус из своего кровотока через плаценту плоду. Плацента — это орган, соединяющий мать и плод во время беременности. Плацента позволяет питательным веществам поступать из организма матери в организм плода и в норме защищает плод от инфекционных агентов, таких как ВИЧ, находящихся в материнской крови. Однако, если мембрана плаценты воспалена или повреждена, она уже не так эффективно защищает от проникновения вирусов.

Родовый (в процессе родов): Во время прохождения через родовые пути младенец контактирует с кровью и вагинальным секретом инфицированной матери. Любые повреждения нежных кожных покровов ребенка, а также определенные условия родов (раннее отделение плаценты из материнской матки) увеличивают риск инфицирования ВИЧ.

Послеродовый (после рождения): После родов мать может передать вирус своему ребенку при кормлении грудью. Случаи, когда ребенок был инфицирован таким образом, зафиксированы. Ребенок поглощает грудное молоко — основное питание новорожденного, которое достаточно богато материнскими белыми кровяными клетками (включая CD4-клетки, основную мишень для ВИЧ). Кроме того, во время кормления грудью ребенок может инфицироваться через кровь, если у матери имеются повреждения кожи вокруг соска.

Вся перинатальная передача ВИЧ происходит от матери. Для того чтобы произошло инфицирование плода, ВИЧ-инфекцией должна быть заражена мать. При зачатии, даже если отец инфицирован и его сперма содержит в больших концентрациях вирус, опасность заражения существует только для женщины (половым путем через инфицированную сперму). В эмбрион же попадает не сама зараженная сперма, а только ее половые клетки — сперматозоиды, в которые, по всем исследованиям, ВИЧ проникнуть и заразить не может.

С начала развития пандемии ВИЧ-инфекции произошли изменения в перинатальной профилактике. Считалось, что вероятность рождения инфицированного ребенка составляет 50% в развивающихся странах и 25% — в развитых. Хотя некоторые дети заражаются на довольно раннем сроке беременности, большинство инфицируется в момент родов. Врачи-инфекционисты совместно с акушерами-гинекологами

предложили родоразрешение через кесарево сечение. Действительно, это сыграло позитивную роль, так как плод не контактирует с выделениями родового канала, содержащими в достаточно высокой концентрации ВИЧ. Но этот способ не может предотвратить внутриутробное заражение и, кроме того, дает высокий уровень послеоперационных осложнений.

Ситуация значительно изменилась в лучшую сторону с появлением антиретровирусных препаратов. Их назначают с 14-й недели беременности. Как правило, они не оказывают влияния на плод, при этом количество копий вируса иммунодефицита человека в крови у матери снижается. В таких условиях материнский организм со стабильным функционированием иммунной системы может противостоять различным заболеваниям, создавая комфорт для развивающегося плода.

Отсюда задача для медиков — своевременное начало антиретровирусной терапии ВИЧ-позитивным женщинам, готовящимся стать матерями. Для того чтобы вовремя начать и провести дородовую профилактику, все женщины при постановке на учет по беременности в женских консультациях и перед родами проходят обследование на ВИЧ. При выявлении ВИЧ-инфекции на поздних сроках беременности используются более интенсивные схемы терапии. Но практика показывает, что перинатальная АРВТ-профилактика эффективна именно при своевременном назначении и регулярном, непрерывном приеме препаратов.

В процессе родов ведется активное медикаментозное подавление вируса иммунодефицита человека, очищение родового канала противовирусными препаратами для снижения риска передачи ВИЧ. Новорожденному для профилактики назначаются те же препараты, что и матери, но уже в более приемлемой для малыша форме — в сиропе. Ребенок, не получая материнского грудного молока, содержащего ВИЧ, сразу переводится на искусственное вскармливание.

Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, усложняется тем, что как у зараженных, так и у незараженных детей в первые 6–12 месяцев жизни (в редких случаях — до 15 и даже 18 месяцев) обнаруживаются антитела к ВИЧ материнского происхождения. Критерием, свидетельствующим о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции, является обнаружение у него антител к ВИЧ в возрасте 18 и более месяцев. Отсутствие антител к ВИЧ в возрасте 18 месяцев у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, является критерием, свидетельствующим против наличия у него ВИЧ-инфекции.

Результаты исследований, проведенных с помощью молекулярных методов диагностики, позволяют сделать заключение о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, в первое полугодие жизни. В России используются тест-системы, выявляющие ДНК ВИЧ с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Повторное обнаружение нуклеиновых кислот ВИЧ в первое полугодие жизни служит диагностическим критерием в пользу ВИЧ-инфекции, а повторные отрицательные результаты – против диагноза ВИЧ-инфекции. При использовании молекулярных методов диагностики снятие с диспансерного учета детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, осуществляется в возрасте 12 месяцев по совокупности результатов серологических и молекулярных исследований, и клинических данных.

Медицинскому работнику, консультирующему ВИЧ-инфицированную женщину репродуктивного возраста, не избежать вопросов, связанных с взаимным влиянием беременности и ВИЧ-инфекции. В результате многочисленных исследований было установлено, что, независимо от характера течения ВИЧ-инфекции, во время беременности снижается абсолютное количество CD4-лимфоцитов (это происходит за счет гемодилюции – «разжижения» крови), но процентное содержание CD4-лимфоцитов остается стабильным. Таким образом, беременность не ускоряет снижение CD4-лимфоцитов в процессе развития ВИЧ-инфекции. Вирусная нагрузка также остается относительно стабильной в течение всей беременности даже без лечения.

При анализе результатов семи обширных исследований среди беременных и не беременных ВИЧ-инфицированных женщин не было обнаружено различий в показателях прогрессирования ВИЧ-инфекции, наступления стадии СПИДа, снижения CD4-лимфоцитов до уровня ниже 200 клеток/мм³, смертности.

Неблагоприятный исход беременности у ВИЧ-инфицированной женщины может быть обусловлен:

- вторичными заболеваниями и/или их лечением;
- состояниями, обусловленными самим ВИЧ (поражение иммунной, центральной нервной систем и др.) на поздних стадиях заболевания;

Кроме того, ВИЧ-инфекция и беременность могут влиять на течение, лечение и исходы некоторых инфекций.

К этому присоединяются психологические проблемы: неизвестность в вопросе ВИЧ-статуса ребенка, невозможность его кормить грудью и т.д.

Вышесказанное — лишь малая часть чисто медицинских аспектов проблемы ВИЧ-инфекции и деторождения. Не менее важен социальный аспект этой проблемы, который с годами будет приобретать все большее значение. В первую очередь, это дети-сироты, родители которых умерли от ВИЧ-инфекции и СПИДа. Другая проблема — так называемые «отказники», дети, оставленные своими ВИЧ-инфицированными матерями на попечение государства.

Перед медиками и психологами стоят задачи профилактики вертикального пути заражения, убеждение ВИЧ-позитивной женщины в необходимости обратиться за квалифицированной медицинской консультацией, чтобы осознанно принять решение о рождении ребенка и принять все меры для того, чтобы не передать ему ВИЧ.

8. Профилактика и лечение наркомании

Проблема наркотиков и наркоманов в местах лишения свободы актуальна не только для нашей страны, но и для всего мира. Применение наркотиков в этих условиях особенно опасно, так как это происходит в глубоком «подполье», что не способствует соблюдению хотя бы минимальных средств безопасности, затрудняет предоставление срочной медицинской помощи в случае внезапной угрозы жизни, например, в случае передозировки наркотиков. Профилактика наркомании в местах лишения свободы предусматривает:

- меры, направленные на усиление контроля за распространением наркотиков в местах лишения свободы;
- меры, направленные на ограничение спроса на наркотики;
- лечение наркомании.

Организация противонаркотического лечения осужденных имеет особенности. Прежде всего, это:

- изоляция больных от общества и, как следствие, значительное сокращение возможности приобретения и употребления наркотических средств, что предупреждает рецидивы заболевания;
- подбор методов лечения с учетом адаптации осужденного к условиям учреждения;

— процесс лечения многоэтапный и не заканчивается по освобождению из мест лишения свободы. 80–85 % лиц, находящихся в устойчивой ремиссии в учреждениях пенитенциарной системы, после освобождения возвращаются к немедицинскому приему психоактивных веществ (ПАВ);

— обязательное лечение — с декабря 2003 года федеральным законодательством принудительное лечение больных наркоманией заменено обязательным лечением. Ранее лица, склонные к немедицинскому употреблению наркотических средств, в большинстве своем поступали в учреждения УИС с установленным диагнозом и решением суда о проведении лечения. Сейчас на медицинскую службу возложены вопросы выявления потребителей наркотиков, диагностики заболеваний, лечения больных наркоманией, что потребовало срочного усиления лабораторно-диагностической базы учреждений УИС для обнаружения наркотических веществ и их метаболитов в организме человека.

В настоящее время можно услышать мнение, что лечение наркомании в условиях заключения неэффективно, что проще и дешевле пойти по пути ряда стран, перешедших на заместительную терапию. Накопленный опыт лечения больных в условиях закрытых лечебно-исправительных учреждений показывает, что полный отказ от наркотиков с проведением комплекса терапевтических и социально-реабилитационных мероприятий в течение всего срока отбывания наказания является достаточно эффективным.

В УИС принята трехэтапная, преемственная схема в лечении больных наркоманией.

Первый этап — дезинтоксикационная терапия, снятие наркотической абстиненции (ломки), обычно проводится в медицинских частях следственных изоляторов, куда поступают задержанные, часто в состоянии наркотического опьянения.

Второй этап — купирование депрессивных состояний, психологическая коррекция отношения к наркотикам проводится в специализированных лечебно-исправительных учреждениях для наркозависимых. Значительное внимание на этом этапе лечебного процесса, кроме лекарственной терапии, назначаемой врачами — наркологами и психиатрами, уделяется психотерапевтическим методикам, мануальной терапии и рефлексотерапии, помощи психологов и психоаналитиков.

Третий этап — диспансерное наблюдение врача психиатра-нарколога за лицами, находящимися в состоянии стойкой ремиссии и переведенными на обычный режим содержания.

9. Подготовка высокопрофессиональных специалистов по профилактике ВИЧ-инфекции

Базовые принципы организации обучения в области ВИЧ/СПИДа:

Принцип ситуационной адекватности означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической ситуации в стране, обеспечение непрерывности, целостности, развития и усовершенствования профилактической деятельности с учетом оценки эффективности и мониторинга ситуации.

Принцип индивидуальной адекватности подразумевает подготовку профилактических программ, с учетом возрастных, гендерных, культурных, национальных, религиозных и других особенностей целевых групп.

Принцип соблюдения прав человека — профилактические действия не должны нарушать права и свободы человека.

Принцип комплексности — предполагает согласованность взаимодействия:

— на профессиональном уровне специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактической работы (воспитатели, педагоги, врачи, психологи и т.д.);

— на ведомственном уровне — органов и учреждений соответствующей ведомственной принадлежности, осуществляющих деятельность по профилактике ВИЧ/СПИДа;

— на межведомственном уровне — органов и учреждений, отвечающих за реализацию различных аспектов профилактики ВИЧ/СПИДа в рамках своей компетенции;

— на уровне государственных, общественных и международных организаций.

10. Универсальные меры предосторожности

- соблюдение правил личной гигиены;
- отказ от употребления наркотиков;

- использование современных качественных средств индивидуальной защиты (перчатки, в том числе сверхпрочные, защитные очки, щитки, маски, непромокаемые халаты и костюмы);

- использование презервативов;

- применение современных дезинфектантов и стерилиантов;

- своевременность и соблюдение правил проведения дезинфекции, качественной стерилизации используемого инструментария;

- выполнение технологий проведения генеральной уборки;

- проведение своевременной комплексной химиопрофилактики.



Руководство разработано
по заказу Федеральной
службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей
и благополучия человека
Открытым Институтом
Здоровья в рамках
«Приоритетного
национального проекта
в сфере здравоохранения»
в 2006 году