



Министерство здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации



## Обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

Выпуск № 1:  
Материалы первой национальной  
консультации по универсальному доступу  
15-16 декабря 2005

Объединенная программа ООН  
по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС)  
Тел.: +7 (495) 232 5599, факс: +7 (495) 232 9245  
105064, Москва, Россия, Пер. Обуха, д. 6

Москва, 2006

#### Авторский коллектив:

Покровский В. В., Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Семенченко М. В., ЮНЭЙДС, представительство в РФ.

Ладная Н. Н., Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Махакова Г. Ч., Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

Голиусов А. Т., Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека РФ.

Мартынов А. А., Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

#### В подготовке издания принимали участие:

Юрин О. Г., Буравцова Е. В., Беляева В. В., Кравченко А. В., Серебровская Л. В., Нарсия Р. С., Бидординова А. Х., Тамазова Е. Г., Камалдинов Д. О., Жумагалиев В. А., Бурлак А., Левин А.

Авторы выражают благодарность всем участникам консультации за ценные мнения и комментарии, высказанные в ходе дискуссий. Список участников представлен в приложении.

Авторы выражают особую признательность заместителю Министра здравоохранения и социального развития РФ Р. А. Хальфину за поддержку в организации и проведении первой национальной консультации по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, материалы которой составили основу данной публикации.

Данная публикация издана при поддержке Департамента по международному развитию Великобритании (DfID) и Шведского агентства по международному развитию (SIDA) в рамках совместной инициативы МЗСР и ЮНЭЙДС "Координация в действии: применение трех ключевых принципов эффективного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в РФ".

Точки зрения, изложенные в данной публикации, являются мнениями экспертов-участников консультации.

#### Recommended citation

Pokrovski V. V., Semenchko M. V., Ladnaya N. N., Makhakova G. Ch., Goliusov F. T., Martynov A. A.

Ensuring Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support in the Russian Federation. Issue 1: Materials of the 1st National Consultations on Universal Access, 15-16 December 2005. Moscow: Ministry of Health and Social Development of the RF, UNAIDS, 2006. – 34 pages

#### Рекомендуемый формат цитирования

Покровский В. В., Семенченко М. В., Ладная Н. Н., Махакова Г. Ч., Голиусов А. Т., Мартынов А. А.

Обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Выпуск № 1: Материалы первой национальной консультации по универсальному доступу, 15-16 декабря 2005 г. Москва: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ЮНЭЙДС, 2006. – 34 с.



Министерство здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации



## Обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

Выпуск № 1:  
Материалы первой национальной  
консультации по универсальному доступу  
15-16 декабря 2005

Москва, 2006

## Содержание

### Введение

Глобальная инициатива по расширению действий с целью обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции

### Список сокращений

#### 1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации в 2006

#### 2. Национальная консультация по вопросу универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: цели и задачи

#### 3. Краткий обзор представленных на консультации данных, экспертных мнений и согласованных выводов

##### 3.1. Организационные аспекты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа

##### 3.2. Профилактика

##### 3.3. Лечение, уход и поддержка

### Приложения

#### 1. Список участников консультации

#### 2. Структурированные формы для ведения национальной консультации по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ-инфекции

## Введение

**Глобальная инициатива по расширению действий с целью обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.**

8 июля 2005 года на саммите стран "Большой восьмерки" их лидеры взяли на себя обязательства увеличить к 2010 году объем помощи в целях развития примерно на 50 миллиардов долларов США в год, добиваться реализации "трех ключевых принципов эффективной координации противодействия ВИЧ/СПИДу" во всех странах и призвали ЮНЭЙДС, ВОЗ и другие международные организации разработать и поддержать внедрение комплекса мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции с целью максимально возможного обеспечения всеобщего доступа для всех нуждающихся к 2010 году.

Вскоре после этого обязательства стран "Большой восьмерки" были поддержаны и расширены на Всемирном саммите Генеральной Ассамблеи ООН, который прошел 14-16 сентября 2005 года. В итоговом документе Всемирного саммита все государства-члены ООН, включая Российскую Федерацию, обязались:

- расширить предоставление комплексных услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в целях максимального приближения к цели обеспечения для всех нуждающихся всеобщего доступа к 2010 году, в том числе через увеличение ресурсов, а также стремиться к устранению стигмы и дискриминации, расширению доступа к недорогим лекарственным препаратам и снижению уязвимости людей, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИДа, в частности, детей-сирот, уязвимых детей и пожилых людей;
- активно добиваться осуществления "трех ключевых принципов эффективной координации противодействия ВИЧ/СПИДу" во всех странах.

В конце 2005 - начале 2006 гг. во всех странах прошли национальные консультации по универсальному доступу, за которыми последовали региональные. Россия стала первой страной, организовавшей национальную консультацию, а затем, при поддержке ЮНЭЙДС, она взяла на себя роль организатора консультации стран СНГ.

Таким образом, 15-16 декабря 2005 г. в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РФ в целях разработки национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и определения состояния борьбы со СПИДом в РФ прошла первая национальная консультация по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

В консультации приняли участие ведущие специалисты Минздравсоцразвития РФ, Минобороны, Минобрнауки, Росздравнадзора, Федеральной службы исполнения

наказаний, Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, окружных и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, Всероссийской сети снижения вреда, проекта "Глобус", Российского форума некоммерческих неправительственных организаций, Сообщества людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, фонда "Российское здравоохранение", представители штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС, а также донорских организаций – Агентства США по международному развитию (USAID), Агентства по международному развитию Великобритании (DfID), Шведского агентства по международному развитию (SIDA), руководители агентств ООН в Российской Федерации.

В ходе консультации участники дали оценку степени доступности мероприятий по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, обозначили основные проблемы и возможные пути их преодоления, наметили цели по охвату профилактикой и лечением для обеспечения в РФ всеобщего доступа к 2010 г. Для систематизации процесса обсуждения сотрудниками Федерального центра профилактики и борьбы со СПИД были разработаны специальные формы (представлены в Приложении 2), которые могут быть использованы при проведении аналогичных совещаний в регионах России.

Участники отметили необходимость разработки единой национальной стратегии и единого национального плана работы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, улучшения координации и создания единой национальной системы мониторинга и оценки. По итогам совещания отчет с предложениями был представлен в Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Результаты национальной консультации были представлены на совещании стран СНГ по вопросам обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

## Список сокращений

АРВ-терапия	Антиретровирусная терапия
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГ	Вирусный гепатит
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФ	Глобальный фонд (по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией)
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КСР	Коммерческие секс-работники
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МЗСР	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
МОН	Министерство образования и науки Российской Федерации
МОТ	Международная организация труда
НКО	Некоммерческая организация
ОИ	Оппортунистическая инфекция
ОИЗ	Открытый Институт здоровья населения
ООН	Организация Объединенных Наций
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа развития ООН
РФ	Российская Федерация
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
DFID	Департамент международного развития Великобритании
SIDA	Шведское агентство международного развития и сотрудничества
USAID	Агентство США по международному развитию

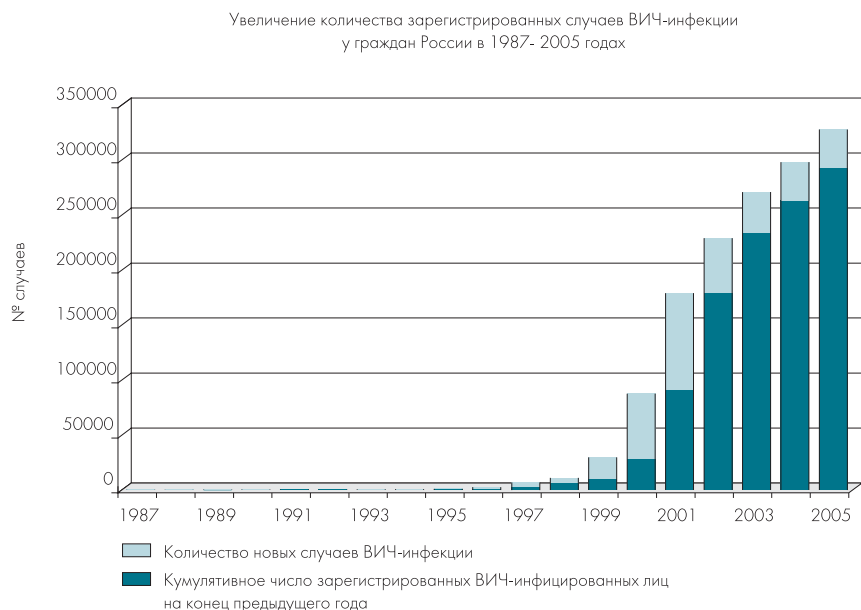
## 1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации в 2006 г.

С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции у жителя Российской Федерации (1987 г.) до 31 декабря 2005 г. в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено о 334 232 выявленных случаях ВИЧ-инфекции у граждан России.

За весь период наблюдения было сообщено о 10 616 случаях смертей среди зарегистрированных в территориальных центрах по профилактике и борьбе со СПИД ВИЧ-инфицированных лиц.

За 2005 г. было выявлено 35 853 новых случая заражения, то есть на 4,3% больше, чем в 2004 г. (34 361).

Рисунок 1

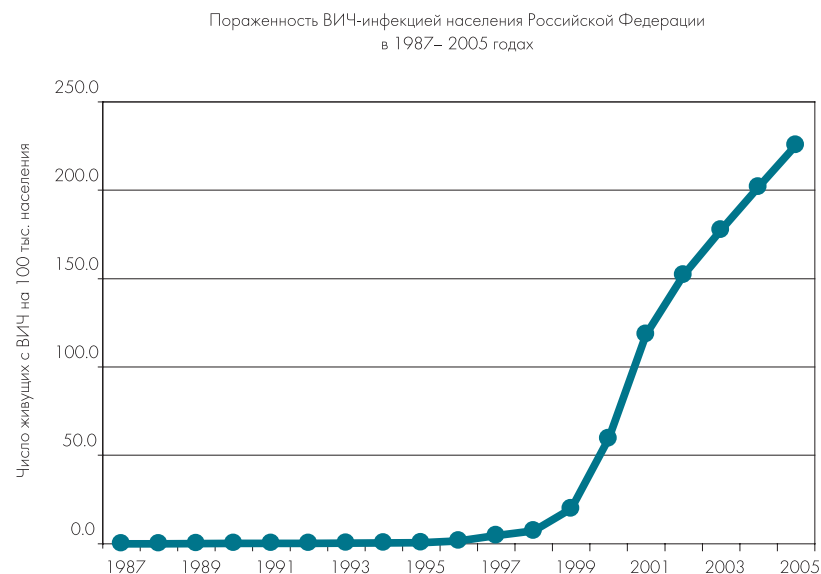


Число зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ, на 100 000 населения России ("пораженность") продолжало увеличиваться, и к концу 2005 г. достигло 225,6 по сравнению с 200,1 зарегистрированным в конце 2004 г. Показатель пораженности увеличился к 2005 году в 372 раза по сравнению с аналогичными данными в 1995 году (рис. 2). К концу 2005 г. 0,4% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе 18-24 года был зарегистрирован 1% ВИЧ-инфицированных.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России находится в концентрированной стадии. К 2006 г. ВИЧ-инфекция в значительной степени распространилась среди инъекционных потребителей наркотиков, коммерческих сексуальных работников и, возможно, среди мужчин, имеющих секс с мужчинами.

В последние четыре года в стране происходит передача инфекции от уязвимых групп в основное население половым путем. С 2002 года в стране половым путем преимущественно заражаются молодые женщины. Как следствие, в 2005 г. в стране среди 2,9 миллионов беременных женщин было 0,4% инфицированных ВИЧ (12 836). Женщины среди ВИЧ-инфицированных лиц, зарегистрированных в 2005 г., составили 43,3% (в 2003 г. этот показатель был 38,5%). Увеличение пропорции женщин среди ВИЧ-инфицированных лиц свидетельствует о вовлечении в эпид-процесс гетеросексуального населения. Всего в России зарегистрировано более 99 000 женщин, живущих с ВИЧ. По сообщенным сведениям, у них родился 27 551 живой ребенок, из которых 6699 детей родилось только в 2005 г.

Рисунок 2



Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ. Самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции наблюдаются в индустриальных, экономически успешных регионах России. Те же административные территории лидируют по общему числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Именно там и будут сконцентрированы негативные последствия эпидемии. В нескольких регионах в 2005 году эпидемия перешла в генерализованную стадию, которая характеризуется

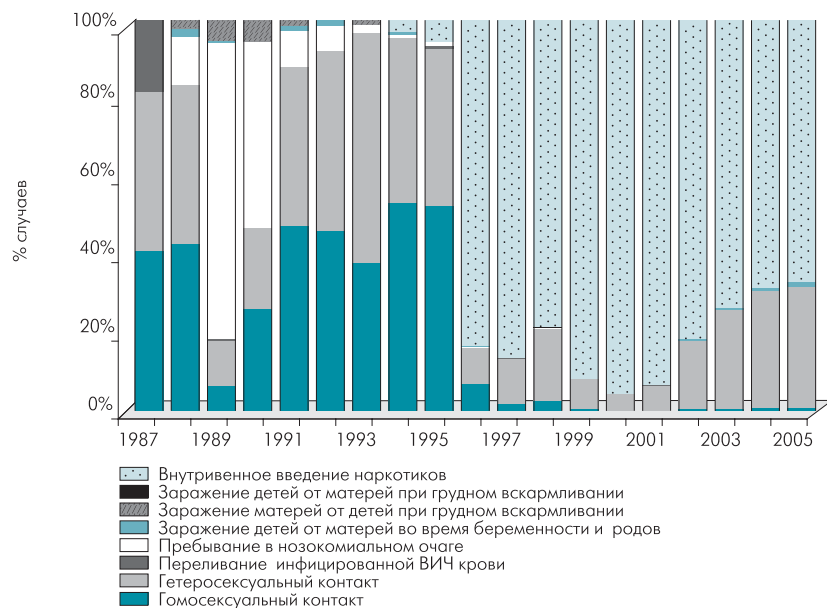
более чем 1% распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин. Среди беременных женщин 1-1,8% ВИЧ-инфицированных в 2005 г. было зарегистрировано в 5 регионах: Самарской, Ленинградской, Свердловской, Челябинской и Ульяновской областях. 17 регионов стояли на пороге генерализованной эпидемии, где среди беременных женщин было зарегистрировано 0,7-0,9% ВИЧ-инфицированных в 2005 г.

В ряде российских городов, например, в Тольятти (Самарская обл.), Иркутске или Орехово-Зуево (Московская обл.), официально зарегистрированы с ВИЧ-инфекцией 6-8% молодых мужчин в возрасте 18-30 лет. Это означает, что реальное количество живущих с ВИЧ мужчин в этих городах еще выше, и молодые женщины имеют высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией половым путем.

Половым путем при гетеросексуальных контактах был инфицирован 31% от новых случаев ВИЧ-инфекции в 2005 г. по сравнению с 6% в 2001 г. В 41 регионе России половой путь передачи ВИЧ в 2005 г. был ведущим. При потреблении наркотиков заразились 66,9% из выявленных в 2005 г. (в 2001 г. – 93%). Распределение ВИЧ-позитивных в России по основным известным причинам заражения приведено на рисунке 3.

Рисунок 3

Распределение ВИЧ-позитивных в России по основным известным факторам риска заражения в 1987-2005 гг., исключая детей с неустановленным диагнозом



Наивысшие показатели пораженности ВИЧ отмечаются в субъектах Российской Федерации, которые приведены в таблице 1. На этих 13 наиболее неблагоприятных по ВИЧ-инфекции территориях зарегистрировано живущих с ВИЧ-инфекцией от 0,3% до 0,8% среди всего населения. Реальное оценочное количество инфицированных среди взрослого населения этих территорий составляет 1,5-4%. На данных территориях проживает четверть населения страны.

Таблица 1

Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на территориях РФ с очень высоким уровнем пораженности на 31.12.2005

Территории с очень высоким уровнем пораженности ВИЧ	Количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, на 100 тыс. населения	Кумулятивное количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных
Иркутская область	782,1	19061
Самарская область	724,1	23880
Оренбургская область	646	13975
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	617,4	28932
Ханты-Мансийский АО	608,8	9480
Свердловская область	577,9	27044
Ленинградская область	560,2	9601
Тюменская область	530	7237
Калининградская область	504,8	4903
Ульяновская область	475,3	6811
Челябинская область	426,7	15297
Московская область	399	27170
Тверская область	399	4907
Всего в наиболее пораженных регионах	562,3	198298
Всего в России	225,6	334232

ВИЧ-инфекцией в России чаще всего поражается молодежь. Из всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, у 82% впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 15-30 лет. К 2006 году 84% живущих с ВИЧ/СПИДом находились в возрасте от 18 до 35 лет. Женщины заражаются ВИЧ в более молодом возрасте, чем мужчины. Диагноз ВИЧ-инфекции у женщин в 2005 г. выявлялся чаще в возрасте 20-24 года, у мужчин – в возрасте 25-29 лет.

Таким образом, статистические данные указывают на продолжение развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России среди потребителей наркотиков и на расширение эпидемии за счет активизации гетеросексуального пути распространения, а следовательно, принимаемые меры по предотвращению эпидемии недостаточно эффективны.

Из имеющихся достижений в области предупреждения новых случаев заражения можно лишь констатировать, что имеется отчетливая тенденция к снижению уровня передачи ВИЧ от инфицированных матерей детям, уровень которой к 2005 г. достиг 10,8% против 19,4% на 2001 г. Это снижение связано с внедрением приказа МЗ СР РФ о химиопрофилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-терапии.

Экстраполяция числа выявленных случаев на количество населения РФ позволяет предполагать, что не менее 1% населения РФ в возрасте 15-50 лет (то есть не менее миллиона человек) инфицированы ВИЧ. Учитывая, что СПИД развивается через 8-10 лет после заражения ВИЧ, продолжающееся ухудшение ситуации по ВИЧ-инфекции в России в ближайшее время будет усугублено резким увеличением числа ВИЧ-инфицированных лиц, нуждающихся в лечении, а при отсутствии такового – дальнейшим увеличением смертности. Выборочные обследования ВИЧ-инфицированных лиц показали, что около 13% из них нуждались в 2005 г. в назначении АРВ-терапии. Экстраполяция этих данных на общее число зарегистрированных в России ВИЧ-инфицированных лиц позволяет предположить, что среди них число нуждающихся в терапии в конце 2005 г. достигло 45 тысяч человек. По расчетным данным на конец 2006 г., количество ЛЖВ, которые нуждаются в терапии, возросло до 58 тысяч (18%). Принимая во внимание, что значительная часть зараженных ВИЧ не зарегистрирована, но они в ближайшее время будут выявляться при обращении с клиническими проявлениями иммунного дефицита, следует ожидать существенного увеличения числа нуждающихся в лечении.

## 2. Национальная консультация по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации 15-16 декабря 2005 г.: цели и задачи

Целью национальной консультации являлась оценка текущей ситуации и определение согласованных подходов и приоритетных мероприятий по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации к 2010 году в соответствии с международными обязательствами.

Перед участниками стояли следующие задачи:

1. Определить основные проблемы и препятствия к достижению универсального доступа на основе анализа современного состояния мер по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации.
2. Определить приоритетные подходы и мероприятия по достижению универсального доступа в рамках национальной программы противодействия эпидемии.
3. Обсудить предварительные цели по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в РФ.

С учетом поставленных задач программа консультаций включала следующие основные темы:

- 1) эпидемиологическая ситуация в связи с ВИЧ-инфекцией в РФ: современные тенденции и прогнозы;
- 2) ход реализации концепции "трех ключевых принципов эффективной координации противодействия ВИЧ-инфекции в РФ" как основы эффективного противодействия эпидемии;
- 3) состояние и перспективы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в контексте универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке:
  - уровень (охват/показатели) предоставления мероприятий и услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в настоящее время;
  - препятствия к достижению всеобщего доступа к 2010 году;
  - действия, которые необходимо предпринять для преодоления выявленных препятствий;
  - определение реалистичных и наиболее близких к всеобщему охвату целей относительно уровня проведения мероприятий и предоставления услуг к 2010 году;
  - определение последующих шагов по обеспечению универсального доступа в РФ.



Обсуждение проводилось по следующим секциям:

1. Организационные аспекты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа
2. Профилактика
3. Лечение, уход и поддержка

### 3. Краткий обзор представленных на консультации данных, экспертных мнений и согласованных выводов

В данном разделе приводится краткое изложение мнений экспертов-участников консультации, представленных в ходе обсуждения.

#### 3.1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

##### 3.1.1. Реализация "трех ключевых принципов" эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу (единая национальная стратегия, единый координирующий орган и единая система мониторинга и оценки)

###### *Единая национальная стратегия*

В настоящее время в России действует Федеральный закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" от 1995 года, который реализуется через Федеральную целевую подпрограмму "Анти – ВИЧ/СПИД". Эти документы могут считаться лишь элементами национальной стратегии, так как они не определяют долгосрочных стратегических целей, тактики и этапов их достижения, методов мониторинга эффективности. Текущая Федеральная подпрограмма, по сути, является финансовым планом, которая заканчивается в 2006 году.

Препятствием к разработке единой межведомственной национальной стратегии может считаться отсутствие единого координирующего органа по противодействию эпидемии.

Пути решения: В качестве первого шага МЗСР поручило рабочей группе по подготовке нормативных документов в области ВИЧ/СПИДа разработать концепцию противодействия ВИЧ/СПИДу в РФ. Начата разработка новой Федеральной целевой программы.

###### *Единый координирующий орган <sup>1</sup>*

Аналогичная ситуация отмечается и по вопросу координации мероприятий по

<sup>1</sup> 9 октября 2006 г. вышло Постановление Правительства Российской Федерации N 608 "О Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", в соответствии с которым была образована Правительственная комиссия.

противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. На федеральном уровне создано несколько координирующих органов с ограниченными функциями и полномочиями, ни один из которых не осуществляет общую координацию с соответствующими полномочиями. Плохо налажена координация между ведомствами, а также координация взаимодействия правительства/государственных структур с неправительственными организациями, международными организациями и донорами, что приводит к нерациональному использованию ресурсов, дублированию деятельности, осуществлению программ, не являющихся приоритетом для России.

Участники не нашли серьезных объективных препятствий для создания координирующего органа высокого уровня и сочли, что для этого требуется воля ключевых лиц.

Было отмечено, что в ряде регионов существует успешный опыт работы Координационных межведомственных комитетов, возглавляемых вице-губернаторами, который следует распространять (Красноярский край, Алтайский край, Волгоградская область и др.).

###### *Единая система мониторинга и оценки*

В стране существует достаточно эффективная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, но нет системы оценки эффективности мероприятий, проводимых как правительством, так и неправительственными организациями, включая международные. Такая работа начата, но данные разрознены, нет единого механизма и методик их сбора и обработки.

Препятствия: Все проекты, включая масштабные проекты займа Всемирного банка и 2-х раундов Глобального фонда, имеют разные системы отчетности и мониторинга в соответствии с требованиями доноров. Статистические данные, собираемые в России, не позволяют отчитываться по показателям, утвержденным Генеральной Ассамблеей ООН, для чего требуются дополнительные исследования.

Пути решения: Разработка унифицированной системы сбора показателей статистической отчетности и их использования в системе мониторинга и оценки с учетом их эффективности и доступности в условиях России и ее регионов; организация и проведение дозорных исследований для выявления динамики показателей, рекомендованных Генеральной Ассамблеей ООН.

##### 3.1.2. Борьба со стигмой и дискриминацией

Федеральный закон гарантирует обеспечение прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, однако на практике он не всегда выполняется. Выявляется прямая или косвенная дискриминация при трудоустройстве, при оказании медицинской помощи.

Препятствия: Нет прописанных механизмов реализации Закона, которые обеспечивали бы противодействие дискриминации (в том числе в сфере трудовых отношений), недостаточно информации о ВИЧ и правах ВИЧ-инфицированных.



Пути решения: Повысить информированность общего населения, медработников, работодателей. Ввести обучение в медицинских ВУЗах, направленное против искаженного представления о ЛЖВ. Разработать механизмы недопущения дискриминации (в том числе в сфере трудовых отношений). Повысить мобилизацию самих сообществ людей, живущих с ВИЧ.

### **3.1.3. Мобилизация общества, вовлечение неправительственного, общественного сектора**

Отмечается приверженность отдельных политиков и общественных деятелей, однако до настоящего времени ни одна политическая партия, ни одно движение еще не высказали явной поддержки борьбе со СПИДом. Мобилизация общества низкая. Большое количество НКО вовлечено в борьбу со СПИДом, однако это в большинстве СПИД-сервисные организации.

Препятствия: Неоднозначная позиция по отношению к проблеме ВИЧ/СПИДа как со стороны общества, так и властей. Низкая социальная активность общества в целом. Неясно, каким образом учитывается вклад НКО в борьбу со СПИДом (если учитывается).

Пути решения: Усиление проектов по адвокации, использование унифицированных методов оценки эффективности мероприятий при оценке деятельности как правительственных, так и негосударственных и прочих организаций, вовлеченных в борьбу с ВИЧ/СПИДом.

### **3.1.4. Вовлечение людей, живущих с ВИЧ**

В России имеются отдельные лидеры и организации сообщества ЛЖВ, создано Всероссийское объединение ЛЖВ, однако охват очень низкий – несколько процентов ЛЖВ.

Препятствия: Сообщество в целом не мобилизовано.

Пути решения: Активный поиск, привлечение к работе и поддержка лидеров среди ЛЖВ; помощь существующим организациям ЛЖВ в привлечении новых членов; привлечение представителей ЛЖВ в состав советов и комитетов, определяющих политику и стратегию противодействия эпидемии.

### **3.1.5. Научные исследования**

Проведение научных исследований и их координация недостаточны, отсутствует систематизация результатов. Исследования, проводимые международными организациями, часто не адаптированы к российским условиям, а их результаты не являются адекватными и объективными; не могут быть использованы для выработки политики.

Препятствия: На научные исследования выделяется недостаточно финансовых средств, нет базовых научных организаций, которые бы проводили всесторонние

исследования в области противодействия ВИЧ/СПИДу и осуществляли координацию.

Пути решения: Адвокация приоритетности перспективности научных исследований в деле повышения эффективности противодействия эпидемии, стимуляция финансирования научных исследований как в области разработки лекарственных препаратов, диагностики и вакцин, так и в области прикладных исследований и исследований в области мониторинга и оценки программ.

## **3.2. ПРОФИЛАКТИКА**

Вопросы профилактики и лечения обсуждались с точки зрения общественного здравоохранения, в контексте предоставления необходимых услуг для как можно большего количества нуждающихся в них.

Для рассмотрения были предложены следующие направления профилактической деятельности, наиболее эффективные с учетом особенностей эпидемии в России:

- 1) Обеспечение информированности, просвещения и обучения в связи с ВИЧ-инфекцией для общего населения с фокусом на молодежь как уязвимую группу;
- 2) Предупреждение передачи ВИЧ в группах повышенного риска заражения: среди потребителей инъекционных наркотиков, среди мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, среди работников коммерческого секса, заключенных, мигрантов и других уязвимых групп;
- 3) Доступ к добровольному консультированию (и тестированию) на ВИЧ с применением принципов конфиденциальности и согласия;
- 4) Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку;
- 5) Предупреждение передачи ВИЧ при переливании крови и трансплантации органов;
- 6) Предупреждение передачи ВИЧ в условиях медицинских учреждений;
- 7) Постконтактная профилактика.

### **3.2.1. Обеспечение информированности, просвещения и обучения в связи с ВИЧ-инфекцией для общего населения с фокусом на молодежь**

Общее население: Точных данных по охвату в России не имеется. По мнению специалистов-участников совещания, доступность информации о ВИЧ/СПИДе из различных источников (электронные СМИ, печатные СМИ, брошюры, буклеты, листовки) низкая; в целом не превышает 10% населения. Национальные кампании в СМИ не проводятся. Нередко отмечается низкое качество предоставляемой информации. Создаются видеофильмы, но они имеются только в центрах по борьбе со СПИДом; они часто содержат информацию только о горячих линиях и в лучшем случае транслируются 1-2 раза в месяц.

**Работающее население.** Точные данные недоступны; по мнению экспертов, охват низкий, он не превышает 2%; программы профилактики на рабочих местах существуют на отдельных предприятиях в отдельных регионах, но в целом систематическая работа не проводится.

**Молодежь.** Нет национальных данных по охвату информационными мероприятиями; участники привели данные по отдельным городам, например, по данным исследования в г. Томске охват молодежи составляет 50%. Нет национальных данных по использованию презервативов; по данным исследований, проведенных в нескольких регионах, использование недостаточное (в г. Ульяновск 32% молодежи заявили о постоянном использовании презервативов).

**Препятствия:** Проблема ВИЧ не интегрирована в информационную политику; редакции не заинтересованы в размещении информации о СПИДе; журналисты не имеют достаточной подготовки по теме СПИД; доступ населения к Интернет-сайтам ограничен, часто у населения отсутствует мотивация к изучению информации о ВИЧ-инфекции.

**Пути решения для группы "молодежь":** Развивать молодежные информационные центры; развивать обучение по принципу "равный – равному"; проводить информационные кампании; организовывать внеучебную работу по профилактике ВИЧ, ИППП, наркомании. Увеличивать доступность медико-социальных услуг. Воздействовать на работодателей с целью внедрения обучающих программ по профилактике ВИЧ-инфекции на рабочем месте.

**Цели к 2010 году:** Охватить информационно-образовательными мероприятиями 100% молодежи. Увеличить количество лиц, постоянно использующих презервативы с непостоянным половым партнером, на 15%. В отдельные группы участники выделили учащуюся молодежь и не учащуюся (не работающую) молодежь.

**Учащаяся молодежь.** Охват школьников учебными программами, включающими качественное обучение по проблеме ВИЧ/СПИДа, неизвестен. 100% школьников проходят курс ОБЖ, который включает соответствующие вопросы, однако качество и эффективность этого обучения не оценены. Разработана концепция превентивного обучения, однако она нуждается в совершенствовании (поскольку в ней не отражен вопрос пропаганды использования презервативов). Начато обучение учителей (в системе образования обучено 300 преподавателей). Разработан курс для ПТУ. Имеется опыт работы отдельных НКО.

**Препятствия:** Не обучены учителя школ; учителя и родители не всегда готовы к включению данной темы в обучение детей; нет системы оценки качества проводимых программ по профилактике ВИЧ, нет специальных программ для студентов высших учебных заведений.

**Пути решения:** Привести в соответствие с законом федеральный компонент

учебных программ для средних школ в отношении темы ВИЧ/СПИДа; подготовить квалифицированные кадры учителей (в системе ВУЗовской и последипломной подготовки).

**Цель к 2010 году:** Провести при поддержке ЮНЭЙДС всероссийское совещание по профилактике ВИЧ/СПИДа в образовательной среде системы образования; ввести Федеральный образовательный стандарт для средних школ по ВИЧ/СПИДу (Минобрнауки); охватить учебными программами по профилактике ВИЧ/СПИДа 100% учащейся молодежи.

**Не учащаяся (и не работающая) молодежь.** Данная группа в некоторых городах охвачена проектами НКО. Охват, по мнению экспертов, низкий, не более 1%.

**Пути решения:** Те же, что для молодежи вообще, организация обучающих мероприятий в центрах досуга, скопления неработающей молодежи, организация обучения в центрах занятости.

### **3.2.2. Предупреждение передачи ВИЧ в группах повышенного риска заражения: среди потребителей инъекционных наркотиков, среди мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, среди работников коммерческого секса, заключенных, мигрантов, моряков, водителей дальних рейсов, военнослужащих, милиции и других уязвимых групп**

**Наркопотребители.** В стране работает около 60 проектов снижения вреда, в основном с международным финансированием. Охват профилактическими мероприятиями (программы снижения вреда) в регионах, где работают программы, составляет порядка от 6 до 30%.

**Препятствия:** Недостаток ресурсов (финансов, помещений, квалифицированных кадров; не разработана нормативная база; отсутствие системы обучения специалистов; недостаточное вовлечение наркологической службы; мероприятия по профилактике не связаны с мероприятиями по лечению ВИЧ и наркомании; стигма и дискриминация; отсутствие точных статистических данных.

**Пути решения:** Создать нормативную базу профилактики ВИЧ среди ПИН, соответствующую международным стандартам, включая улучшенную статистическую отчетность; создать систему подготовки специалистов по профилактике передачи ВИЧ и снижению вреда в среде ПИН и других зависимых группах; обеспечить непрерывность процесса лечения, последующей реабилитации и социального сопровождения; расширить привлечение НПО, в т.ч. сообществ людей, пострадавших от ВИЧ и наркомании, к профилактике и лечению; провести научные исследования по оценке эффективности различных мероприятий по профилактике и лечению в России; провести исследование численности группы ПИН.

Цели к 2010 году: Обеспечить нормативную базу для проведения комплексной профилактики среди ПИН, включая программы снижения вреда. Достоверно увеличить охват до 30% ПИН.

**Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами.** По мнению участников, охват профилактическими мероприятиями низкий – не более 10%, в основном – проекты НКО. Наиболее высокий охват в г. Томске (проект "Глобус" – около 30%).

Препятствия: Труднодоступная группа; нет точных данных по ее численности, по распространенности в ней ВИЧ; выраженная стигма и дискриминация, особенно в регионах.

Пути решения: Поддерживать создание групп по профилактике ВИЧ и ИППП ("равный – равному", информационные кампании и пр.) в самом сообществе.

Цель к 2010 году: Увеличить количество постоянно использующих презервативы с непостоянным половым партнером на 15%.

**Работники коммерческого секса.** В стране работают только 25 проектов, финансируемых из международных источников. Точных данных по численности и охвату группы (в России) нет. Охват в Москве – 15%; в Волгограде (на государственной основе) – 25%.

**Потребители коммерческих секс-услуг.** Не охвачены профилактическими мероприятиями.

Пути решения: Расширение сети обучающих программ НКО, привлечение к профилактическим мероприятиям контролирующих организаций (МВД).

**Заключенные.** По данным ФСИН, 100% заключенных получают информацию о ВИЧ/СПИДе. Качество и эффективность этого обучения не оценены.

Пути решения: Провести оценку качества и эффективности обучения заключенных и внести соответствующие коррективы.

Большинство других групп риска не охвачены профилактическими мероприятиями или охвачены минимально.

### **3.2.3. Доступ к добровольному консультированию (и тестированию) на ВИЧ с применением принципов конфиденциальности и согласия**

Нормативная база по консультированию имеется. Охват консультированием: дотестовым – низкий, послетестовым при получении ВИЧ-положительного результата – высокий; послетестовым при получении отрицательного результата – низкий;

консультирование по вопросам профилактики в период диспансерного наблюдения – 71% (соответствует количеству лиц, находящихся на диспансерном наблюдении); консультирование партнеров ВИЧ-положительных лиц – охват низкий.

Препятствия: Отсутствие обученных кадров, недостаток штата; тестирование вне центров СПИДа, где консультирование часто вообще не проводится; консультирование не входит в перечень медицинских услуг и соответственно не оплачивается, несмотря на большие затраты времени (20 минут, согласно рекомендациям); отсутствует или слабо развит "институт равного консультанта". Низкая явка. Многие партнеры ВИЧ+ лиц входят в криминализованные круги и не доступны.

Пути решения: Включить консультирование в официальный перечень медицинских услуг; разработать программу подготовки и обеспечить подготовку квалифицированного персонала, осуществляющего консультирование; развивать патронаж и помощь на дому, консультирование "равный – равному" для партнеров ВИЧ+ лиц, улучшить систему информирования партнеров.

Цели к 2010 году: 100% доступность качественного до- и послетестового консультирования всех проходящих обследование в соответствии с законом.

### **3.2.4. Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку**

Все беременные женщины, обратившиеся в женскую консультацию и вставшие на диспансерный учет, проходят тестирование. Проблема химиопрофилактики остается острой по отношению к женщинам, не наблюдающимся в медицинских учреждениях до родов. Полный курс химиопрофилактики во время беременности и родов получают 58%; в родах – около 90%; новорожденные – более 90%. Имеются случаи грудного вскармливания новорожденных ВИЧ-положительными женщинами.

Препятствия: Нехватка лекарственных препаратов; поздняя обращаемость части женщин по поводу беременности; недостаточно высокое качество консультирования; отсутствие экспресс-тестов; не везде организована профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку в роддомах; случаи отказа матерей от назначения препаратов ребенку; низкий уровень информированности среднего медицинского персонала; отсутствие бесплатных смесей для вскармливания; слабая связь с патронажной службой.

Пути решения: Укрепление инфраструктуры и нормативной базы оказания помощи ВИЧ-положительным беременным женщинам, улучшение обучения персонала, включая средний медицинский персонал, обеспечение бесплатными смесями для вскармливания.

Цель к 2010 году: Достигнуть снижения уровня передачи ВИЧ от матери ребенку до 5%.

### 3.2.5. Предупреждение передачи ВИЧ при переливании крови и трансплантации органов

Уровень передачи ВИЧ при переливании крови и трансплантации органов в РФ низок и не превышает одного случая на миллион вмешательств. Охват тестирования доноров на ВИЧ при использовании высокочувствительных тест-систем АТ+АГ более 99%; в ряде территорий проводится карантинизация крови для предупреждения использования крови в период серонегативного окна.

Препятствия: Отсутствие экспресс-тестов в отдаленных районах; отсутствие "института доноров", асоциальные доноры; расширенные показания для переливания крови; низкий уровень консультирования, низкий уровень повторного прихода доноров при карантинизации, ошибки персонала.

Пути преодоления: Снижение количества переливаний крови, более тщательный отбор доноров, обучение медицинского персонала.

Цели к 2010 году: Сохранить низкий уровень передачи ВИЧ при переливании, несмотря на возможный рост пораженности ВИЧ-инфекцией населения.

### 3.2.6. Предупреждение передачи ВИЧ в условиях медицинских учреждений

Доказанных случаев внутрибольничной передачи ВИЧ от пациента пациенту и от врача пациенту в РФ не отмечается с 1990 г. Имеется 2 случая заражения медперсонала от пациентов при исполнении профессиональных обязанностей. Профилактические мероприятия осуществляются в более 99% случаев, контроль постоянно осуществляется структурами Роспотребнадзора.

Препятствия: Недостаточные знания и неинформированность персонала; ошибки персонала; необоснованно широкое назначение инъекций.

Пути решения: Обучение персонала; строгий контроль выполнения инструкций, для врачей – применение барьерных средств профилактики.

Цель к 2010 году: Не допускать случаев передачи ВИЧ в медицинских учреждениях.

### 3.2.7. Постконтактные мероприятия

Доступность постконтактной профилактики в различных медицинских учреждениях и немедицинских условиях зависит от наличия соответствующих препаратов.

Препятствия: Не определены учреждения, где должен находиться доступный запас препаратов, нехватка препаратов.

Пути решения: Обучение персонала и определение перечня учреждений и

обеспечение их препаратами.

Цель к 2010 году: Все нуждающиеся получают постконтактную профилактику.

## 3.3. ЛЕЧЕНИЕ, УХОД И ПОДДЕРЖКА

### 3.3.1. Своевременная (до развития клинических симптомов) диагностика ВИЧ-инфекции. Постановка клинического диагноза

В настоящее время, по данным Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИД, своевременная диагностика ВИЧ-инфекции (до развития клинических симптомов) отмечается в 70% от числа официально зарегистрированных случаев, в то же время выявлена ВИЧ-инфекция только у 30% от оценочного числа ЛЖВ. Врачи ставят клинический диагноз у 50-90% пациентов с клиническими проявлениями (данные исследования Американского Международного Союза Здравоохранения).

Препятствия: Несовершенная политика тестирования – недостаточное тестирование представителей уязвимых групп; затрудненный доступ к уязвимым группам; низкая обращаемость в лечебные учреждения представителей уязвимых групп (в т.ч. из-за неадекватной оценки риска заражения вследствие наркологического статуса); некачественное консультирование; стигма и дискриминация; отдаленность центра СПИД и его географическая недоступность; отсутствие тест-систем (финансирования). Недостаточная информированность и уровень знаний о ВИЧ-инфекции среди врачей разных специальностей.

Пути решения: Совершенствование нормативной базы с определением роли различных ведомств и структур, включая НПО; обеспечение доступа к уязвимым группам с помощью медицинских специалистов первичного звена (КИЗ, ФАП, КВД, НД и др.), а также НКО, волонтеров, МО, ФСИН, специалистов социальной службы; обучение специалистов; улучшение материально-технической базы; кампании по привлечению к тестированию в СМИ; улучшение межсекторального взаимодействия; совершенствование организации лечения.

Цели к 2010: Лабораторная диагностика – не ниже 80% от подлежащих. Разработаны, утверждены и внедрены нормативные документы.

### 3.3.2. Диспансерное наблюдение (обследование как минимум 1 раз в год)

По данным Федерального и региональных центров профилактики и борьбы со СПИД, в течение последнего года диспансерным наблюдением охвачено менее 50% зарегистрированных ВИЧ+ лиц.

Препятствия/проблемы: Низкая обращаемость представителей уязвимых групп в лечебные учреждения (см. выше).

Пути решения: Те же, что и для диагностики.

Цели к 2010: Охват диспансеризацией не ниже 85% от зарегистрированных ЛЖВ.

### 3.3.3. Необходимые врачебные и лабораторные обследования

Доступность квалифицированных врачебных обследований недостаточная. По мнению Федерального центра профилактики и борьбы со СПИД, обучено порядка 50% врачей, оказывающих лечебную помощь в территориальных центрах СПИД. Доступность исследования иммунного статуса порядка 70%; вирусной нагрузки – 5-25% в разных регионах; биохимических анализов крови – 80-100%; обследование на ТБ (проба Манту) – 20% (данные Открытого Института здоровья населения в отдельных регионах).

Препятствия/проблемы: Текучесть кадров; отсутствие на отдельных территориях центров СПИД (прием ведут районные специалисты); врачи поликлиник и врачи КИЗ лишены надбавок за работу с ВИЧ-инфекцией; отсутствие или недостаток оборудования и тест-систем; для контингента заключенных – географическая отдаленность от центров СПИД, разная бюджетная подчиненность учреждений ФСИН и здравоохранения; недостаток квалифицированных кадров лабораторной диагностики; несоответствие нормативной базы, препятствующее взаимодействию между лечебными учреждениями, производящими различные виды обследования (центры СПИД, ТБ диспансеры, ЛПУ общего профиля); недостаточные знания о ВИЧ у фтизиатров.

Пути решения: Регулирование нормативной базы оказания медпомощи ВИЧ-инфицированным лицам вне центров СПИД (стандарты, оплата работы специалистов); создание системы взаимодействия, обучение специалистов, в том числе внесение вопросов ВИЧ-инфекции в систему повышения квалификации врачей различных специальностей и среднего медперсонала (в первую очередь наркологов, дерматовенерологов, фтизиатров), обеспечение оплаты транспортных расходов больным.

Лабораторное обследование (ИФА+ИБ; вирусная нагрузка): улучшение обеспечения необходимым оборудованием, тест-системами и расходными материалами в соответствии с потребностями регионов (исследования в центрах СПИД, межрайонных центрах или мобильных пунктах); ценовая политика, направленная на снижение цен на тест-системы и расходные материалы для диагностики при ВИЧ-инфекции; разработка системы и осуществление доставки материала для исследования, включая финансирование); обучение персонала.

Лабораторное обследование лекарственной резистентности: поставка оборудования в окружные центры и отдельные территориальные центры СПИД; обучение персонала; создание системы надзора и мониторинга за лекарственной резистентностью ВИЧ.

Цели к 2010: Квалифицированное врачебное обследование, консультации у специалистов по показаниям – 100%; исследование иммунного статуса – 100% (60% к 2008 году); исследование вирусной нагрузки – 100% (60% к 2008 году); исследование резистентности – все нуждающиеся по клиническим показаниям; б/х анализы и дополнительные инструментальные методы обследования – 100%.

### 3.3.4. Антиретровирусная терапия

Охват АРВ-терапией составляет менее 10% от расчетного количества нуждающихся; психологическую поддержку, по данным присутствующих представителей центров профилактики и борьбы со СПИД, получают 30-50% получающих лечение. В рамках НКО функционируют группы самоподдержки.

Препятствия/проблемы: Неполная диспансеризация; отсутствие у врачей мотивации работы со сложными уязвимыми контингентами; слабое взаимодействие разных медицинских и социальных служб в процессе лечения (ВИЧ/ ИППП/ ТБ/наркология/социальные службы; НКО); недостаток АРВ-препаратов; недостаток обученных кадров (медицинских и немедицинских); отсутствие унифицированной системы определения потребности в лекарственных препаратах; четкой системы закупок и распределения лекарств; слабое вовлечение НКО и сообщества ЛЖВ.

Пути решения: Обеспечение препаратами с не снижаемым запасом за счет функционирующей системы закупок и распределения; создание системы обеспечения приверженности, включая подготовку кадров; создание постоянно действующей системы оперативного обновления протоколов лечения с учетом протоколов лечения ВГ, ТБ и ИППП; стабилизация наркологического статуса ПИН, реабилитация наркозависимых; создание пилотных проектов по заместительной терапии наркозависимых с обсуждением возможности изменения нормативной базы; проведение ВААРТ в наркологическом стационаре; разработка мер по удержанию пациента в системе медицинской помощи, в том числе привлечение программ снижения вреда, создание национальной системы надзора за лечением.

Цели к 2010: Свободный и равный доступ для всех нуждающихся к антиретровирусной терапии, охват терапией не менее 75-80%.

### 3.3.5. Лечение оппортунистических инфекций

Эксперты отметили высокий охват лечением для легко диагностируемых ОИ и минимальный охват лечением для трудно диагностируемых ОИ.

Препятствия/проблемы: Недостаток подготовленных кадров; не налажена диагностика ОИ; отсутствие редких лекарств; нет целевого финансирования.

Пути решения: Подготовка кадров; обеспечение необходимыми диагностическими



средствами; обеспечение лекарственными препаратами.

Цель к 2010: 100% нуждающихся получают лечение ОИ.

### 3.3.6. Лечение сопутствующих заболеваний (ТБ, хронические гепатиты, ИППП)

Эксперты отметили, что охват лечением сопутствующих заболеваний у ЛЖВ пока недостаточный.

Препятствия/проблемы: Недостаточное взаимодействие служб и программ лечения ВИЧ, ВГ, ИППП, ТБ и наркотической зависимости; ФОМС не оплачивает дополнительные услуги для ЛЖВ; стигма и дискриминация; неготовность ЛПУ работать с ВИЧ+ пациентами; отсутствие надбавок врачам за работу с ВИЧ; неопределенность тактики лечения.

Пути решения: Снижение стигмы и дискриминации (обучение медперсонала); разработка нормативной базы по организации лечения сочетанных инфекций, включая взаимодействие различных служб и соответствующие надбавки к заработной плате медицинских работников, а также лечение для внутренних мигрантов).

Цель к 2010: 60-80% нуждающихся получают лечение.

### 3.3.7. Лечение наркотической зависимости, заместительная терапия и социальное сопровождение при наркомании у ЛЖВ

Точных данных по лечению наркотической зависимости у ВИЧ-инфицированных не имеется. По мнению присутствующих экспертов, охват лечением наркотической зависимости не превышает 10%. Заместительная терапия в России не проводится.

Препятствия/проблемы: Законодательный запрет на заместительную терапию, недостаточное взаимодействие службы СПИД и наркологической службы; неготовность наркологической службы оказывать помощь ВИЧ+ пациентам.

Пути решения: Улучшение взаимодействия с наркологической службой и возможность одновременного лечения наркомании и ВИЧ; обсуждение возможности реализации пилотных проектов по заместительной терапии наркозависимых с возможным изменением законодательства.

Цель к 2010: 100% обращающихся за помощью ЛЖВ получают лечение.

---

<sup>2</sup> Средства, выделенные в рамках Национального проекта "Здоровье", раундов 3 и 4 ГФ, на ближайшее будущее позволят обеспечить потребность в препаратах ВААРТ. Следует отметить, что в 2006 году появились новые актуальные проблемы лечения при ВИЧ-инфекции - привлечение пациентов, обеспечение приверженности, недопущение перерывов в лечении, связанных с планированием и функционированием механизмов закупок и поставок на федеральном и местных уровнях, тестирование на резистентность к АРВ-препаратам и др.

### 3.3.8. Паллиативная помощь ВИЧ+ лицам

Разработано клиническое руководство по паллиативной помощи. Охват низкий. Осуществляются пилотные проекты.

Препятствия/проблемы: Отсутствие нормативной документации, усилия носят фрагментарный характер.

Пути решения: Создание нормативной базы; подготовка персонала; развитие патронажной службы; создание хосписов для ЛЖВ.

Цель к 2010: 80% нуждающихся получают паллиативную помощь.

### 3.3.9. Психологическая поддержка семей ЛЖВ

Элементы поддержки осуществляют центры СПИД, НПО осуществляют единичные проекты.

Препятствия: Не ясно, какая служба должна оказывать помощь; отсутствие нормативных документов.

Пути решения: Создание нормативной базы и материально-технической базы совместно с социальной службой; взаимодействие с социальной службой; подготовка персонала социальной службы для работы с ЛЖВ; создание координаторов помощи; вовлечение ЛЖВ и программ взаимопомощи; привлечение религиозных организаций.

Цель к 2010: 100% нуждающихся получают помощь.

### 3.3.10. Социальная поддержка ЛЖВ и их семей

Элементы поддержки осуществляют центры СПИД, в штате которых имеются социальные работники, НПО осуществляют единичные проекты.

Препятствия: Не ясно, какая служба должна оказывать помощь; не определены функции службы социальной защиты; отсутствие нормативных документов; неопределенность понятия социальной поддержки семей.

Пути решения: Создание нормативных документов; снижение дискриминации в обществе, в том числе при трудоустройстве; определение службы, которая должна оказывать помощь; определение функции службы социальной защиты; определение понятия социальной поддержки семей; создание механизмов социального заказа на участие в оказании помощи НПО и ЛЖВ; создание системы реабилитации ЛЖВ, освобожденных из мест лишения свободы, в частности, обеспечение медицинским полисом.

Цель к 2010: 50-60% нуждающихся получают поддержку.

### 3.3.11. Социальная адаптация ВИЧ+ детей, социальных сирот и детей ВИЧ+ родителей

Сложность получения полноценного дошкольного и школьного образования; проблемы устройства в дома ребенка, детские дома.

Препятствия: Отсутствие опыта. Формируется опыт в отдельных регионах.

Пути решения: Разработка механизма контроля за выполнением закона; внедрение технологий профилактики социального сиротства; внедрение ранней диагностики для детей ВИЧ+ матерей; изменение законодательной базы по усыновлению ЛЖВ ВИЧ+ детей; медико-социальный патронаж детей до 1.5 лет на дому.

Цель к 2010: 100% нуждающихся детей получают поддержку в области социальной адаптации.

### 3.3.12. Психологическая и социальная поддержка медицинского персонала

Охват низкий.

Препятствия: Не разработана система психологической и социальной поддержки медицинского персонала.

Пути решения: Нормативное регулирование, в том числе стандарты медицинской помощи (консультирование), пересмотр нагрузки на персонал, оплаты работы специалистов; создание условий для работы с ЛЖВ; повышение правовой грамотности специалистов; консультирование для сотрудников.

Цель к 2010: 100% нуждающихся получают поддержку.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

#### Список участников национальной консультации по универсальному доступу 15-16 декабря 2006 г., г. Москва

№	ФИО	Организация
1.	Бадарч Дендев	ЮНЕСКО
2.	Бакшиш Эдем	ПРООН
3.	Бардакова Л. И.	ЮНФПА
4.	Батлер Джим	DfID
5.	Бленк Вернер	МОТ
6.	Бобрик А. В.	Открытый Институт здоровья населения, Проект "Глобус"
7.	Богдан С. А.	Центр Госсанэпиднадзора, Федеральное медико-биологическое агентство России
8.	Болл Эндрю	ВОЗ, Женева
9.	Браун Бетси	АМР США
10.	Бурлак А.	Сеть ЛЖВ
11.	Володин Н. Н.	Министерство здравоохранения и социального развития РФ
12.	Гериш А. А.	Министерство образования и науки РФ
13.	Гнатко Ю. В.	Сибирский окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Омск
14.	Голиусов А. Т.	Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ
15.	Голохвастова Е. Л.	Центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Москва
16.	Горшкова Н. В.	Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Волгоградская область
17.	Гришанков М. И.	Государственная Дума
18.	Гурвич Е. Б.	АМР США
19.	Де Рой Карел	ЮНИСЕФ
20.	Устинов Д.	ЮНЭЙДС
21.	Должанская Н. А.	НИИ наркологии, Москва
22.	Драгборг Сусаннэ	ЮНЭЙДС
23.	Епоян Т.	ЮНИСЕФ
24.	Жуков И.	ЮНФПА
25.	Жумагалиев В. А.	Всероссийская сеть снижения вреда
26.	Зотеев Е. В.	Министерство обороны РФ



27.	Камалдинов Д. О.	Национальный Форум НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа	56.	Рукавишников М. В.	Сеть ЛЖВ
28.	Колесник А. Н.	Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Тверская область	57.	Сайченко Н.П.	Уральский окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Екатеринбург
29.	Кондинская Ю.	Национальный Форум НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа	58.	Сарвино Ю.	ЮНЕСКО
30.	Корень С. В.	НИИ наркологии, Москва	59.	Саухат С. Р.	Южный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Ростов-на-Дону
31.	Короткова А. В.	ЦНИИОИЗ	60.	Семенченко М. В.	ЮНЭЙДС
32.	Котельникова М.П.	Министерство образования и науки РФ	61.	Смольская Т. Т.	Северо-Западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Санкт-Петербург
33.	Кудрявцева Е. Ю.	МОТ	62.	Стенекер Ситске	ЮНФПА
34.	Кузнецова А. С.	Федеральная служба исполнения наказания РФ	63.	Троценко О. Е.	Дальневосточный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Хабаровск
35.	Ладная Н.Н.	Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД ЮНЭЙДС	64.	Фургал С. М.	ЮНЭЙДС
36.	Линдبلاد Бертил	SIDA	65.	Шевченко С. Б.	Росздрав
37.	Линдвал Кристиан		66.	Шевырева М. П.	Минздравсоцразвития РФ
38.	Лукьянова Н. В.	Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Алтайский край	67.	Шегай М. М.	Фонд Российское здравоохранение
39.	Макарова Н. Ю.	Фонд «Российское Здравоохранение»	68.	Элминг Эндрю	IMC Consulting
40.	Марков А. А.	Фонд «Российское Здравоохранение»	69.	Элтом Акрам	ВОЗ
41.	Мартынов А. А.	Министерство здравоохранения и социального развития РФ	70.	Юрин О. Г.	Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД
42.	Марченко Т.	DfID			
43.	Миккельсен Хеннинг	ЮНЭЙДС, Женева			
44.	Мирелла Флавио	Председатель тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу в РФ			
45.	Михайлова Л. Г.	ЦНИКВИ Росздрава			
46.	Мочалова О. Н.	ЮНЭЙДС			
47.	Мурат Эрджан	ПРООН			
48.	Ницше-Белл Анна	ЮНЭЙДС			
49.	Носов Н. Н.	Поволжский окружной центр по профилактике и борьбе со СПИД, Нижний Новгород			
50.	Панкратов А. В.	Фонд «Российское Здравоохранение»			
51.	Покровский В. В.	Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД			
52.	Пхиденко С.	DfID			
53.	Рахманова А. Г.	Главный инфекционист комитета по здравоохранению администрации, г. Санкт-Петербург			
54.	Романенко О. М.	Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Республика Татарстан			
55.	Рузаева Л. А.	Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Красноярский край			

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**Структурированные формы для ведения национальной консультации по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции**

**"Оценка состояния доступа населения РФ к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, оценка мероприятий, осуществляемых на федеральном и региональном уровнях, основные приоритеты и препятствия, пути решения проблем и цели, намеченные к 2010 г."**

(формы разработаны сотрудниками Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД)

**Вопросы достижения универсального доступа к профилактике ВИЧ-инфекции (Секция 1)**

**Информирование населения о путях предупреждения распространения ВИЧ**

Мероприятия	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Распространение информации посредством электронных СМИ				
Распространение информации посредством печатных СМИ				
Информационно-просветительские материалы (книги, брошюры, листовки, буклеты, видеофильмы, фильмы)				

**Профилактические программы для уязвимых групп населения**

Группа	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Молодежь				
Учащаяся молодежь				

Не учащаяся и не работающая молодежь				
Мужчины, имеющие секс с мужчинами				
Наркопотребители				
Потребители инъекционных наркотиков				
Работники коммерческого секса				
Потребители коммерческих секс-услуг				
Трудовые мигранты				
Военнослужащие				
Заклученные				
Другие группы				

**Консультирование**

	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Дотестовое консультирование				
Послетестовое консультирование: ВИЧ+				
Послетестовое консультирование: ВИЧ-				
Консультирование по вопросам профилактики в период диспансерного наблюдения				
Консультирование партнеров ЛЖВ				

### Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку

	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Тестирование беременных				
Химиопрофилактика				
Во время беременности				
В родах				
Ребенок после родов				
Искусственное вскармливание				

### Предупреждение передачи ВИЧ при переливании крови и трансплантации органов, искусственном оплодотворении и т.п.

Мероприятие	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Тестирование доноров на ВИЧ Ат+Аг				
Карантинизация крови				
Заготовка аутокрови				
Отбор доноров				

### Предупреждение передачи ВИЧ парентеральным путем в медицинских учреждениях

Мероприятие	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Предупреждение передачи от больного к больному				
Предупреждение передачи от врача больному				

### Постконтактные мероприятия

Мероприятие	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути преодоления	Цели на 2010 г.
Профилактика после половых контактов				
Профилактика парентерального заражения в немедицинских условиях				
Профилактика парентерального заражения в медицинских учреждениях				
Профилактика парентерального заражения при ситуации высокого риска				

### Вопросы достижения универсального доступа к терапии, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции (Секция 2)

Мероприятие	Охват (%)	Препятствия и проблемы	Пути решения	Цели на 2010 г.
Своевременная (до развития клиники) диагностика ВИЧ-инфекции: (ИФА+ИБ) постановка клинического диагноза ВИЧ-инфекции				
Диспансерное наблюдение (регулярное обследование – как минимум 1 раз в год)				
Квалифицированное врачебное обследование				
Исследование иммунного статуса				
Исследование вирусной нагрузки				
Резистентность к АРВ-препаратам				

Биохимические исследования, общий анализ крови				
Дополнительные инструментальные обследования				
Консультации специалистов				
Психологическая поддержка				
ВААРТ				
Лечение ОИ				
Лечение сопутствующих заболеваний: ТБ, ВГ, ИППП и др.				
Лечение наркомании				
Паллиативная помощь ЛЖВ				
Социальная и психологическая поддержка семей ЛЖВ				
Социальная поддержка ЛЖВ				
Социальная адаптация ВИЧ-позитивных детей; детей-социальных сирот и детей ВИЧ-позитивных родителей				
Юридическая помощь ЛЖВ				
Психологическая и социальная поддержка медицинского персонала				