



*Здоровая
Россия*

**КОММУНИКАЦИЯ И
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
В ОБЛАСТИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**ПОСОБИЕ ДЛЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Москва 2005

КОММУНИКАЦИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Пособие
для медицинских работников**

Москва 2005



СОДЕРЖАНИЕ

Данное пособие разработано в рамках Проекта "Здоровая Россия 2020", реализуемого под руководством Центра коммуникативных программ Университета им. Джонса Хопкинса (JHU/ССР) при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID). Пособие подготовлено с использованием доказательно обоснованных данных международной практики, наиболее авторитетных отечественных руководств и посвящено актуальной проблеме коммуникаций и консультирования при ВИЧ-инфекции.

Пособие предназначено для широкого круга медицинских специалистов - акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, терапевтов, акушерок, фельдшеров, медсестер, студентов медицинских вузов, - которые, как правило, не имеют опыта работы с ВИЧ-инфицированными пациентами в повседневной практике.

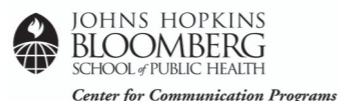
Цель пособия - ознакомить различных специалистов с проблемой ВИЧ-инфекции, принципами до- и послетестового консультирования, основами коммуникаций в области ВИЧ-инфекции, особенностями консультирования беременных женщин, подростков. В пособии также освещены правовые аспекты данной проблемы.

Пособие предполагается распространять вместе с листовками-подсказками, которые призваны помочь медицинским работникам в процессе консультирования.

Авторы: **Беляева Валентина Владимировна**, ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, д.м.н.; **Афоница Лариса Юрьевна**, ведущий специалист Научно-практического центра помощи беременным женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией МЗ и СР РФ, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД Санкт-Петербургской Медицинской академии последиplomного образования, к.м.н.; **Дмитриева Елена Викторовна**, старший менеджер программ Проекта "Здоровая Россия 2020", д. соц. наук; **Рюмина Ирина Ивановна**, Медицинский советник Проекта "Здоровая Россия 2020", д.м.н.; **Нилл Макки**, директор российского представительства Центра коммуникативных программ Университета им. Джонса Хопкинса.

Рецензенты: **Покровский Вадим Валентинович**, руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАМН; **Дементьева Лариса Александровна**, заместитель начальника отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; **Ерамова Ирина Юрьевна**, медицинский специалист в области ВИЧ/СПИД Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения; **Никонов Андрей Павлович**, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, д.м.н.; **Бурлак Алексей Валерьевич**, генеральный директор некоммерческого Фонда "Позитивная инициатива" (г. Оренбург).

Редактор: **Шиманская Элла Олеговна**



Публикуется при содействии Отдела здравоохранения Агентства США по международному развитию, по условиям гранта No.118-A-00-02-00156. В настоящем издании отражены мнения авторов, которые не обязательно совпадают с точкой зрения Агентства США по международному развитию.

Пособие одобрено Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и может быть использовано в практической работе учреждений здравоохранения.

© Проект "Здоровая Россия 2020", 2005

Введение	стр. 5
1. Краткий обзор развития эпидемии ВИЧ/СПИДа	стр. 7
2. Современные представления о ВИЧ-инфекции	стр. 9
2.1. Течение ВИЧ-инфекции	стр. 10
2.2. Успехи в лечении ВИЧ-инфекции	стр. 12
3. Социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции	стр. 15
3.1. Особенности ВИЧ-инфекции	стр. 16
3.2. Выводы.....	стр. 21
4. Консультирование и его соотношение с более широким понятием коммуникации в здравоохранении	стр. 23
5. Консультирование при ВИЧ-инфекции - путь к изменению поведения	стр. 31
5.1. Определение понятия "консультирование" и общие принципы консультативной работы.....	стр. 32
5.2. Условия успешной консультативной работы	стр. 35
5.3. Выводы.....	стр. 38
6. Консультирование при обследовании на ВИЧ	стр. 41
6.1. Порядок обследования на ВИЧ в Российской Федерации.....	стр. 42
6.2. Лабораторные методы обследования на ВИЧ	стр. 44
6.3. Дотестовое консультирование при обследовании на ВИЧ	стр. 48
6.4. Послетестовое консультирование при обследовании на ВИЧ	стр. 51
6.5. Особенности сообщения горьких новостей	стр. 54
7. Консультирование женщин по вопросам ВИЧ-инфекции	стр. 57
7.1. Женщины как особо уязвимая группа в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции	стр. 58
7.2. Консультирование по вопросам беременности.....	стр. 60
7.3. Современные представления о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.....	стр. 63



8. Особенности консультирования подростков по вопросам ВИЧ-инфекции ..	стр. 67
8.1. Психологические особенности подросткового возраста.....	стр. 68
8.2. Особенности консультирования подростков по вопросам ВИЧ-инфекции	стр. 69
Заключение	стр. 73
Список литературы	стр. 75
Приложения	стр. 81

"Государством гарантируется... доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции... в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием..."

"Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции"

Ст. 4 "Гарантии государства" и ст. 7 "Медицинское освидетельствование" Федерального закона от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)"

ВВЕДЕНИЕ

За годы, прошедшие с момента появления на территории Советского Союза первых случаев заражения ВИЧ, врачи, работающие с этим заболеванием, научились лучше понимать его закономерности, успешнее распознавать и лечить те инфекции, которые развиваются у заразившегося человека по мере ослабления его иммунитета. Были усовершенствованы методы диагностики, а в последние годы возникли новые возможности и надежды, связанные с появлением специфического лечения ВИЧ-инфекции. Это лечение позволяет подавить вирус, продлить период активной жизни заразившихся людей, снизить риск рождения у инфицированной женщины больного ребенка.

Вместе с тем на вопросы "Верите ли вы в близкую победу над СПИДом?", "Когда, по вашей оценке, человечество будет в состоянии эффективно бороться с этим недугом?" руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик В.В.Покровский ответил так: "Когда в 1985 г. я начинал работать со СПИДом, мне казалось, что победа близка. А теперь мне кажется, что она все более и более отдалается. И все более начинаешь понимать, что эпидемия ВИЧ-инфекции в значительной мере связана с пороками человеческого общества, а не со страшными свойствами вируса; он вовсе не такой страшный, но он хорошо приспособлен к недостаткам нашего общества, то есть на самом деле наш общественный строй, наша психология работают в пользу вируса. И это основные движущие моменты эпидемии, поэтому победить будет очень непросто".

Современная медицина добилась выдающихся успехов в самых разных областях теории и практики. Однако все чаще в ее адрес слышатся скептические замечания. Многие люди предпочитают доверять свое здоровье не представителям академической медицины, а народным целителям. Кто-то видит панацею в замене химических препаратов натуральными растительными снадобьями, кто-то - в изучении влияния излучения Земли на организм человека, кто-то - в акупунктуре.



Если задаться вопросом о причинах привлекательности и востребованности нетрадиционных методов лечения, можно сделать один вывод: по-видимому, для того, чтобы не утратить своих позиций, академической медицине необходимо не потерять из виду человека как единое целое. Сегодня медицинские действия ориентированы, прежде всего, на принцип эффективности. Это приводит к тому, что современную медицину справедливо критикуют за "инструментализм" и "бесчеловечность"; ее обвиняют в том, что она "растасшила человека на части".

Появление ВИЧ-инфекции наглядно показало, что привычные подходы к работе с пациентами не позволяют справиться с этим заболеванием. Для предотвращения распространения эпидемии необходимо осознать, что ВИЧ - это, прежде всего, болезнь поведения, а процесс изменения поведения сложен. Простые методы запугивания, изоляции, запрещения в данном случае неэффективны. Нужно учиться разговаривать на темы, связанные с ВИЧ-инфекцией, общаться и обсуждать, получать согласие на проведение того или иного вмешательства.

Авторы этого пособия предприняли попытку создать у читателя целостное представление о ВИЧ-инфекции, о том влиянии, которое она оказывает на жизнь и поведение заразившихся людей и их ближайшего окружения, обозначить подходы к построению эффективной работы с теми, кто оказался так или иначе затронут проблемой ВИЧ/СПИДа.

При изложении материала мы будем часто обращаться к результатам проведенного в рамках проекта "Здоровая Россия 2020" социологического исследования информированности о проблеме ВИЧ/СПИДа медицинских работников, не являющихся специалистами в этой области [20].

При знакомстве с пособием читатели могут испытать определенные трудности - психологический дискомфорт, неловкость, а порой и принципиальное несогласие с излагаемым материалом. Поэтому мы особенно рассчитываем на тех специалистов, чьи личные взгляды опережают коллективные (и, увы, зачастую консервативные) установки, кто осознает необходимость "возвращения к человеку" и лечения "не болезни, а человека".

1. КРАТКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДа



1. КРАТКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

В 1983 году двумя учеными - Люком Монтаньи во Франции и Робертом Галло в США - был выделен вирус, названный впоследствии вирусом иммунодефицита человека. В 1984 году во всем мире количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции измерялось сотнями, и многие исследователи сомневались, что имеют дело с самостоятельным заболеванием, не известным ранее. Однако спустя 10 лет около 2 млн жителей Земли умерли от СПИДа. Человечество ощутило себя беззащитным, что привело к распространению еще одной эпидемии - "эпидемии страха".

Усилия, направленные на создание и внедрение в практику антиретровирусных препаратов, привели к тому, что с конца 1990-х годов в экономически развитых странах было зарегистрировано снижение темпов перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа, а также числа летальных исходов. К этому времени от ВИЧ/СПИДа умерли около 20 млн человек. По своему характеру эпидемия чрезвычайно динамична и изменчива; в настоящее время она затрагивает практически все слои населения. Особенно высокому риску подвержены молодые женщины: по состоянию на декабрь 2003 года, женщины составляли почти 50% всех людей в мире, живущих с ВИЧ/СПИДом. Половина всех новых случаев инфицирования в мире приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет; ежедневно заражаются более 6 тыс. человек.

По оценкам экспертов, за 2003 год количество ВИЧ-инфицированных в мире увеличилось на 5 млн человек - больше, чем за любой предшествующий год. Несмотря на то, что 25 из 38 млн ВИЧ-инфицированных проживают на африканском континенте, самые быстрые темпы роста эпидемии отмечаются в странах Восточной Европы и Азии. На 18 июля 2005 г. у граждан Российской Федерации было зарегистрировано 326193 случая ВИЧ-инфекции. Как и в других странах мира, в России доля женщин среди ВИЧ-инфицированного населения неуклонно увеличивается: в 2004 г. она составила 43%.

Подавляющее большинство российских женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, находятся в репродуктивном возрасте, что объясняет нарастание частоты выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин. В 2002 г. на 100.000 обследованных беременных женщин приходилось 119,2 случая обнаружения антител к ВИЧ. В 2003 году у каждой пятой ВИЧ-инфицированной женщины беременность закончилась родами, хотя за 3 года до этого на такой шаг решились только 3% женщин. К 01.07.2004 г. у 8.820 ВИЧ-инфицированных российских женщин родились дети. Это очень важно, если учитывать постоянно ухудшающуюся демографическую ситуацию в России. Распространение ВИЧ-инфекции среди российских мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), началось в середине 80-х годов: первый ВИЧ-инфицированный был выявлен в 1987 г. До 1995 г. МСМ составляли в России существенную часть (до половины всех зарегистрированных случаев) ВИЧ-инфицированных. Наряду с МСМ, одним из основных "контингентов риска" были также признаны потребители инъекционных наркотиков (ПИН). Начиная с 90-х годов и по сей день среди всех ВИЧ-инфицированных россиян - представителей различных групп риска - ПИН составляют подавляющее большинство (более 70%).

Однако с 2001 г. отмечается тенденция к снижению доли лиц, инфицированных при внутривенном введении наркотиков, и увеличению доли лиц, инфицированных при гетеросексуальных контактах (в мире подавляющее большинство людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, инфицированы именно половым путем).



2. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ



2. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

2.1. Течение ВИЧ-инфекции

Вирус иммунодефицита человека

ВИЧ относится к семейству ретровирусов, подсемейству лентивирусов. Лентивирусы вызывают хронические инфекции (в течение длительного времени с момента инфицирования протекающие без серьезных симптомов), характеризуются персистирующей репродукцией вируса и поражением центральной нервной системы. В настоящее время выделены 2 типа вируса - ВИЧ-1 и ВИЧ-2, - различающиеся по структурным и антигенным характеристикам. В России эпидемия вызвана ВИЧ-1.

Вирусная частица представляет собой нуклеокапсид, окруженный липидной мембраной. В состав нуклеокапсида входят его основные ферменты - обратная транскриптаза, интегразы и протеаза, - а также двунитевая вирусная РНК. В мембрану вируса встроены гликопротеидные комплексы - gp 41 и gp 120.

ВИЧ не отличается высокой устойчивостью в окружающей среде. Он погибает под действием всех известных химических агентов с дезинфицирующей активностью (даже при низких концентрациях), при кипячении (через 1-3 минуты) и практически полностью инактивируется прогреванием при температуре 560 С в течение 30 мин.

Устойчивость ВИЧ во внешней среде

Среда	Температура	Срок гибели ВИЧ
лимфоидные клетки	30°C	3 суток
плазма	23-27°C	7 дней
	54-56°C	5 часов
жидкая среда	36-37°C	11 дней
-----	выше 56°C	30 мин
-----	кипячение	1-3 мин

Считается, что вирус может содержаться почти во всех биологических жидкостях организма. Однако его количества недостаточно для инфицирования, если в этих жидкостях нет примеси крови.

Биологические жидкости, не опасные при контакте в отсутствие примеси крови

- Слезная
- Слюнная
- Потовая
- Моча
- Рвотные массы

Результаты исследования

Медицинские работники, не являющиеся специалистами в области ВИЧ-инфекции, связывали передачу вируса от человека к человеку непосредственно с кровью. Такие биологические жидкости как сперма, тканевая жидкость, слизистые выделения, грудное молоко, а также препараты крови, назывались значительно реже.

Все биологические жидкости, связанные по своему происхождению с лимфой, содержат ВИЧ в высоких концентрациях. Именно вследствие этого одним из путей передачи вируса является половой, а грудное вскармливание существенно увеличивает риск инфицирования ребенка матерью.

Биологические жидкости, опасные при контакте

- Кровь
- Лимфа
- Сперма
- Вагинальные секреты
- Церебро-спинальная
- Асцитическая
- Перикардальная
- Синовиальная
- Грудное молоко (опасно для ребенка)

Жизненный цикл вируса иммунодефицита человека

После попадания в организм человека ВИЧ проникает в клетки-мишени, на поверхности которых расположен CD4-рецептор. Основную массу таких клеток составляют Т-лимфоциты, выполняющие регуляторную роль в иммунном ответе. Для проникновения вируса внутрь клетки необходимо (помимо CD4-рецептора) наличие на ее поверхности корецепторов CCR5 и CXCR4. Помимо этого, ВИЧ способен проникать в клетки, не содержащие CD4-рецептор, что обуславливает вовлечение в патологический процесс различных органов и систем. В клетке на матрице РНК ВИЧ строится ДНК (обратная транскрипция). Она встраивается в геном клетки-хозяина и продуцирует вирусные белки, из которых собираются новые вирусные частицы. Геном ВИЧ ДНК, включенный в геном клетки-хозяина, носит название "провируса". В организме человека, инфицированного ВИЧ, миллиарды клеток могут содержать ВИЧ ДНК.

ВИЧ обладает высокой активностью, продуцируя 10^{10} вирусных частиц ежедневно. При этом обратная транскриптаза делает множество ошибок, синтезируя копии ДНК на матрице РНК ВИЧ. ВИЧ может также подвергаться процессу внутренней рекомбинации. В результате образуется широкий набор вариантов, или штаммов. Если пациент получает недостаточно эффективную антиретровирусную терапию, формируются варианты вируса, устойчивые к препаратам. При "естественном течении" ВИЧ-инфекции выявляется высокая скорость образования и разрушения CD4-лимфоцитов - 10^9 клеток в день. В этой "гонке на выживание" вирус со временем побеждает, поражая иммунокомпетентные клетки. Гибель иммунокомпетентных клеток приводит к формированию иммунодефицита, который проявляется развитием симпто-



мов, связанных с воздействием самого вируса (энцефалопатия, синдром истощения, цитопенический синдром), со вторичными заболеваниями инфекционного (оппортунистические инфекции) и неинфекционного генеза, а также с ВИЧ-связанными заболеваниями.

Клинические проявления ВИЧ-инфекции

На скорость прогрессирования заболевания и его тяжесть могут влиять такие факторы, как возраст и генетические особенности человека, вирулентность индивидуального штамма ВИЧ, наличие инфекций, вызванных другими микроорганизмами, и т.д.. Даже при заражении от одного и того же источника в одних случаях (их около 10%) инфекция прогрессирует быстро, в других - медленно. У некоторых ВИЧ-инфицированных число CD4-лимфоцитов не снижается и СПИД не развивается в течение 7-12 и более лет. В таких случаях (их около 5-10%) говорят о длительном непрогрессирующем течении инфекции.

Клиническое течение ВИЧ-инфекции (более подробно см. в Приложении 3)

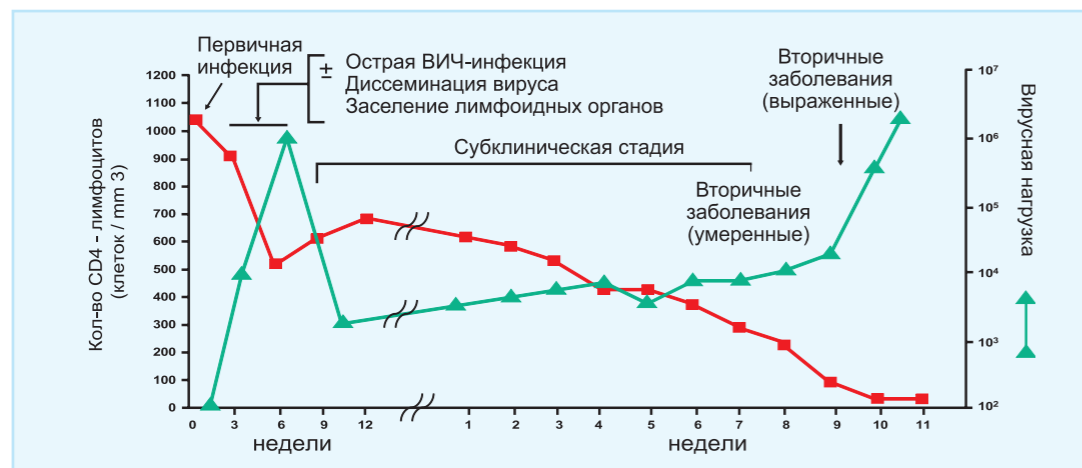


Рисунок 1. Естественное течение ВИЧ-инфекции (без лечения антиретровирусными препаратами) [36].

2.2. Успехи в лечении ВИЧ-инфекции

Результаты исследования

В сознании людей СПИД стоит в одном ряду с самыми опасными, страшными болезнями, не поддающимися излечению. Представление о том, что СПИД неизлечим, может иметь негативные последствия для тех, кто уже заражен, приводить к тому, что они будут пренебрегать лечением, считая его неэффективным.

Данное мнение, скорее всего, отражает представление самих врачей о задачах и возможностях лечения ВИЧ-инфекции. В последнее время достигнут серьезный прогресс в области фундаментальных и клинических исследований ВИЧ-инфекции, что в значительной степени изменило перспективы как для клиницистов и исследователей, так и для больных. **Инфекция**

ВИЧ теперь рассматривается как заболевание, потенциально поддающееся лечению.

Результаты исследования

Уровень осведомленности медицинских работников о способах лечения ВИЧ-инфекции довольно низок. Большинство опрошенных уверены в том, что любая терапия может быть направлена только на смягчение симптомов заболевания. По мнению врачей, ВИЧ-инфицированные пациенты должны укреплять свой иммунитет с помощью иммуномодуляторов. Термин "антиретровирусная терапия" для большей части участников исследования является незнакомым. Те же, кто встречался с этим термином, уверены в том, что антиретровирусные препараты очень дорогостоящи, очень токсичны и наиболее эффективны на начальных этапах болезни.

Антиретровирусные препараты

Результаты исследования

Говоря об антиретровирусной терапии, медицинские работники имели в виду использование иммуномодуляторов; некоторые говорили о химиотерапии.

Современные антиретровирусные препараты могут подавлять размножение вируса и препятствовать прогрессированию болезни. Первым широко применяемым в антиретровирусной терапии препаратом стал зидовудин. За период с 1987 по 1995 гг. были зарегистрированы еще 4 препарата из этой группы. Лекарства применялись в виде монотерапии, а кратность их приема составляла 5-6 раз в сутки. Кардинальных перемен в терапии ВИЧ-инфекции достигнуто не было: монотерапия оказалась недостаточно эффективной, больные продолжали умирать, несмотря на лечение. В 1995 г. были опубликованы результаты двух клинических исследований: при сочетанном применении двух антиретровирусных препаратов (битерапия) частота неблагоприятных исходов ВИЧ-инфекции (переход в стадию СПИДа и смерть) оказалась значительно ниже, чем при монотерапии. Результатом активной разработки новых антиретровирусных препаратов стала регистрация за период с 1995 по 1998 гг. сразу шести препаратов, которые подавляют активность различных ферментов вируса, обеспечивающих образование новых вирусных частиц.

1995 г. считается началом "эры ВААРТ" (высокоактивной антиретровирусной терапии). ВААРТ предполагает назначение трех (тритерапия) и более препаратов из различных групп. Всего за три года - с 1994 по 1997 - в Европе доля больных, не получавших антиретровирусную терапию, сократилась с 37% до 9% [48], а доля получающих ВААРТ возросла с 2% до 64%. С 1994 по 1998 гг., т.е. всего за четыре года, частота перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа сократилась с 31% до 2,5%. Еще заметнее сократилась частота развития вторичных заболеваний [34]. Об эффективности антиретровирусной терапии можно судить, в частности, по таким показателям, как вирусная нагрузка и количество CD4-лимфоцитов. Термин "вирусная нагрузка" используется для обозначения результатов определения количества копий РНК ВИЧ в миллилитре плазмы, выполненного с помощью молекулярных методов. Применение ВААРТ позволяет довести вирусную нагрузку до уровня ниже уровня определения (нижнего порога чувствительности) и существенно увеличивать процентное содержание и абсолютное количество CD4-лимфоцитов на протяжении многих месяцев и лет. В свою очередь, снижение ви-



русной нагрузки является мерой профилактики передачи ВИЧ другому человеку.

Существенной преградой для широкого внедрения ВААРТ является ее высокая стоимость. Результатом совместных усилий ученых разных стран стало налаживание производства и использования так называемых дженериков, стоимость которых в десятки раз ниже, чем у препаратов, изготавливаемых фирмами-разработчиками. По такому пути пошли Индия и Таиланд: купив "формулы" антиретровирусных препаратов, эти страны сами наладили их производство. Помимо антиретровирусных препаратов, в лечении ВИЧ-инфекции используются средства для профилактики и лечения вторичных инфекций, а также для лечения ВИЧ-связанных заболеваний. Используемые на сегодняшний день препараты (иммуномодуляторы) неэффективны.

Установленный факт

У 97% пациентов, получавших ВААРТ в течение четырех лет, вирусная нагрузка не определялась с помощью ПЦР [51].

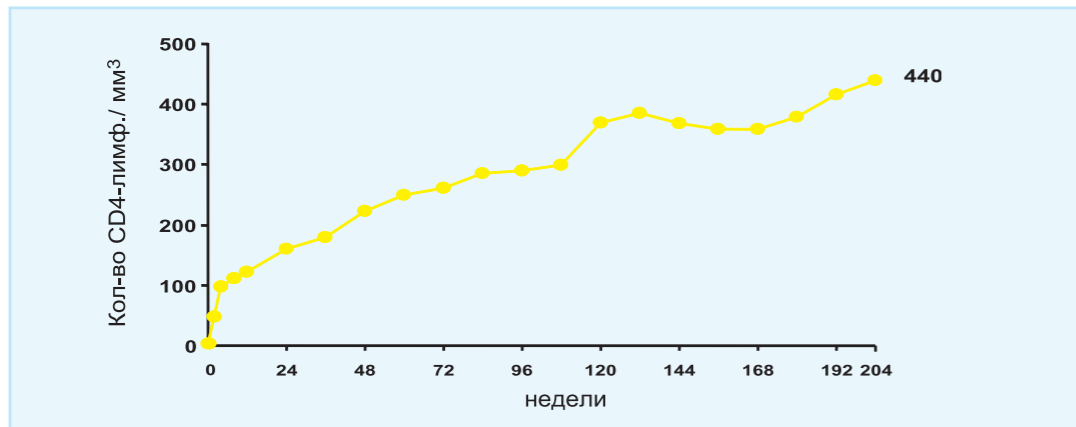


Рисунок 2. Количество CD-4 лимфоцитов на момент начала ВААРТ и через четыре года [51].

Применение высокоактивных препаратов поставило врачей и их пациентов перед новой проблемой - ранняя и отдаленная токсичность. В настоящее время побочные действия антиретровирусных препаратов известны; составлены подробные инструкции о рекомендуемых и не рекомендуемых комбинациях, а также об их взаимодействии с другими лекарственными средствами. Это помогает правильно подбирать пациенту антиретровирусные препараты с учетом и особенностей течения ВИЧ-инфекции, и сопутствующих заболеваний. Наличие побочных эффектов не должно являться причиной, удерживающей от назначения ВААРТ. Несмотря на то, что, как и любая другая терапия, ВААРТ дает побочные эффекты, она при этом спасает жизнь. В начале лечения необходимо обратить особое внимание на возможность снижения побочных эффектов и поддержания приверженности лечению.

Начиная с 2001 г., уже зарегистрированные и вновь появляющиеся антиретровирусные средства адаптируются к одно- двукратному приему. Появляются комбинированные препараты: в состав одной таблетки входят два и три антиретровирусных средства. Сейчас используются несколько схем, основанных на однократном приеме в сутки трех препаратов.





3. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Заражение ВИЧ в большинстве случаев является следствием так называемого рискованного поведения. Поведение, в свою очередь, зависит от целого ряда социально-психологических факторов. Знакомство с некоторыми социально-психологическими особенностями ВИЧ-инфекции позволит нам лучше оценить ситуацию и найти рациональные подходы к профилактике этого заболевания.

3.1. Особенности ВИЧ-инфекции

Инфекция ВИЧ относится к длительно текущим заболеваниям. Несомненные успехи современной комбинированной антиретровирусной терапии позволяют продлить период активной жизнедеятельности пациентов, снизить риск возникновения таких оппортунистических инфекций, как цитомегаловирусный (ЦМВ) ретинит, пневмоцистная пневмония, микобактериальная инфекция, повысить качество их жизни. К примеру, успехи в лечении ЦМВ инфекции снизили риск развития слепоты вследствие ЦМВ-ретинита.

Стигматизация

Стигматизация - это предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или к группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков.

Дискриминация, в отличие от стигматизации, проявляется в прямом ущемлении прав, ставящих одних граждан в худшее положение по сравнению с другими.

В обществе распространено представление о ВИЧ/СПИДе как о самопричиненной болезни. Традиционно передача ВИЧ-инфекции связывается с такими видами поведения, как употребление наркотиков, сексуальная распущенность, "извращенность". Не одобряя подобного поведения, общество винит самих заразившихся в том, что с ними произошло. При этом степень вины в заражении ВИЧ-инфекцией различна. "Невиновными" признаются дети, а также взрослые, заразившиеся внутрибольничным путем и от своих половых партнеров. Остальные - "наркоманы, гомосексуалисты и просто сексуально неразборчивые люди" - считаются "виновными" в заражении.

В отличие от заболевших другими тяжелыми заболеваниями, например, раком или туберкулезом, люди, живущие с ВИЧ, не встречают на уровне повседневного общения сочувствия и сострадания со стороны представителей неинфицированного большинства.

ВИЧ-инфекция рассматривается обществом как порочащее, неуместное, опасное свойство заразившегося человека, то есть становится его стигмой, позорным клеймом. Люди воспринимают ВИЧ-инфицированных как угрозу своей личной безопасности, относятся к ним враждебно, стремятся защититься от них самыми разными способами вплоть до открытой дискриминации и даже изоляции.

Результаты исследования

Большинство опрошенных медицинских работников, говоря о своих чувствах к инфицированным ВИЧ пациентам, подчеркивали, что относятся к ним "нормально", так же как к остальным пациентам, без каких-либо предубеждений.

Многие участники исследования особо подчеркивали, что их отношение к пациенту не зависит от того, инфицирован он или нет. В значительной мере такая позиция мотивируется представлениями медицинских работников об их профессиональном долге. На самом деле речь здесь, скорее, идет о характеристике поведения медицинского работника, нежели о его эмоциональном настрое.

На уровне эмоций врач (медсестра) может стремиться лишь к тому, чтобы быстрее прекратить общение с ВИЧ-инфицированным пациентом. Однако при этом он выполняет все свои профессиональные обязанности так же, как выполнял бы их в отношении обычных больных.

Многие респонденты говорили о том, что пациенты с ВИЧ вызывают у них жалость. Как уже было сказано выше, инфицированные дети вызывают жалость абсолютно у всех участников исследования, воспринимаются как невинные жертвы.

"К взрослым - скорее негативное отношение. К детям иначе. Дети не виноваты, чего к ним плохо относиться, они такими родились" (хирургическая медсестра).

Что касается взрослых пациентов, то и здесь многие из респондентов говорили о том, что те вызывают у них жалость, сочувствие, независимо от причин заражения.

"Жуткая жалость внутри и обида за то, что так получилось, что девочка не успела еще пожить, а уже сломала себе жизнь" (врач акушер-гинеколог).

И все-таки **одной из доминирующих эмоций медицинских работников в отношении носителей ВИЧ является боязнь заражения**. Некоторые переживают внутренний конфликт: теоретически они понимают, что для них риск заражения не высок и в то же время испытывают желание перестраховаться.

Страх в сочетании с невозможностью избежать контактов с ВИЧ-инфицированными пациентами приводит к росту раздражения медицинских работников в их адрес и нежеланию с ними работать.

"У врача есть какая-то досада, что этот пациент ходит именно к тебе. Хочется, чтобы это было подальше от тебя" (врач-терапевт).

Эпидемия ВИЧ стала причиной появления в обществе предубеждения по отношению к зараженным людям. Некоторые зарубежные авторы, писавшие о ВИЧ/СПИДе, для обозначения этого явления использовали термин "истерическое отношение".



В 1990 г. в США было опубликовано социологическое исследование, посвященное изучению так называемой "эпидемической психологии", которая проявляется во время крупных вспышек эпидемий [52]. Автор исследования отмечает, что, подобно войнам и революциям, эпидемии создают атмосферу потери контроля, ввергая общество в "эмоциональный водоворот, который порождает сильные чувства - страх, подозрительность, морализаторство, иррациональность, панику и потребность "немедленно принять решительные меры". Большую роль в поддержании и распространении подобных настроений играют средства массовой информации.

Самым мощным и стойким страхом, проявившимся практически во всех странах в начале эпидемии ВИЧ-инфекции, был страх бытового - воздушно-капельного или контактно-бытового (через общие вещи, посуду) - заражения ВИЧ. Невозможность такого заражения доказана с полной достоверностью.

Установленный факт

С 1987 г. в СССР, а позднее - в России, регулярно обследовали на ВИЧ всех, кто имел бытовые контакты с заразившимися людьми. Были обследованы десятки тысяч человек, и ни одного случая заражения бытовым путем обнаружено не было.

Тем не менее, подобные опасения до сих пор существуют. Время от времени они подпитываются "сенсационными" публикациями и "разоблачениями".

В средствах массовой информации активно обсуждается и проблема "СПИД-терроризма". Этим термином называют поведение ВИЧ-инфицированных людей, которые "специально заражают окружающих вирусом", чтобы "отомстить" обществу. "СПИД-террористам" приписываются самые антигуманные намерения и поступки.

Как звучит тема "СПИД-терроризма" в СМИ

"...зараженные иглы втыкаются в кнопки лифтов, рассыпаются по пляжам, булавочные уколы можно получить на дискотеках, в общественном транспорте. Больные женщины пачкают ручки дверей менструальной кровью".

"Если они не совершают самоубийство, то превращаются в настороженных, замкнутых людей, с которыми очень трудно общаться не только врачам, заинтересованным в контактах с ними, но и близким родственникам".

Даже среди профессионалов встречаются люди, встревоженные слухами о злобной секте, колющей зараженными иглами людей на дискотеках, в транспорте и прочих людных местах.

Если рассматривать эти страхи более детально, то выясняется, что ВИЧ крайне неустойчив во внешней среде и живет только в биологических жидкостях.

Установленный факт

Нередко медицинские работники, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, травмируются различными медицинскими инструментами, в том числе и иглами. Известно около ста таких случаев на территории Российской Федерации. По дан-

ным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, ни одного достоверного случая заражения выявлено не было [24].

В условиях неприязни со стороны окружающих ВИЧ-инфицированные вынуждены вырабатывать особые жизненные стратегии, которые могут быть названы "управлением стигмой" или "изменением поведения в отношении людей, живущих с ВИЧ". Зная об этом, медицинский работник сможет легче понять поведение своих пациентов и в дальнейшем строить лечебно-профилактическую работу с учетом реальной ситуации.

Социологи различают два типа управления стигмой: реактивные и проактивные. Это деление основано на том, принимают заразившиеся люди существующие стигматизирующие нормы или нет [55].

Реактивные стратегии управления стигмой

Реактивные стратегии управления стигмой являются реакцией ВИЧ-инфицированного человека на тяжелую, травмирующую ситуацию, связанную с его болезнью. Они включают в себя защитные попытки избежать воздействия стигмы (или смягчить его), но при этом подразумевают принятие существующих в обществе социальных норм и ценностей, которые и приводят к стигме.

Примерами реактивной стратегии являются утаивание ВИЧ-статуса, представление болезни в качестве другой, менее порицаемой (например, рака).

Проактивные стратегии управления стигмой

Проактивные стратегии бросают вызов стигме и подразумевают неприятие социальных норм, лежащих в ее основе.

Примерами проактивных стратегий являются участие в просветительской работе, цель которой - сформировать в обществе правильные представления о способах передачи ВИЧ-инфекции, и социальный активизм, подрывающий и разрушающий стигму путем формирования в обществе правильного понимания сущности ВИЧ/СПИДа.

Было описано несколько типичных стратегий выживания, выработанных ВИЧ-инфицированными Калининграда. По мнению исследователей, эти стратегии не являются раз и навсегда закрепленными.

Люди с ВИЧ могут придерживаться нескольких стратегий одновременно или, в определенный период жизни, прибегать к наиболее приемлемой в данной ситуации форме поведения.

Стратегии управления стигмой при ВИЧ-инфекции

Стратегии ВИЧ-инфицированных пациентов, направленные на преодоление стигмы

Реактивные

1. Стратегия сохранения анонимности и тайны диагноза

Люди, заразившиеся ВИЧ, стремятся защититься от негативно настроенного окружения, скрывая свой ВИЧ-статус. Раскрытие диагноза зачастую ведет к ущемлению их прав и ограничению возможностей. Когда человек, сам проявлявший стигму в отношении людей с ВИЧ, узнает свой диагноз, он понимает, что оказался на "том самом месте", и точно знает, как общество в большинстве своем относится к людям, подобным ему. Так как любому человеку есть что терять, не каждый готов пройти через все несправедливости, добиться своих целей и при этом не потерять, а приобрести.

2. Игнорирование опасности вируса

Формируется после достаточно продолжительного времени жизни с ВИЧ. Справившись с первыми переживаниями по поводу диагноза, люди вырабатывают у себя восприятие болезни как неопасной и с точки зрения физического самочувствия, и в контексте социальных последствий. Стратегия может развиваться в двух направлениях: 1) конструирования собственных теорий о характере болезни и способах ее лечения; 2) принятия представления о том, что ВИЧ не страшнее многих других опасных инфекций, которыми может заразиться любой.

3. Стратегия физического и социального саморазрушения

Характеризуется принятием распространенного представления о неизбежности скорой смерти после заражения ВИЧ. Эта стратегия вынуждает ВИЧ-инфицированных людей выбирать (сохранять) образ жизни, способствующий физическому и социальному саморазрушению. Такая стратегия распространена преимущественно среди тех, кто до заражения ВИЧ был социально неблагополучен.

Проактивные

1. Стратегия социального активизма

Это особая жизненная стратегия ВИЧ-инфицированных людей, профессионально участвующих в движении по борьбе со СПИДом. Человек, больной ВИЧ-инфекцией, включается в деятельность той или иной СПИД-сервисной организации и воспринимает эту деятельность как свою профессию. ВИЧ-активизм дает ему возможность самореализоваться, позволяет сделать общественную карьеру и сформировать новые практики повседневной жизни. Кроме того, эта стратегия нередко способствует выживанию инфицированного. Активисты получают доступ к дополнительным источникам финансирования, одежды и продуктов питания, к информации по медицинским и правовым аспектам ВИЧ/СПИДа, а также к дорогостоящему противовирусному лечению.

Диагноз "ВИЧ-инфекция" не только наделяет инфицированного человека определенными правами, но и возлагает на него ответственность, закрепленную законодательно. Статьей 122 Уголовного кодекса Российской Федерации, действующего с 1 января 1997 г., было предусмотрено несение ВИЧ-инфицированным человеком уголовной ответственности за заражение других людей. Это привело к тому, что ВИЧ-инфицированные люди начали утаивать свой статус. Однако 21 ноября 2003 г. Государственная Дума приняла закон о внесении дополнений и изменений в УК, в том числе в статью 122. В соответствии с этими дополнениями и изменениями человек, поставивший партнера в опасность заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности в случае, "если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения". Новая формулировка освободила людей, живущих с ВИЧ, от угрозы наказания, которая ранее довлела даже над супружескими парами, где один из супругов был ВИЧ-положительным, а другой - нет.

Однако существует и другой аспект действия права ВИЧ-инфицированных, который регулирует их отношения с официальными учреждениями (к примеру, оказание медицинской помощи учреждениями здравоохранения).

Среди случаев нарушений вертикального действия прав людей, живущих с ВИЧ, чаще всего отмечаются несоблюдение конфиденциальности, дискриминация при предоставлении медицинских услуг, а также несоблюдение действующего законодательства при обследовании на антитела к ВИЧ.

3.2. Выводы

Можно сделать вывод, что **ВИЧ-инфекция влияет практически на все стороны жизни заразившегося человека**. Будучи длительно текущим заболеванием с неблагоприятным прогнозом, она **представляет собой угрозу для его физического состояния**.

Она также **влияет на личность больного**: снижает его самооценку (инфицированный человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей), самоуважение, уверенность в себе. В конечном итоге она изменяет сознание человека.

Примеры из практики

Пациентка Ж., ВИЧ-инфицированная, 26 лет. До обнаружения у нее заболевания она думала о себе как о женщине, матери, жене, педагоге. После того как ей сообщили диагноз, она начала воспринимать себя как "ВИЧ-инфицированную", тяготиться невозможностью вернуться к прежним представлениям о себе.

Пациентка Л., ВИЧ-инфицированная, 24 года. После получения положительного результата теста на антитела к ВИЧ записала в своем дневнике: "Я больше не жена, мать, сестра и дочь. Я теперь пациентка".



При ВИЧ-инфекции меняются взаимоотношения заразившегося человека с окружающими. Диапазон этих изменений достаточно велик.

Примеры из практики

Пациентка И., ВИЧ-инфицированная, 27 лет. Ее отец (профессор медицины) сказал ей "Лучше бы ты умерла", когда узнал о ее диагнозе. Воспоминания об этих словах не оставляют пациентку спустя годы. Она резко сузила круг общения, о своем состоянии может говорить только с врачами, которые ее наблюдают.

Пациент К., ВИЧ-инфицированный, 20 лет. Друзья и родственники стремились полностью контролировать ситуацию, и он чувствовал себя "пленником ВИЧ-инфекции". "Я хотел, чтобы моя подруга оставалась моей возлюбленной, а она стала моей нянькой. Все, о чем она говорила со мной, было связано с моей болезнью".

ВИЧ-инфекция накладывает существенные ограничения на жизненные перспективы человека, на весь его жизненный сценарий. На практике ему приходится сталкиваться с проблемами выбора или смены профессии, профессионального роста, трудоустройства, с вопросами планирования семьи.

ВИЧ-инфекция может влиять и на социальное положение человека: нередко изменяется его социальный статус, повышается правовая уязвимость.

Практически любое заболевание способно нарушить привычные контакты человека с окружающим его миром, лишить прежних перспектив, ограничить трудовую деятельность или, в ряде случаев, сделать невозможным ее продолжение. Однако в ряду многочисленных человеческих недугов ВИЧ-инфекция занимает особое место. Зарубежные авторы считают эту болезнь не только биологически, но и социально злокачественной.

4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ЕГО СООТНОШЕНИЕ С БОЛЕЕ ШИРОКИМ ПОНЯТИЕМ КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРА- НЕНИИ



4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ЕГО СООТНОШЕНИЕ С БОЛЕЕ ШИРОКИМ ПОНЯТИЕМ КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Данное пособие посвящено преимущественно консультированию - профессиональной форме межличностной коммуникации между медицинским работником и пациентом. Предрассудки и дискриминация, присутствующие в медицинской среде, по-прежнему являются самым большим препятствием на пути к использованию услуг нуждающимися в них.

Подготовка медицинских работников по вопросам межличностной коммуникации и консультирования, осуществляемая на должной высоте, повышает доверие клиента и его общую удовлетворенность качеством медико-санитарной помощи. Программа подготовки должна включать такие вопросы, как права людей, живущих с ВИЧ, правила неразглашения информации, навыки консультирования (по психосоциальным вопросам, питанию и гигиене), а также уход на дому. Медицинским работникам необходима информация о процедуре направления на консультации по диагностированию, лечению оппортунистических инфекций и антиретровирусному лечению (если оно доступно), по паллиативному лечению. Им также необходима психологическая поддержка, которая поможет предотвратить "синдром опустошенности" и текучесть кадров.

Медицинские работники в своей профессиональной деятельности давно подняли вопрос о коммуникации, считая его одним из основных. Уже в конце XIX века С.П. Боткин утверждал, что нельзя говорить больному, у которого имеются субъективные жалобы и неприятные телесные ощущения, что он здоров, когда у него отсутствуют объективные признаки болезни. Он считал, что лучше указать пациенту на благоприятное протекание болезни и хороший клинический прогноз. В этом случае между врачом и больным устанавливается должный контакт, возникает доверие, что способствует положительному эффекту от назначаемых лекарств и процедур.

Межличностная коммуникация - это взаимодействие, при котором отправитель и получатель - отдельные люди или супружеские пары. Применительно к здоровью она представляет собой взаимоотношения "врач - пациент", "врач - семья пациента", "пациент - пациент с аналогичным заболеванием" и т.п. Эффективное взаимодействие между медицинским специалистом и пациентом во многом определяется возможностью пациента принимать активное участие в коммуникации.

Программы могут создать необходимые условия для этого, сообщив пациентам об их праве на получение информации и качественных услуг, оказав им поддержку в развитии навыков эффективного взаимодействия с медицинскими работниками, обеспечив медицинским работникам позитивную обратную связь с пациентами, а также предоставив соответствующие образовательные материалы в целях укрепления взаимодействия.

Составными элементами межличностной коммуникации являются слова, язык, информация, заключенная в сообщении, характер сложившихся взаимоотношений между людьми, контекст. Взаимоотношения врачей между собой влияют на их отношение к пациенту. Советы друзей и родственников пациента сказываются на его отношении к лечащему врачу. Содержанием сообщения, которое заключено во фразе медсестры "Примите лекарство", обращенной к пациенту, является необходимость приема лекарства, а взаимоотношения медицинско-

го работника и пациента определяются профессиональным положением медсестры, отношением к ней пациента, их отношением друг к другу.

Сложившиеся взаимоотношения во многом определяют осмысление пациентом этого сообщения. В случае заботливого отношения медсестры к пациенту данная фраза будет воспринята им как простое напоминание. Если отношения натянутые, фраза будет интерпретирована как приказ медсестры, пользующейся своими полномочиями. Фраза врача "Почему больная не получила назначенное ей снотворное?", обращенная к медсестре, при хороших отношениях между коллегами выражает желание получить детальную информацию о состоянии больного; в противном случае она может быть воспринята подчиненной как желание проконтролировать ее работу или даже выговор.

Контекст - это обстановка, в которой проходит коммуникация по поводу здоровья или болезни. В узком смысле речь идет о больницах, поликлиниках и других лечебных учреждениях, об условиях, в которых ведется прием больных (размер помещения, наличие посторонних предметов, уровень конфиденциальности и т.п.). Несомненно, коммуникация в отделении реанимации существенно отличается от коммуникации в терапевтическом отделении. В широком смысле здесь важно отношение отдельных личностей и групп людей к здоровью, учреждениям системы здравоохранения и т.п.

Особое место в практике коммуникации занимает взаимодействие врача с пациентами, больными инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИДом или подозреваемыми у себя эти заболевания. Люди, обращающиеся за услугами, связанными с ВИЧ (например, добровольное консультирование и обследование, лечение ИППП), могут находиться в состоянии сильного психологического стресса и опасаться порицания со стороны семьи или общественности в случае ВИЧ-положительного диагноза. В подобных ситуациях качество коммуникации пациента с медицинским работником приобретает особую важность.

Медицинские специалисты не должны выносить оценочного суждения в отношении поведения и отдельных поступков пациента, обязаны сохранять в тайне информацию о пациенте, внимательно выслушивать и подбадривать пациента, давать точные ответы на его вопросы и оказывать ему всестороннюю поддержку. Программы, в которых четко оговорены требования, обязательные для соблюдения специалистами при работе с пациентами, могут способствовать развитию коммуникативных навыков специалистов. Еще одним важным фактором в этом процессе может стать подготовка специалистов по вопросам коммуникации, ориентированной на клиентов, - как до начала предоставления услуг, так и в ходе работы.

Люди, живущие с ВИЧ, часто сталкиваются с невозможностью воспользоваться медицинскими услугами и с предвзятым отношением к себе со стороны тех, кто эти услуги предоставляет. Боязнь стигматизации (ощущаемая стигма) создает дополнительные барьеры на пути к получению помощи. Стратегия, используемая при решении этих проблем, предполагает формирование у инфицированных людей навыков, которые необходимы им для отстаивания своих прав. К примеру, консультирование по вопросам медико-санитарной помощи, питания и гигиены призвано инициировать среди ВИЧ-инфицированных самопомощь и пропагандировать стратегии позитивного образа жизни, которые придадут им уверенности в решении повседневных вопросов.



Межличностная коммуникация также играет важную роль в создании мотивации у пациентов, в том числе у ВИЧ-инфицированных, обращающихся за лечением, к приему препаратов, соблюдению схемы лечения; она предостерегает их от незащищенного секса и использования общих игл, которые представляют угрозу для других. Поскольку ВИЧ-инфекция является, в первую очередь, болезнью, напрямую связанной с рискованным поведением, в основе ее профилактики лежит изменение поведения людей в сторону менее рискованного.

Большинство случаев ВИЧ-инфицирования в России являются результатом определенных форм поведения: использования внутривенных наркотиков и общих игл; беспорядочных половых связей с множеством партнеров в противоположность основанному на взаимной верности отношениям с одним партнером; осуществление подобных сексуальных контактов без использования презерватива.

Другим важным видом межличностной коммуникации является коммуникация между медицинским работником и семьей пациента. Проведенные ведущими зарубежными учеными исследования продемонстрировали важную роль ближайшего социального окружения (семьи, друзей) в процессе лечения больного. Например, в ходе исследования потребностей супругов пациентов, проходящих лечение, выявилось, что лишь 15 % из них ощущали поддержку со стороны медицинских работников. 45 % членов семей, принимавших участие в исследовании, отмечали трудности с доступом к информации. Проблемы, с которыми они сталкивались, включали в себя: получение конкретных ответов от терапевта, возможность посещения терапевта, получение информации по телефону, получение ежедневной информации от медицинских работников о развитии болезни у пациента [52].

Члены семьи рассматривались как первая линия защиты в деле поддержки других членов семьи в период кризиса. Члены семьи, наравне с другими авторитетными людьми, способны повлиять на поведение пациента в отношении здоровья, на его способность противостоять болезни и следовать курсу лечения. Для того чтобы оказывать поддержку, члены семьи нуждаются в информации. Как правило, либо контакты членов семьи с медицинскими работниками ограничены и они получают с их стороны мало поддержки, либо информация о статусе пациента ограничена/"контролируется". Именно поэтому особое внимание необходимо уделять семьям пациентов и применению в отношении них коммуникативных стратегий.

Помимо консультирования или межличностной коммуникации **с пациентами и членами семей**, существуют другие возможные пути достижения изменения поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Это информационные кампании на радио и телевидении, семинары, тренинги, обучение по принципу "равный - равному" и школьные образовательные программы, мобилизация общественности и коммуникация в рамках лечебного учреждения. Все это - формы коммуникации для изменения поведения (КИП). КИП - постоянно расширяющаяся область, которая возникла из социологии, психологии и таких дисциплин, как журнализм и маркетинг.

В широком аспекте КИП - это основанный на исследованиях консультативный процесс улучшения знаний, формирования установок и поведения путем выявления, анализа и сегментирования аудиторий и участников программ, а также предоставления им адекватной информации и мотивирования их с помощью хорошо прописанных стратегий, использования соответ-

ствующего сочетания межличностных, групповых и медийных каналов" [49].

Коммуникация в рамках лечебного учреждения представляет собой расширенный консультативный процесс с использованием в качестве площадки для обучения медицинского учреждения как такового. Это очень важный компонент КИП, который часто упускается из виду. Коммуникация в рамках лечебного учреждения может включать использование плакатов, презентаций и бесед, объявлений, дискуссий и т.п., дополняемых буклетами и другими информационными материалами, которые пациенты могут взять с собой домой.

Для реализации кампании КИП важно использовать достаточное количество ресурсов. Было бы очень полезно: проводить политику, защищающую тайну пациента и создающую атмосферу уважения и симпатии к нему; организовать работу медицинского учреждения таким образом, чтобы обеспечить конфиденциальность; поощрять сотрудников за включение в процедуру приема пациентов, наряду с консультацией по лечению болезни, вопросов, затрагивающих социально-психологические аспекты болезни; выстроить деятельность учреждения таким образом, чтобы усилить его обучающие возможности.

Мобилизация общественности - ближайшего социального окружения или местных сообществ и семей - позволяет значительно повысить эффективность коммуникации. Упрочение коммуникации и отношений партнерства между медицинскими работниками и общественностью оптимизирует возможность предоставления медицинских услуг на долгосрочной основе, что в наибольшей степени отвечает региональным потребностям.

Мобилизация общественности может сыграть важную роль в повышении качества предоставляемых услуг. Население должно быть задействовано в проектировании, реализации и мониторинге местных мероприятий, направленных на расширение сферы услуг или повышение их эффективности.

В ряде российских регионов - в Томской, Тверской, Пермской областях, в Алтайском крае, на Дальнем Востоке - общественные организации проводят работу, направленную на расширение диалога между медицинскими работниками и пациентами. Команды, в состав которых входили медицинские работники, представители общественности из местных организаций, представители законодательно-исполнительной власти, выявляли проблемы и устраняли их, мобилизовывали местные ресурсы, обеспечивали повышение качества медицинских услуг и спрос на более эффективные услуги в сфере репродуктивного здоровья.

Вовлекать общественность необходимо для того, чтобы обеспечить ее сопричастность и эффективно использовать региональные ресурсы, включая финансовые и кадровые, для повышения качества услуг. В настоящее время существует множество стратегических подходов и соответствующих материалов, которые могут быть адаптированы для использования в процессе мобилизации общественности. При этом медицинским и иным работникам в регионах подчас бывают необходимы навыки работы с группой, помогающие мотивировать и направлять деятельность представителей населения. Например, мероприятия, включающие общение с ВИЧ-инфицированными людьми, помогают бороться с предвзятым отношением к ним благодаря тому, что такое общение начинает рассматриваться как "нормальное". При этом у людей рассеивается боязнь инфицирования через бытовые контакты.



Мероприятия предполагают разработку программы подготовки членов семей и волонтеров из числа населения по вопросам ухода на дому. Программа должна включать технические рекомендации, а также рекомендации по борьбе с предвзятым отношением со стороны населения и по тому, как справиться с мыслью о надвигающейся смерти. Охват общественности, включая публичные выступления инфицированных людей, может пройти успешно при условии правильной подготовки и выбора подходящего времени.

Люди, живущие с ВИЧ, могут также обучаться межличностной коммуникации/консультированию, разработке материалов поддержки, формированию навыков ведения психосоциальных переговоров и адвокации, что повысит их умение находить необходимую медико-санитарную помощь и проявлять настойчивость при общении с медицинскими работниками.

Коммуникация в области здравоохранении через средства массовой информации связана с государственными и региональными программами по здравоохранению и кампаниями по пропаганде здорового образа жизни. Коммуникация через СМИ включает в себя изменение знаний и осведомленности населения, а также поддержку изменений общественных норм поведения в отношении здоровья, продвижение идей здоровья и здорового образа жизни. Такая форма коммуникации базируется на использовании технологий для тиражирования и передачи сообщений.

Вовлечение СМИ может оказаться мощным рычагом повышения эффективности услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом. Радио- и телеролики, игровые эпизоды, а также социальные рекламные ролики, направленные на моделирование поведения, могут способствовать формированию положительных норм и повышению эффективности работы медицинских работников, увеличению в медицинских клиниках числа пациентов, которые стремятся к здоровому поведению.

Создавая спрос на услуги, программы могут использовать обычные методы или же метод "создания брэнда". Его последовательная реализация получила название "социального франчайзинга". Создание брэнда, или социальный франчайзинг, предполагает рекламу услуг посредством логотипа или символа, отражающего их специфические характеристики (например, клиники, дружественные к молодежи и т.п.). Чтобы использовать брэнд или логотип, сотрудники учреждения должны пройти обучение и, как правило, модернизировать используемое оборудование, взять на вооружение определенные, заранее установленные стандарты работы, пройти процесс оценки, сертификации и аккредитации, а также периодически проходить инспекции, которые призваны подтверждать соблюдение ими параметров качества, необходимых для сохранения франшизы.

Кампании в СМИ способствуют созданию спроса на услуги, предоставляемые сертифицированными медицинскими учреждениями, а также знакомят общественность с достижениями специалистов. Однако разработчики программы должны проявлять осмотрительность в тех случаях, когда среди населения все еще существуют предрассудки и предубеждения. Реклама услуг по профилактике и лечению ИППП/ВИЧ/СПИДа может привести к обратному результату, когда люди решат не обращаться за этими услугами во избежание стигматизации.

Значительной является роль СМИ в формировании у людей, живущих с ВИЧ, мотивации к ле-

чению. Некорректное освещение в СМИ программ по антиретровирусному лечению может нанести существенный ущерб самим программам и отрицательно сказаться на ВИЧ-инфицированных, на тех, кто принимает решения, а также на широкой общественности. Например, крайне важно проводить разграничительную линию между терминами "лечение" и "выздоровление".

Журналистам СМИ нет необходимости понимать все тонкости медицинской терминологии, однако они должны владеть полным объемом информации в отношении антиретровирусного лечения и его воздействия на ВИЧ-инфицированных.

Разработчики программ могут провести брифинг с журналистами при запуске новой программы или же проекта по расширению доступа к лекарственным препаратам. В ходе брифинга необходимо четко объяснить представителям СМИ, что программа сможет предоставить доступ ограниченному числу людей в определенном географическом регионе, где она будет разворачиваться. Расширение доступа станет возможным лишь после того, как антиретровирусное лечение начнут предоставлять повсеместно и будет создана система для его поддержки.

Коммуникативные кампании в СМИ, направленные на просвещение общественности, являются мощным средством борьбы со стигмой посредством подачи ВИЧ/СПИДа как "обычной" инфекции, которой может заразиться любой. Однако такие программы не должны повторять ошибки, допущенные в 1980-х и начале 1990-х годов, когда в результате выделения так называемых "групп повышенного риска" существующие предубеждения закрепились, а стереотипы упрочились.

СМИ должны оказывать поддержку ВИЧ-инфицированным, борясь с предрассудками при помощи ролевых моделей, которые рекламируют позитивное поведение, здоровый образ жизни и подчеркивают тот факт, что болезнь может поразить каждого.

Комплексные и стратегические планы коммуникации могут включать одновременно СМИ (в том числе теле- и радиоролики), игровые эпизоды в телесериалах, развлекательные шоу, брошюры и памфлеты, рекламные щиты и объявления; театральные представления в населенных пунктах; мероприятия, предполагающие участие неформальных лидеров и людей, живущих с ВИЧ, в качестве ролевых моделей.

Одним из составных элементов кампании должна стать разработка руководств для представителей СМИ и подготовка журналистов, радио- и телекорреспондентов по вопросам освещения проблемы ВИЧ/СПИДа в целях предотвращения предубеждений, неправильной подачи информации и появления противоречивых сообщений.

В дополнение к межличностной коммуникации, коммуникации через СМИ и коммуникации в клинических условиях существуют две другие формы коммуникации в сфере здравоохранения - общественная и организационная:

- **Общественная коммуникация** - это презентации, доклады и другие мероприятия на темы здоровья, адресованные широкой общественности. Такой вид коммуника-



ции, как правило, используется для адвокации изменений или для поощрения людей за оказанные услуги.

- **Коммуникация по поводу здоровья в организации** означает взаимодействие по нескольким поводам: управление лечебным учреждением, взаимоотношения между сотрудниками, внутренний климат организации. В малых группах коммуникация по вопросам здравоохранения имеет форму планерок по вопросам лечения, отчетов сотрудников, комиссий по контролю качества.

5. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ - ПУТЬ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ



5. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ - ПУТЬ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ

С учетом богатого опыта стран, столкнувшихся с ВИЧ/СПИДом раньше России, а также на основе проведенных наблюдений были разработаны подходы к консультированию при обследовании на антитела к ВИЧ и по мере прогрессирования заболевания.

Консультирование тесно связано с особенностями эпидемической ситуации. Это живая развивающаяся система, чутко реагирующая как на повседневные проблемы медицинской практики, так и на изменения ситуации во всем мире. К примеру, вовлечение в эпидемический процесс ПИН привело к разработке специальных стратегий консультирования.

Появление специфической терапии ВИЧ-инфекции потребовало создания и внедрения новых подходов, направленных на повышение приверженности пациентов лечению. Рост среди людей, живущих с ВИЧ, доли женщин диктует необходимость дальнейшего развития консультирования с учетом интересов этой группы населения.

5.1. Определение понятия "консультирование" и общие принципы консультативной работы

Согласно определению, данному в глобальной программе ВОЗ по борьбе со СПИДом, консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа - это конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, дающий обратившемуся возможность преодолеть стресс, а также принять решение относительно ВИЧ-инфекции. Из определения следует вывод, что консультирование является методом не только профилактики ВИЧ-инфекции, но и оказания эмоциональной, психологической поддержки всем, кого затронула эта проблема.

Важно, что в данном определении приоритеты расставлены следующим образом: сначала преодоление стресса, а затем принятие решения относительно ВИЧ-инфекции, т.е. непосредственная профилактика заболевания.

Если профилактическая составляющая консультативного процесса является для медицинских работников привычной и не вызывает возражений, то при упоминании психологической поддержки возникает по меньшей мере целый ряд уместных вопросов.

Вопрос первый: "Что такое психологическая поддержка?"

Поддержать психологически (эмоционально) означает:

- проявить уважение к обратившемуся за помощью человеку независимо от его личных качеств, а также от того, болен он или здоров;
- создать во время беседы атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания.

Вопрос второй: "Зачем нужно оказывать психологическую поддержку?"

Основные характеристики психологической поддержки

Она дает возможность обратившемуся человеку преодолеть тревогу и страх.	Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать. Поэтому если медицинский работник хочет быть услышанным, понятым и заинтересован в результатах своего труда, ему важно осознать необходимость оказания пациенту эмоциональной поддержки.
Она повышает степень самоуважения человека.	Если ВИЧ-инфицированный человек не уважает себя и не ценит собственную жизнь, трудно научить его уважать окружающих и оберегать их от заражения. Это та редкая форма коррекции, которая без помощи лекарств позволяет влиять на самооценку людей, их представление о самих себе. Следовательно, в процессе консультирования можно изменять и поведение, в том числе в отношении ВИЧ-инфекции, то есть непосредственно заниматься профилактикой заболевания.
Поддержка выгодна как пациенту, так и медицинскому работнику.	В конечном итоге повышается качество жизни обоих участников процесса консультирования. Пациент чувствует защищенность, обретает психологическую устойчивость. Врач работает эффективно, получая от своей работы удовлетворение.

Вопрос третий: "Кто может оказывать психологическую поддержку и вообще заниматься консультированием?"

Широко распространено мнение, что консультирование - удел психологов и психотерапевтов.

Установленный факт

Врачи любой специальности, ежедневно работая с пациентами, волей-неволей, осознанно или нет, общаются с ними, что создает предпосылки для консультирования. Даже если врач не считает себя консультантом, но по долгу службы рекомендует пациенту сдать кровь на ВИЧ, он должен обладать навыками консультирования.

Важно понять, какие барьеры мешают принятию идеи о том, что снятие стресса - необходимая часть врачебной работы. Самый главный барьер - нежелание выйти за пределы профессионального стереотипа. Однако в практике любого медицинского специалиста могут возникнуть проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией, и он должен уметь сориентироваться в подобной ситуации.



В основе эффективного консультирования лежат несколько принципов:

- каждый человек важен, ценен как таковой и заслуживает уважения;
- каждый человек в состоянии отвечать за свои поступки;
- каждый человек имеет право принимать самостоятельные решения;
- каждый человек имеет право выбирать ценности и цели.

На первый взгляд, перечисленные утверждения носят общий гуманистический характер и не имеют прямого отношения к повседневной врачебной работе. На самом же деле, когда встает вопрос о том, почему один врач в своей деятельности успешен, а другой нет, значение этих, казалось бы, абстрактных принципов становится очевидным.

Установленный факт

*Врач, личные установки которого вступают в противоречие с идеологией консультирования, не может быть достаточно эффективным в своей деятельности, так как испытывает затруднения и психологический дискомфорт при установлении контактов с пациентами, может формально отнестись к своей работе. В конечном итоге профессиональная деятельность такого врача оказывается недостаточно успешной, так как **его представления о лечебно-диагностической ситуации не всегда совпадают с реальностью.***

У врача любой специальности, в силу специфики его профессии, постепенно формируется представление, что именно он должен принимать решение о том, что нужно пациенту. Несомненно, в ряде случаев, особенно при оказании неотложной медицинской помощи, так и происходит.

Однако опыт работы с людьми, так или иначе затронутыми проблемой ВИЧ/СПИДа, показывает, что стереотипы врачебного мышления, в соответствии с которыми обратившемуся за помощью человеку отводится традиционно пассивная роль, нуждаются в пересмотре. В некоторых случаях желание принять на себя всю полноту ответственности за пациента, решить проблему за него, недостаточный учет его мнения и выбора могут привести к ситуации, которая покажется врачу безвыходной.

Пример из практики

*Специалистам одного из региональных Центров профилактики и борьбы со СПИДом было поручено написать подробную информационную листовку о том, что нужно предпринимать потерпевшему в случае изнасилования. При работе над материалом врачи столкнулись с затруднениями. В частности, для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией нужно было рекомендовать потерпевшему удалить следы насилия, провести санитарную обработку, обратиться в Центр профилактики и борьбы со СПИДом. В то же самое время для медицинского освидетельствования нужно оставлять все как есть. Реальный выход был найден в рамках консультирования. **Право выбора остается за потерпевшим:** только он может решить, что для него важнее - заниматься профилактикой ВИЧ или отстаивать свои законные интересы в судебном порядке. Обязанность составителей листовки в данной ситуации заключается в предоставлении всей необходимой информации.*

5.2. Условия успешной консультативной работы

Консультирование - это двустороннее общение, в процессе которого медицинский работник помогает пациенту принять информированное решение. Обучение консультированию должно стать неотъемлемой частью специальной подготовки медицинских специалистов.

Конфиденциальность - основа консультирования

Консультирование невозможно, если пациент не доверяет медицинскому работнику. С пациентом нужно обязательно обсудить вопрос конфиденциальности. **Врач вправе использовать информацию о пациенте только в профессиональных целях.** Врач не вправе распространять сведения о пациенте с другими намерениями. Вся медицинская документация должна храниться в недоступных для посторонних местах. Результаты медицинских исследований по телефону сообщаться не должны. Пациенты вправе знать, кому и в каком виде конфиденциальная информация будет передана.

Когда возникает необходимость поделиться полученными от пациента сведениями с его родителями, учителями, супругой/супругом, врач обязан поставить пациента в известность об этом. Если тот не возражает, то вопрос конфиденциальности из этического превращается в сугубо профессиональный.

Результаты исследования

На практике медицинские работники, не являющиеся сотрудниками специализированных учреждений по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным, обсуждают друг с другом пациентов, живущих с ВИЧ. Эти случаи не рассматриваются ими как разглашение информации. Основной целью таких обсуждений является предупреждение коллег о возможности заражения. Иногда обсуждение ВИЧ-инфицированных пациентов, в том числе и с коллегами, имеет своей целью эмоциональную разрядку ("выпускание пара"), например, в случае, когда пациент сообщает о своем диагнозе уже после того, как врач его осмотрел.

Совет

*В самом начале консультирования важно обговорить условие конфиденциальности: **"Все, о чем мы с вами будем говорить, останется между нами, если вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-либо еще"**. С одной стороны, это способствует уменьшению тревоги у консультируемого, а с другой - установлению контакта, необходимого для успешной беседы.*

Достаточное время

Медицинскому работнику необходимо достаточно времени для того, чтобы установить с пациентом контакт и достичь взаимопонимания. Они важны как для собственно консультирования, так и для того, чтобы обратившийся человек осознал необходимость изменения своего образа жизни в отношении ВИЧ-инфекции. Зачастую медицинские работники сомневаются в



том, что при нехватке времени, которую они испытывают, им удастся должным образом проконсультировать пациентов. Эти сомнения могут быть связаны и с недостатком практических навыков, и с психологической защитой врачей и медсестер от попыток изменить их профессиональные стереотипы и расширить навыки. С опытом, как правило, приходит осознание выгоды от применения консультирования в повседневной практике и умение структурировать беседу, распределяя время таким образом, чтобы его хватило и на работу с первично обратившимся пациентом, и на повторные консультации.

Совет

В некоторых случаях полезно заранее обговорить время, которым консультант располагает для беседы. "У нас сегодня есть 10 минут. Какие вопросы вы считаете наиболее важными?"

Доброжелательное и благосклонное отношение

Важно дать понять обратившемуся за консультацией человеку, что, независимо от его образа жизни, сексуальных предпочтений, этнических и религиозных особенностей, консультант настроен по отношению к нему доброжелательно и благосклонно. Вполне естественно, что медицинский работник может отрицательно относиться к некоторым формам поведения, например, к употреблению наркотиков. Однако **привнесение личных мотивов в консультирование, как, впрочем, и в любую другую профессиональную деятельность, не позволяет осуществлять ее на должном уровне.**

Доступность изложения информации

Любая информация, которую сообщает консультант, должна быть последовательна и изложена простым, понятным языком.

Совет

Опытные консультанты просят своих пациентов коротко повторить основные положения беседы. Это придает им уверенности в том, что их информация была правильно понята.

Доступность консультации

Консультация должна быть доступной. Люди, нуждающиеся в консультации, должны знать, что они всегда могут попросить о встрече или связаться с врачом.

Владение навыками установления контакта

Одним из важных условий успешного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции является владение навыками установления и поддержания контакта.

Правила продуктивного слушания

Старайтесь не прерывать собеседника.	Прежде чем ответить, дайте собеседнику возможность высказаться. Своим поведением подчеркните, что вам интересно его слушать. Если вам недостаточно полученной информации, попросите повторить или пояснить то, что не совсем понятно.
Предоставьте собеседнику время.	Чтобы человек выразил свою мысль до конца, предоставьте ему время и возможность высказаться.
Не давайте собеседнику понять, что его трудно слушать.	Напротив, проявите по отношению к нему полное внимание и расположение. Случайного кивка, восклицания или замечания будет достаточно, чтобы подчеркнуть вашу заинтересованность.
Избегайте поспешных выводов.	Это один из главных барьеров для эффективного общения. Воздержитесь от скороспелых оценок и постарайтесь до конца понять точку зрения собеседника или ход его мыслей.
Не заостряйте внимание на речевых особенностях собеседника.	Иногда собеседник может казаться вам слишком медлительным, монотонным, надоедливым. Однако это не повод для того, чтобы проявлять нетерпение в общении с ним. Вас не должны отвлекать манеры и особенности речи пациента.
Спокойнее реагируйте на высказывания собеседника.	Если один из собеседников чрезмерно возбужден, это влияет на восприятие другого. В таком случае срабатывают эмоциональные барьеры. Врач может найти себе моральную поддержку в полном отрицании того, о чем говорит пациент. Хороший слушатель сдерживает волнение, не отвлекается на мелочи, а извлекает суть из высказываний собеседника.
Не отвлекайтесь.	Плохого слушателя все отвлекает: звуки с улицы, телефонные звонки, хождение людей мимо открытой двери. Хороший слушатель либо сядет так, чтобы не отвлекаться, либо сконцентрирует свое внимание только на словах собеседника.

Деятельность медицинского работника неизбежно связана с общением. Для достижения успеха в профессии важно осознавать необходимость владения навыками эффективного ведения беседы с пациентами.



Установленный факт

Пациенты безошибочно чувствуют внутренний настрой врача, его к ним отношение. Нет и не может быть такой техники, которая заменила бы искреннее внимание к человеку.

Личные качества, способствующие успешному консультированию

Гибкость	Умение реагировать на потребности пациента.
Интерес к человеку	Открытость в отношениях с людьми.
Внимательность	Умение понимать чувства других людей и демонстрировать им это.
Толерантность	Способность воспринимать разнообразие во мнениях, понимать, что человек имеет право думать иначе.
Коммуникабельность	Склонность и умение свободно высказывать свое мнение при обсуждении, не давя при этом на окружающих и аргументируя свою мысль.
Доброжелательность	Спокойное восприятие возможных ошибок собеседника в оценке фактов, в логике рассуждений. Желание и умение побуждать пациентов пояснять и уточнять свои мысли.
Позитивность	Положительное отношение, непредубежденное восприятие мнений и взглядов других людей.
Энтузиазм	Неравнодушие к процессу консультирования, умение получать удовлетворение от этой работы.

5.3. Выводы

ВИЧ-инфекция - болезнь, связанная с поведением человека. Чтобы изменить эпидемическую ситуацию, необходимо изменить на менее рискованное поведение людей в отношении этой болезни.

В первую очередь изменить поведение должны медицинские работники. Для успешной про-

филактики ВИЧ/СПИДа необходимо преодолеть барьер молчания и включить в свою повседневную работу консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Очень важно собственное отношение медицинского работника к проблеме ВИЧ-инфекции.

Установленный факт

Врач, который уверен в том, что ВИЧ-инфекция приводит к быстрой и мучительной смерти, испытывает перед этим заболеванием страх и может внушить его своему собеседнику. Это отрицательно повлияет не только на результат беседы, но и на эмоциональное состояние пациента.

Результаты исследования

Большая часть участников исследования имела опыт консультирования пациентов по вопросам ВИЧ/СПИДа. Врачи, не специализирующиеся на вопросах ВИЧ/СПИДа, обсуждали их со своими пациентами в основном эпизодически.

Сами врачи, как правило, не придают консультативной деятельности особо высокого значения: они не относят ее к своим основным профессиональным обязанностям и не чувствуют со стороны пациентов выраженного запроса на получение информации о ВИЧ/СПИДе.

Выводы, которые можно сделать на основании данных опроса, очевидны: каждый медицинский работник должен, в первую очередь, изменить собственное поведение, осознать важность проблемы ВИЧ/СПИДа, повысить осведомленность о ней и о консультировании, принять решение об использовании консультирования в работе.

По мнению медицинских работников, принявших участие в опросе, обсуждение пациентом вопросов ВИЧ/СПИДа с врачом не является проявлением отвлеченного любопытства. В подавляющем большинстве случаев пациенты обращаются с этими вопросами к врачу либо будучи напуганными возможностью заразиться, либо опасаясь, что заражение уже произошло.

Среди медицинских работников довольно широко распространена точка зрения, что вопросы пациента о ВИЧ/СПИДе, скорее всего, свидетельствуют о том, что человек практикует поведение высокого риска. Эта точка зрения основывается на личном опыте врачей (по их словам, вопросы о ВИЧ/СПИДе действительно чаще всего задают люди, практикующие рискованное поведение).

По отношению к пациентам, интересующимся проблемами ВИЧ/СПИДа, медицинских работников можно разделить на две группы. Представители первой группы воспринимают такие вопросы как проявление здоровой любознательности, заботы человека о себе. Однако гораздо более многочисленна вторая группа, представители которой начинают настороженно относиться к пациенту, подозревая, что он может быть инфицирован.

По-видимому, для успеха профилактической работы врачу любой специальности важно осоз-



нать целесообразность обсуждения с пациентами вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией. Тем более **что консультирование в нашей стране закреплено законодательно.**

В Федеральном законе "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", который был принят Государственной Думой 30 марта 1995 г., оговорено, что тестирование на наличие в крови антител к ВИЧ должно сопровождаться консультированием. То есть любой врач, назначивший своему пациенту анализ крови на антитела к ВИЧ, по закону должен провести консультирование.

6. КОНСУЛЬТИ- РОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ВИЧ

6. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ВИЧ

6.1. Порядок обследования на ВИЧ в Российской Федерации

Федеральным законом РФ №38-ФЗ от 30.03.95 г. "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" определяется, что любой гражданин РФ может обследоваться на предмет наличия у него антител к ВИЧ:

- добровольно (п. 3 ст. 7);
- бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 7 ст. 7);
- анонимно по желанию (п. 2 ст. 8);
- с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции (п. 6 ст. 7).

При желании лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право пройти повторное медицинское освидетельствование в любом учреждении здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования (ст. 12). Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет может проводиться по просьбе или с согласия родителей (законных представителей) (п. 5 ст. 7).

Есть категории лиц, которые должны проходить обязательное медицинское освидетельствование для выявления у них ВИЧ-инфекции (см. Приложение 1). Граждане, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, или в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, подлежат депортации из России. В настоящее время многие министерства и ведомства по собственной инициативе расширяют круг лиц, подлежащих обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию, что является прямым нарушением положений Федерального закона.

Установленный факт

*Широко распространена практика тестирования больных на ВИЧ перед госпитализацией для проведения хирургических вмешательств. Оправданием для этого служат следующие доводы: существует большой риск заражения для медработников; этот риск можно снизить, только если знать ВИЧ-статус пациента. Однако **нет никаких данных в пользу того, что знание ВИЧ-статуса пациента помогает медицинским работникам снизить личный риск.** Вероятность передачи ВИЧ во время травм, сопровождающих медицинские манипуляции, не превышает 0,3%. В то же время для гепатита В эта вероятность составляет примерно 25%. Риск передачи ВИЧ можно уменьшить с помощью общепринятых мер предосторожности. Эти же меры эффективны против гепатита В и других инфекций [26]. С другой стороны, **знание ВИЧ-статуса пациента часто создает чувство ложной безопасности у персонала, делая его уязвимым перед инфекциями.** Если, к примеру, операция проводится пациенту, недавно инфицированному ВИЧ, у него еще не выработались антитела и результат теста отрицательный. Кроме того, у пациента могут быть другие инфекции, представляющие опасность для жизни медицинского работника (вирусные гепатиты В и С, HTLV-I). **Инфекционный контроль должен быть универсальным и не зависящим от результатов тестирования пациента.***

Что дает тестирование на ВИЧ

Сдавшему тест	<p>При положительном результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Доступ к необходимому медицинскому уходу - определение стадии ВИЧ-инфекции, назначение антиретровирусной терапии, профилактика оппортунистических заболеваний, вакцинация, обследование на наличие других ИППП и туберкулеза, прочие медицинские процедуры. • Осознанную возможность изменить свое сексуальное поведение с целью уберечь других людей от заражения. • Шанс разумно перепланировать свою жизнь исходя из новых обстоятельств. <p>При отрицательном результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мотивацию изменить поведение для предотвращения ВИЧ-инфицирования в будущем. • Медицинский уход в связи с другими заболеваниями, не связанными с ВИЧ. • Возможность получить консультирование по проблеме ВИЧ/СПИДа и связанного с ней рискованного поведения.
Другому человеку	<p>Бывает, что от тестирования одного человека напрямую зависит здоровье другого. Если у беременной женщины получен положительный результат теста на ВИЧ, специальные меры профилактики могут снизить риск инфицирования будущего ребенка. Добровольное тестирование беременных женщин помогает вовремя предложить им профилактическое лечение, необходимое для сохранения здоровья будущего ребенка.</p>
Общественному здравоохранению	<p>Тестирование на ВИЧ гарантирует безопасность донорской крови и органов. Эпидемиологические данные необходимы для разработки эффективных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.</p>

Тестирование на антитела к ВИЧ - это не то же самое, что профилактика ВИЧ-инфекции. Само по себе получение результата анализа не гарантирует изменения поведения. Единственное, что связывает тестирование с принятием решения об изменении поведения, - это качественное до- и послетестовое консультирование.

Часть медицинских работников до сих пор тешат себя иллюзией, что для решения большинства проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, достаточно лишь протестировать все население Российской Федерации. Даже если не принимать во внимание принципиальную невозможность проведения подобного обследования, полученный результат никаким образом не поможет профилактике заболевания.

Результаты исследования

*Направление пациентов на анализ на ВИЧ является процедурой, воспринимаемой медиками как элемент повседневной практики, а не как чрезвычайное событие. **Большинство опрошенных считают, что для направления больного на анализ на ВИЧ не обязательно заручаться его согласием.***



Практика забора крови на исследование при отсутствии предварительного согласия пациента или вообще без его ведома является неправильной. Подобные действия врачей по существу незаконны, т.к. нарушают права граждан, и могут быть обжалованы в суде. Отсутствие судебных разбирательств носит временный характер, а вероятность их появления возрастает по мере повышения информированности пациентов и роста их правового самосознания. Консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ является обязательным по закону, и владеть навыками консультирования, равно как и проводить его до и после тестирования на ВИЧ, должен врач любой специальности. Более того, общепринятым в клинической практике должно стать получение зафиксированного на специальном бланке информированного согласия пациента (см. Приложение 5).

Глубоко личный, интимный характер вопросов, задаваемых консультантом во время беседы с пациентом, и вполне понятная сдержанность пациента при ответе на эти вопросы требуют от консультанта такта, терпеливого и внимательного разъяснения причин, которые побуждают его задавать пациенту вопросы личного свойства, а также заверений в соблюдении конфиденциальности.

Врач должен быть готов к тому, что обратившийся:

- будет слишком напуган и растерян, чтобы осознать сказанное врачом;
- не поймет, почему его спрашивают об интимной жизни, и не захочет об этом говорить;
- возлагает на тест нереальные надежды;
- не выкажет желания изменить поведение и пройти тестирование.

6.2. Лабораторные методы обследования на ВИЧ

В России тестирование крови на ВИЧ-инфекцию применяется с конца 1985 г. Сегодня для диагностики ВИЧ-инфекции и контроля над течением заболевания используется множество лабораторных методов.

Практические методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции

Группы методов	Характеристика
Серологические	Определение антител, вырабатываемых организмом человека в ответ на ВИЧ.
	Определение антигенов ВИЧ. Чаще используется в составе комбинированных тест-систем, выявляющих и антиген, и антитела.
Молекулярные	Определение нуклеиновых кислот ВИЧ: - ДНК - качественные методы - РНК - количественные методы
	Определение устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам

Практические методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции включают выявление либо антител к вирусу, либо компонентов самого вируса (антигенов, нуклеиновых кислот). Период до появления антител называют "серонегативным окном". По завершении этого периода наступает сероконверсия, когда в крови инфицированного человека начинают образовываться антитела и меняется результат теста. Антитела к вирусу появляются в крови большинства ВИЧ-инфицированных через 4-8 недель после заражения. В первые 3 месяца после заражения антитела выявляются у 90-95% пациентов, через 6 месяцев - у 5-9% пациентов, в более поздние сроки - у 0,5%.

На сегодняшний день в России стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

Выявление суммарных антител к ВИЧ осуществляется наиболее часто с помощью **иммуноферментного анализа (ИФА)**, чувствительность которого составляет более 99,5%. В большинстве диагностических лабораторий для проведения этого анализа используются коммерческие наборы, позволяющие определять антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Результаты анализа обычно расценивают как положительные, отрицательные или неопределенные. Все случаи положительного и неопределенного результатов ИФА должны быть проверены с помощью более специфичных методов.

Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции чаще всего используют **иммуноблоттинг (ИБ)**. Принцип этого метода заключается в выявлении антител к определенным белкам вируса (антигенам). Антигены фиксированы на специальной мембране, на которую помещают исследуемую сыворотку. О наличии антител к определенному антигену ВИЧ судят по появлению окрашенной полосы на участке мембраны, где локализован данный антиген.

Результаты ИБ оценивают в соответствии со следующими критериями:

- **положительный** - если на мембране видны полосы, соответствующие любым двум или трем гликопротеидам ВИЧ (gp41, gp120, gp160);
- **отрицательный** - не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов ВИЧ;
- если результат ИБ нельзя расценить как положительный или отрицательный, его считают **неопределенным**. Такой результат может быть получен при обследовании ВИЧ-инфицированных пациентов, у которых гуморальный иммунный ответ на вирус находится на ранней стадии развития. В связи с этим при получении неопределенного результата иммуноблоттинг обязательно повторяют, а также проводят исследования методами, направленными на выявление компонентов самого вируса, поскольку эти методы позволяют подтвердить диагноз ВИЧ-инфекции на самых ранних стадиях заболевания.

Разнообразные методы прямого выявления ВИЧ и его компонентов используют для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции при сомнительных результатах ИБ, а также у детей, рож-



денных ВИЧ-инфицированными матерями. Кроме того, некоторые из этих методов позволяют оценить эффективность антиретровирусной терапии.

Наиболее простой из названных методов - **ИФА на антиген p24**. В течение нескольких недель после заражения, до развития гуморального иммунного ответа на ВИЧ, концентрация белка p24 в сыворотке ВИЧ-инфицированных резко возрастает. Поэтому метод применяется для диагностики ВИЧ-инфекции во время острой фазы, когда концентрация этого антигена высока, а антител к белкам ВИЧ - наоборот, низка.

Методы, основанные на **полимеразной цепной реакции (ПЦР)**, получили широкое распространение в диагностике инфекционных заболеваний. Благодаря применению этих методов удалось достичь значительного прогресса в понимании патогенеза ВИЧ-инфекции. В настоящее время они особенно широко используются для диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Существуют два основных метода, позволяющих выявить, соответственно, **провирусную ДНК и вирусную РНК**.

Первый метод ("качественный") позволяет обнаружить одну провирусную ДНК на 10 000 - 100 000 клеток и используется для диагностики ВИЧ-инфекции (особенно в первые 1-3 месяца после заражения, пока антитела к ВИЧ отсутствуют), а также для анализа провирусной ДНК и выявления штаммов ВИЧ, устойчивых к антиретровирусным препаратам.

Лабораторные методы, основанные на ПЦР, используют при положительных (или сомнительных) результатах серологических исследований, а также в случаях, когда серологическое исследование нецелесообразно (например, при диагностике ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами; у больных с гипогаммаглобулинемией). Эти методы не могут заменить стандартное серологическое исследование (за исключением детей первого года жизни, рожденных у ВИЧ-инфицированных женщин) и используются в качестве вспомогательных в индивидуальных случаях.

Второй метод ("количественный") чаще используют для измерения концентрации вирусной РНК в плазме ("вирусная нагрузка"); этот показатель выражается количеством копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы. По величине вирусной нагрузки судят о скорости прогрессирования ВИЧ-инфекции, а также осуществляют контроль за проводимой антиретровирусной терапией. Одновременная оценка числа лимфоцитов CD4 и концентрации вирусной РНК позволяет с высокой точностью предсказать характер течения ВИЧ-инфекции и оценить эффективность специфической терапии.

Метод выделения вируса в культуре клеток применяют в исследовательских лабораториях для анализа генетических изменений ВИЧ и выявления штаммов, устойчивых к антиретровирусным препаратам. Для выделения вируса исследуемый биологический материал инкубируют с культурой клеток, способных поддерживать репродукцию ВИЧ. В широкой практике этот метод не применяется.

В экстренных случаях можно использовать экспресс тест-системы, применение которых регламентировано Приказом Минздрава РФ №292 от 30.07.2001г. "Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека". Работа

с одноэтапными простыми быстрыми 15-минутными иммуно-хроматографическими тестами не требует сложного оборудования и высокой квалификации персонала, однако необходима определенная подготовка и строгое следование инструкции. В дальнейшем результат должен подтверждаться стандартными исследованиями.

Только на основании положительных результатов лабораторного анализа клинический диагноз ВИЧ-инфекции не может быть выставлен. Для вынесения окончательного диагностического заключения необходимо учитывать эпидемиологические данные и результаты клинического обследования.

Результаты исследования

Участники исследования говорили о том, что ВИЧ/СПИД не имеет таких симптомов, по которым можно было бы безошибочно поставить диагноз.

Острая ВИЧ-инфекция (даже в случае, если она протекает с яркой клинической манифестацией), субклиническая стадия и ранняя фаза стадии вторичных заболеваний действительно имеют неспецифические проявления. Клиническая диагностика возможна на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В, 5 по Классификации В.И.Покровского, 2001) у пациентов с глубоким иммунодефицитом, что проявляется выраженными клиническими формами некоторых вторичных заболеваний (их называют "СПИД-индикаторными").

Лабораторная диагностика у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами

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.



6.3. Дотестовое консультирование при обследовании на ВИЧ

Объем и характер дотестового консультирования зависят от того, насколько человек информирован о ВИЧ-инфекции.

Следует учитывать и мотивы тестирования. К примеру, пациенту, который обследуется по клиническим показаниям, нужно разъяснить причину тестирования, сделав акцент на возможных общих для его заболевания и ВИЧ-инфекции симптомах.

Совет

Дотестовое консультирование лучше проводить в спокойном месте - это позволит обеспечить конфиденциальность. Обсудите с пациентом процедуру тестирования и получения результатов.

В результате дотестового консультирования пациент:

- 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;
- принимает осознанное решение о прохождении обследования на антитела к ВИЧ;
- обдумывает возможности изменения своего поведения, рискованного в плане заражения ВИЧ.

Совет

При завершении консультирования спросите пациента:

- *какого результата тестирования он ожидает и почему;*
- *что он будет делать, если получит не тот результат, на который рассчитывает;*
- *что изменится в его жизни, если результат окажется положительным;*
- *что изменится в его жизни, если результат окажется отрицательным.*

Результаты исследования по телефону не сообщаются.

Установленный факт

Период ожидания результатов тестирования может иметь большое значение для принятия человеком решения об изменении рискованного поведения. В этот период многие впервые задумываются о ВИЧ как о личной проблеме и осознают необходимость перемен.

Пренебрежение возможностями дотестового консультирования (к примеру, автоматическое занесение анализа на антитела к ВИЧ в перечень лабораторных методов обследования) не позволяет врачам эффективно заниматься профилактической работой и нарушает права пациентов.

Этапы дотестового консультирования при обследовании на ВИЧ

Этап дотестового консультирования	Содержание этапа
Вводный	
Обсудите вопрос конфиденциальности.	"Все, о чем мы с вами будем говорить, останется между нами, если вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-либо еще". Подробно объясните, какая информация является конфиденциальной.
А. Получение и оценка информации	
1. Определите наличие или отсутствие факторов риска.	Выясните следующие вопросы: особенности полового поведения пациента; частота смены им половых партнеров; использование презервативов; наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров пациента; факты внутривенного употребления пациентом наркотиков; наличие среди половых партнеров пациента лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови, использование продуктов крови, пересадка органов; нестерильные проникающие процедуры.
2. Оцените: <ul style="list-style-type: none"> • понимает ли пациент предоставляемую информацию; • задумывается ли об изменении рискованного поведения; • как он будет реагировать в случае положительного результата тестирования; • есть ли у него возможность получить необходимую поддержку. 	Важно оценить способность консультируемого усвоить предоставляемую информацию. Известны случаи, когда слова врача о том, что ВИЧ-инфекция и СПИД - разные вещи, воспринимались буквально и консультируемые, думая, что им не грозит СПИД, выказывали намерение вернуться к прежнему образу жизни. Если консультант обнаружил в жизни пациента те или иные факторы риска и может предполагать, что результат тестирования окажется положительным, уточнение того, что думает обратившийся о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования и кто поддержит его в случае положительного результата, позволит консультанту эффективно действовать в ситуации сообщения положительного результата.
3. Оцените знания пациента о ВИЧ-инфекции	Задайте вопрос: "Что вы знаете о ВИЧ-инфекции и СПИДе?".



Б. Предоставление информации	
1. О ВИЧ-инфекции	Выявите представления пациента об этом заболевании и обсудите неверные.
2. О предлагаемом тесте	Выявите и обсудите неверные представления о планируемом тесте. Так, оговорите, что присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях ни в настоящем, ни в будущем. Необходимо также рассказать пациенту о периоде "окна" (промежутке времени между заражением ВИЧ и появлением в крови антител к нему). В течение этого периода человек уже заражен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Объясните, что нужно делать, чтобы в этот период (3-6 месяцев с момента возможного заражения) не приобрести и не передать ВИЧ: отказаться от донорства; использовать презервативы при каждом половом контакте; пользоваться одноразовыми шприцами и иглами при внутривенном употреблении наркотиков и не делиться ими с другими; соблюдать стерильность раствора наркотика и емкости, из которой он набирается.
В. Обсуждение вероятных последствий тестирования	
Убедитесь в том, что пациент понимает, что означают понятия "положительный", "отрицательный" и "неопределенный" применительно к результату теста.	
Обсудите возможные реакции пациента на результат (особенно положительный) теста.	
Оцените возможные последствия тестирования.	
Оцените возможность изменения рискованного поведения, если оно имело место.	
Задачей дотестового консультирования является выработка пациентом осознанного решения ("информированного согласия") о прохождении обследования на антитела к ВИЧ.	
Г. Получение информированного согласия на прохождение тестирования	
Кровь для исследования на ВИЧ может быть взята только после того, как обследуемый выразит свое согласие в ясной форме: <ul style="list-style-type: none"> • добровольно, т.е. без всякого прямого или косвенного принуждения (например, заявления о том, что ему будет отказано в медицинской помощи на том основании, что он не согласен на анализ), и • предварительно (например, в виде собственноручной записи о согласии в медицинской документации). 	

6.4. Послетестовое консультирование при обследовании на ВИЧ

Результаты исследования

Процедура сообщения отрицательного результата анализа является обычной в практике медицинских работников. Обычно врач/медсестра говорит пациенту, что у него "хороший анализ", и больше никак это не комментирует.

Пренебрежительное отношение к послетестовому консультированию при отрицательном результате существенно ограничивает возможности профилактики ВИЧ-инфекции.

Совет: при послетестовом консультировании

- Начните с приветствия.
- Спросите о самочувствии после сдачи крови на анализ.
- Спросите, есть ли какие-нибудь вопросы до того, как будет сообщен результат теста.
- Сообщите результат теста.
- Убедитесь в том, что пациент понимает значение полученной информации.
- Предоставьте пациенту возможность выразить свои чувства по этому поводу.

Послетестовое консультирование при отрицательном результате

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

Если риск ВИЧ-инфицирования	
низкий	высокий
Напомните пациенту основную информацию, предоставленную ему до тестирования (можно попросить пациента самого "вспомнить" услышанное).	<ul style="list-style-type: none"> • Обсудите значение полученного результата. • Повторите основную информацию.
Обсудите вопросы наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.	<ul style="list-style-type: none"> • Напомните пациенту о наличии периода "окна". • Посоветуйте пройти повторное тестирование через 3-6 месяцев. • Вернитесь к вопросу наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Обсудите необходимость использования презервативов. При наличии в анамнезе сведений об употреблении наркотиков обратите внимание пациента на обязательность соблюдения стерильности шприцев и игл, раствора наркотика, емкости, из которой он набирается, и недопустимости их совместного использования с другими.



Послетестовое консультирование при неопределенном результате

В случае тестирования крови на антитела к ВИЧ методом иммунного блоттинга существует вероятность получения неопределенного результата.

Причиной такого результата теста могут быть:

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

При получении неопределенного результата врач:

- обсуждает с пациентом 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: регулярно использовать презерватив при половых контактах; при внутривенном введении наркотика соблюдать стерильность раствора наркотика, емкости, из которой он набирается, шприцев, игл и не использовать их совместно с другими;
- направляет пациента в центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где тот будет находиться под наблюдением.

Послетестовое консультирование при положительном результате

Результаты исследования

Многие медицинские работники признались в нежелании сообщать пациентам положительный результат тестирования. Были названы следующие причины:

- Сообщение любого "сложного" диагноза является психологической травмой для пациента и предъявляет особые требования к морально-психологическим качествам медицинского работника.
- Медицинские работники, не специализирующиеся в области ВИЧ/СПИДа, не считают, что эта работа входит в сферу их компетенции, и не относят ее к своим прямым обязанностям.
- Медицинские работники стараются избегать ответственности, которую влечет за собой сообщение диагноза "ВИЧ".

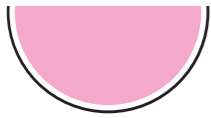
О положительном результате теста на ВИЧ пациенту сообщает врач, назначивший обследование. Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиоло-

гических 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 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 признаки. Диагноз устанавливается в специализированном медицинском учреждении (Центре профилактики и борьбы со СПИДом) с целью оказания пациенту медицинской помощи.

Врач:

- Сообщает результат ясно и кратко.
- Предоставляет пациенту время для осознания сообщения.
- Оценивает реакцию пациента на сообщение.
- Выслушивает мысли и опасения пациента относительно своего диагноза.
- Объясняет как можно проще, что такое ВИЧ, чем он отличается от СПИДа, как влияет на иммунную систему.
- Избегает рассуждений о перспективах пациента; поясняет, что более подробно этот вопрос будет обсуждаться после завершения обследования в Центре профилактики и борьбы со СПИДом.
- Выслушивает рассказ пациента о чувствах, связанных с ВИЧ.
- Объясняет, что окончательный диагноз и стадия заболевания будут определены в Центре профилактики и борьбы со СПИДом врачом-инфекционистом на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.
- Рекомендует пациенту отказаться от рискованного поведения, поскольку оно, помимо прочего, может привести к заражению ИППП, влияющими на иммунную систему и способствующими прогрессированию ВИЧ-инфекции; советует использовать презервативы при сексуальных контактах, отказаться от употребления наркотиков.
- Объясняет пациенту, что тот в силах предотвратить заражение других людей.
- Приглашает пациента на повторную беседу.



Пациента направляют в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для установления окончательного диагноза и постановки на диспансерный учет. При этом необходимо дать пациенту координаты территориального Центра СПИД, а также предварительно договориться с коллегами из центра о предстоящем визите пациента.

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.

6.5. Особенности сообщения горьких новостей

Для беседы, в ходе которой человеку будет сообщено психотравмирующее известие, следует, по возможности, назначить удобное время. Беседовать нужно наедине, лучше в отдельном кабинете. Важна обстановка кабинета: врач и его собеседник должны располагаться на стульях или креслах одинаковой высоты, не друг против друга, а лучше под углом 45 градусов; свет не должен слепить собеседнику глаза. Врач, проводящий сложную для него беседу, прежде всего, сам должен чувствовать себя комфортно. Если врач голоден, болен или чем-то раздражен, беседу лучше отложить. Во время разговора целесообразно принять спокойную позу: ноги не скрещены, руки разведены, ничего не теребят, а спокойно лежат на столе.

Совет

Опытные консультанты рекомендуют ничего не записывать за пациентом в его присутствии.

В структуре беседы о горьких новостях можно выделить следующие стадии:

- подготовка;
- сообщение;
- признание проблемы;
- оценка возможности суицида;
- поиск решений;
- завершение консультирования.

Этап подготовки к сообщению

Врачу необходимо еще раз удостовериться в подлинности той информации, которую он намерен сообщить пациенту, продумать формулировки. Важна психологическая готовность врача к беседе.

Этап сообщения

Ошибки, наиболее часто допускаемые при сообщении горьких новостей

"Дискуссия"	"Давайте обсудим ваше положение..."
"Угадывание"	"Вы не догадываетесь, зачем мы вас пригласили?"
"Извинение"	"Вы меня извините, но..."
"Смягчение ситуации"	"У вас все хорошо, но есть одно обстоятельство..."
"Расплывчатые" формулировки	"Ситуация складывается не совсем так, как мы ожидали..."

Все перечисленные приемы часто используются врачами для того, чтобы избежать реакций горя, отчаяния и гнева. Однако попытки отложить сообщение неприятных известий или смягчить их лишь усиливают неуверенность и страх пациента.

Совет

Не затягивайте ситуацию. Сообщайте неприятное известие ясно и кратко.

Иногда пациент предчувствует плохое. Длительные вступления только усиливают его переживания. Краткое и четкое сообщение горькой новости проясняет ситуацию и увеличивает возможность резкой реакции, после которой пациент способен быстрее "переработать" психотравмирующее известие. Человек в ситуации психологического кризиса испытывает тревогу. Сильная тревога вызывает замешательство, искажает суждения, толкает на принятие сомнительных решений и приводит к пораженческому поведению.

Врач, со своей стороны, также испытывает отрицательные эмоции. Однако он должен понимать, что для достижения оптимального результата необходимо преодолеть нежелание говорить с пациентом о его чувствах. **Цель кризисного консультирования - установить такие взаимоотношения с пациентом, которые позволят ему выразить свои мысли и чувства, а затем принять решение.**

Этап признания проблемы

Врач может столкнуться с различными эмоциональными реакциями на сообщенную новость.

Эмоциональные реакции при сообщении горьких новостей

Отрицание проблемы	Пациент не желает верить услышанному
Агрессивное поведение	Пациент обвиняет во всем окружающих, в том числе и медицинского работника
Горе	Пациент плачет
Отчаяние	Пациент теряет самообладание
Замкнутость	Пациент замыкается в себе и молчит



Эти реакции естественны, и их не следует опасаться. Готовность врача к таким проявлениям человеческих эмоций поможет ему преодолеть дискомфорт при виде слез и рыданий, беспокойство при выслушивании возможных агрессивных высказываний, ощущение бессилия, когда пациент замыкается в себе. Для врача в подобной ситуации лучше всего слушать пациента и повторять в сжатой форме его высказывания:

- "Вы не можете поверить?"
- "Вас пугает сама мысль?"
- "Вы ищете виноватых?"
- "Вам трудно сейчас обсуждать?"
- "Вы не согласны?"
- "Я вижу, что вы очень испугались".

В результате разговор продолжается, и напряжение постепенно ослабевает. При сообщении горькой новости от врача требуются внимание и терпение. Пациент должен иметь возможность выразить свои чувства. Однако бывают ситуации, когда консультирование заходит в тупик.

Если разговор зашел в тупик

Анализируйте разговор как бы со стороны и делитесь с пациентом сделанным вами выводом.	"Я думаю, что мы зашли в тупик"
Храните молчание.	Или говорите: "А как дальше?"
Признайте, что пациент находится в очень трудном положении.	"Положение действительно сложное..."
В крайнем случае, предложите новую встречу для продолжения разговора, т.к. переход к следующему этапу консультирования (поиску решений) становится проблематичным.	

Этап поиска решений

В **фазу принятия решений** консультирование вступает только тогда, когда пациент может контролировать свои эмоции. Опытный врач безошибочно определяет тот момент, когда его собеседник готов принимать решения. Это момент, когда пациент начинает задавать вопросы. Услышав вопрос "Как мне быть дальше?" или "Что же теперь делать?", врач приступает к обсуждению возможных решений.

Этап завершения консультирования

При завершении консультирования врач должен еще раз изложить выводы и повторить конкретные договоренности, которых они совместно с пациентом достигли во время беседы. Опыт консультативной работы, связанной с ВИЧ-инфекцией, свидетельствует о том, что грамотное консультирование при сообщении "сложного" диагноза помогает изменить поведение людей, предупреждает развитие у них разрушающего поведения, способствует их психологической стабильности.





7. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

7.1. Женщины как особо уязвимая группа в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции

Несмотря на то, что парентеральным путем мужчины и женщины заражаются одинаково часто, вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в два-три раза выше, чем мужчины от женщины.

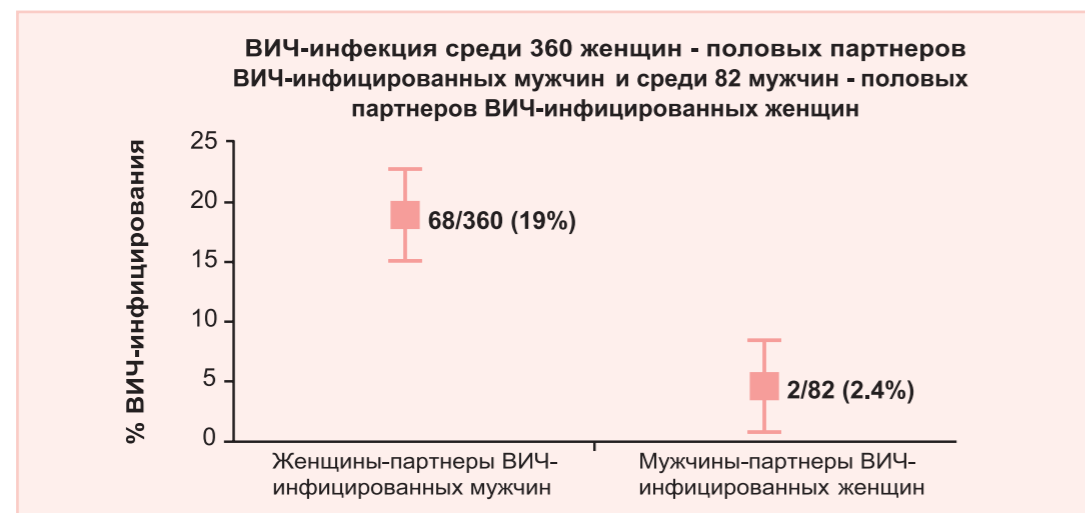


Рисунок 3. Передача ВИЧ от мужчины к женщине и от женщины к мужчине [54].

Уязвимость женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции обусловлена не только повышенной опасностью заражения ВИЧ, но и большей вероятностью пострадать от последствий заражения.

Факторы повышенной уязвимости женщин в условиях эпидемии ВИЧ

Биологические факторы	<p>Объем семенной жидкости, попадающей во влагалище женщины при незащищенном половом контакте, в 2-4 раза больше, чем количество секрета, выделяемого женским организмом, а значит, и вирусных частиц женщина получает больше.</p> <p>В семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем во влагалищном секрете.</p> <p>Площадь поверхности, через которую может проникнуть вирус, у женщины больше, а гигиенические процедуры после полового акта ей провести труднее: сперма может оставаться во влагалище в течение нескольких дней и служить источником заражения.</p>
Социальные факторы	Насилие, принуждение к сексу, невозможность отказаться от секса по причинам экономической и финансовой зависимости.

При рассмотрении вопросов, связанных с повышенной уязвимостью женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции, очень важно уделить внимание особенностям женской психологии. Психологические особенности женщин заключаются в том, что они, как правило, воспринимают себя как личность в контексте своих взаимоотношений с другими людьми. Для женщины очень важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее слова и поступки. Нередко женщина выступает в роли человека, который оказывает, а не получает помощь. Собственные потребности не являются для нее первостепенными.

Опыт консультирования женщин после получения положительного результата тестирования на антитела к ВИЧ и в процессе установления диагноза ВИЧ-инфекции показывает, что именно изменения в отношениях с окружающими являются для них наиболее значимыми и травмирующими.

Примеры из практики

Пациентка Я., ВИЧ-инфицированная, 26 лет, наиболее тяжело переживала то, что ее половой партнер, тоже ВИЧ-инфицированный, прекратил с ней отношения, в то время как ей представлялось естественным, что их совместная жизнь будет продолжена и они будут поддерживать друг друга. При этом переживания по поводу наличия у нее неизлечимого заболевания, утрата работы, обида на партнера, послужившего источником заражения, не были для нее столь актуальны.

Для пациентки О., ВИЧ-инфицированной, 29 лет, более значимым стал отказ инфицированного мужа жить с ней после обнаружения у нее ВИЧ, а не переживания по поводу собственной болезни.

Пациентка К., ВИЧ-инфицированная женщина, 32 года, испытывала наибольшие отрицательные эмоции в связи с тем, что вынуждена была каким-то образом объяснить матери смену своей специальности после всех тех лет, на протяжении которых мать "отказывала себе во всем ради ее образования".

Учитывать особенности женской психологии необходимо и при проведении профилактической работы с половыми партнерами ВИЧ-инфицированных мужчин. Медицинским работникам представляется совершенно естественным, что никто и ни при каких условиях не захочет заразиться ВИЧ. Однако и в этой ситуации следует учитывать ту роль, которую для женщины играет ее система отношений. Некоторые женщины, вступающие в брак с инфицированными мужчинами, декларируют твердое намерение "разделить судьбу" своего избранника и говорят, что самое страшное - не его болезнь, а то, что он может расценить отказ как предательство. Каково бы ни было личное отношение медицинских работников к подобным ситуациям, необходимо учитывать их реальность.

Женщины больше боятся расставаний, беспокоятся о том, что не смогут в должной мере ухаживать за теми, кто от них зависит. Они могут смириться с тем, что служат мишенью для выплескивания гнева, для насилия; могут подавить собственный гнев ради того, чтобы не остаться в одиночестве. Мужчины при прогрессировании ВИЧ-инфекции часто опасаются стать зависимыми от окружающих. Они могут утратить самоуважение, если перестанут работать, а иногда испытывают озлобленность и желание отстраниться от тех, кто, по их мнению, "вынужден" за ними ухаживать.



Примеры из практики

Пациентку У., 25 лет, от ухода от ВИЧ-инфицированного партнера удерживала боязнь осуждения со стороны окружающих. "Наши друзья знали, что мой жених инфицирован, многие восхищались силой нашей любви. Что они подумают обо мне теперь, если я уйду от него?"

Знание особенностей женской психологии необходимо для проведения консультирования. В беседе с пациенткой на темы, связанные с ВИЧ/СПИДом, важно:

- выяснить ее жизненные приоритеты;
- проявить уважение к ее ценностям;
- сформировать у нее достаточный уровень доверия к консультанту;
- использовать присущее женщинам свойство заботиться о других в целях изменения ее нежелательного поведения;
- напомнить ей о необходимости заботиться о себе.

Конечно, медицинский работник вправе указывать пациентке на негативные стороны ее поведения. Однако это будет воспринято женщиной как забота и поддержка только в том случае, если между ней и консультантом установлен достаточный уровень доверия и она чувствует, что к ее ценностям проявляют уважение. В противном случае замечания медицинского работника могут быть восприняты как критика, и в дальнейшем это приведет к трудностям в работе с пациенткой.

7.2. Консультирование по вопросам беременности

Если женщина обратилась за медицинской консультацией по поводу беременности, то именно гинеколог или акушер может оказаться первым, кто сообщит ей о положительном результате теста на ВИЧ. Отсюда следует, что специалисты данного профиля обязательно должны владеть навыками до- и послетестового консультирования.

Вне зависимости от того, какого образа жизни придерживается женщина, медицинский работник должен относиться к ней с таким же уважением, как и к другим пациентам.

Установленный факт

В 2002 г. среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин с известным риском инфицирования 55% заразились при гетеросексуальных контактах (Соколова Е.В. Предупреждение передачи вируса иммунодефицита человека от матери ребенку в России: Автореф. дисс. на соискание степени к.м.н. - Москва, 2003. -24 с.).

На практике информация по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку часто предоставляется врачами тенденциозно; данные об успехах химиопрофилактики замалчиваются. Помимо недостаточной информированности о реальном положении дел, оказывать на женщину давление с целью принудить ее к прерыванию беременности некоторых медицинских работников побуждает нежелание иметь "лишние проблемы", а также несовместимая с профессионализмом убежденность, что они лучше знают, как следует жить их пациентам.

Результаты исследования

Участники исследования высоко оценивали риск заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: одни говорили, что вероятность заразиться или не заразиться в этом случае приблизительно одинакова, другие же высказывали точку зрения, что вероятность заразиться приближается к 100%. Среди медицинских работников бытует мнение, что ВИЧ может передаваться через плаценту. Следует отметить, что этой точки зрения придерживаются, в частности, многие педиатры и гинекологи. Как показало исследование, представление о том, что ВИЧ не обязательно передается от матери ребенку, зачастую основывается не столько на знании механизмов передачи инфекции, сколько на статистике, согласно которой у ВИЧ-инфицированных матерей бывают здоровые дети.

На практике приходится сталкиваться с манипулированием репродуктивным выбором:

по закону:	на практике:
Статья 36 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гласит: каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве.	Обычным делом является запугивание, предвзятое толкование, намеренное искажение информации, предпринимаемые медицинскими работниками. На женщину оказывается прямое давление путем безальтернативного направления ее на прерывание беременности. Косвенное давление оказывается через средства массовой информации, которые также предвзято подходят к изложению фактов, связанных с передачей ВИЧ от матери ребенку.

Отличительной особенностью ВИЧ-инфицированных женщин является высокая частота гинекологических заболеваний: у 46,9% ВИЧ-инфицированных женщин было обнаружено по крайней мере одно инфекционно-воспалительное гинекологическое заболевание [50]. При проведении углубленного обследования ВИЧ-инфицированных пациенток в стационаре у 83% из них выявили гинекологические заболевания [46]. Среди причин этого необходимо отметить развитие иммуносупрессии, связанное с ВИЧ-инфекцией, а также наличие общих путей передачи. Особых различий в продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин нет. Диагноз "СПИД" ставится женщинам, так же как и мужчинам, при установлении оппортунистических инфекций или злокачественных заболеваний. В ряде исследований [23] различия наблюдались при кандидозе, герпетической инфекции и цитомегаловирусной инфекции. Эти болезни встречаются чаще у женщин, в то время как туберкулез чаще регистрируется у мужчин.

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 гемодилуции - "разжижения" крови), но процентное содержание CD4-лимфоцитов остается стабильным. Таким образом, беременность не ускоряет снижение CD4-лимфоцитов в процессе развития ВИЧ-инфекции [53]. Вирусная нагрузка также остается относительно стабильной в течение всей беременности даже без лечения [40]. При анализе результатов семи обширных исследований среди беременных-



ших и не беременевших 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 [37].

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

- вторичными заболеваниями и/или их лечением;
- состояниями, вызванными 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. Прежде чем рассказывать пациентке о риске передачи ВИЧ ребенку, врач должен быть готов к тому, чтобы **выслушать и проанализировать** ее переживания **по этому поводу**.

Консультирование беременных женщин с положительным результатом анализа на ВИЧ

Врач обязан предоставить женщине всю информацию, четко дать разъяснения относительно существующего риска и возможных перспектив.	Никакие решения нельзя навязывать. Бывает очень сложно не поддаться искушению принять решение за пациентку. Тем более что иногда сами женщины могут, осознанно или нет, стремиться "переложить ответственность" на врача.
Врач должен объяснить, что химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов (при отказе от последующего грудного вскармливания) значительно снижает риск заражения ребенка, и прямо сказать, что выбор в конечном итоге остается за женщиной.	Врач указывает на недопустимость скоропалительных решений.
Учитывая возможное волнение и растерянность женщины, врач должен быть готов еще раз обсудить ситуацию, повторить основную информацию.	Врач не может позволить себе поддаться на "провокацию" в том случае, если от него требуют каких-либо гарантий.
Каждый врач должен иметь информацию о тех учреждениях, где женщина может получить квалифицированную помощь.	Женщина вправе требовать применения медикаментозной схемы снижения риска рождения ВИЧ-инфицированного ребенка.
Необходимо обратить внимание женщины на то, что ВИЧ-инфекция может повлиять на ее семейное, социальное положение и тем самым ограничить возможности воспитания ребенка.	Необходимо обсудить состояние здоровья беременной женщины вне контекста ВИЧ-инфекции и связанные с ним возможные исходы беременности.
Следует обратить внимание пациентки на то, что у многих инфицированных женщин беременность протекала без существенных осложнений и дети, благодаря вовремя проведенной химиопрофилактике, родились здоровыми.	Многие ВИЧ-инфицированные женщины в настоящее время воспитывают здоровых детей. У них самих пока нет СПИДа, они рассчитывают продлить свою жизнь с помощью существующих методов антиретровирусной терапии.

Каждый врач, который в ходе своей практической деятельности может столкнуться с подобной ситуацией, должен проводить консультирование, а не отправлять женщину без всяких объяснений в Центр профилактики и борьбы со СПИДом.

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ на современном этапе носит комплексный характер. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения и социального развития РФ, максимальное снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку (до 4,4%) достигалось при сочетании комплекса мероприятий. Достоверно значимыми являлись: консультирование, трехэтапная химиопрофилактика, санация родовых путей, отмена грудного вскармливания. Недоучет роли отдельных мероприятий, пренебрежительное и упрощенное отношение к консультированию в конечном итоге сказываются и на эффективности врачебной работы, и на качестве жизни женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, и на психологической стабильности самих медицинских работников.

7.3. Современные представления о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку

Как уже говорилось выше, данные опроса медицинских работников показали, что участники исследования высоко оценили риск заражения ребенка от матери: от 50% до 100%. По данным Научно-практического центра МЗ и СР РФ помощи беременным женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией, даже при отсутствии профилактических мероприятий риск ВИЧ-инфицирования ребенка от матери составляет 19,5%, а при назначении химиопрофилактики снижается до 3,4% [14].

В "Базовой стратегии профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе" цель для Европейского региона по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку была сформулирована следующим образом: "Устранить ВИЧ-инфекцию среди детей грудного возраста к 2010 г., достигнув следующих показателей:

- менее одного ВИЧ-инфицированного ребенка на 100 000 детей, рожденных живыми,
- менее 2 % детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, приобретающих ВИЧ-инфекцию" [1].

Передача ВИЧ от матери ребенку может происходить во время беременности, родов и при грудном вскармливании. Результаты многочисленных исследований показали, что из числа детей, получивших вирус от матери:

- внутриутробно инфицируются в среднем 30%;
- во время родов - в среднем 50%;
- при кормлении грудью - в среднем 20%.

В странах, где подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных женщин не прикладывают ребенка к груди, при отсутствии каких-либо профилактических мероприятий риск вертикальной передачи ВИЧ составляет 15-30%; грудное вскармливание ребенка инфицированной матерью повышает риск на 5-20%, доводя его до 20-50% [38]. Установлено, что вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от совокупности ряда факторов.

Факторы, оказывающие влияние на возможность передачи ВИЧ от матери ребенку

Группы факторов	Факторы
Материнские	Стадия ВИЧ-инфекции, сопутствующие состояния, употребление наркотиков, грудное вскармливание, характер питания и др.
Акушерские	Язвенные формы венерических заболеваний (например, сифилиса, герпеса), хориоамниониты, эпизиотомия, использование электродов, способ родоразрешения, продолжительность разрыва плодного пузыря, разрывы влагалища, кровотечение во время родов и др.
Вирусные/иммунологические	Вирусная нагрузка у матери, уровень содержания вируса в вагинальных секретах, устойчивость штаммов ВИЧ к антиретровирусным препаратам, которые применяются для профилактики вертикальной передачи ВИЧ, количество CD4-лимфоцитов, антиретровирусная терапия и др.
Плодные	Вес при рождении менее 2500 г, срок гестации менее 34 или 38 недель, многоплодие.

Предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку - не только актуальная проблема, но и достижимая задача, требующая, однако, определенных усилий как от медицинских работников (умение пользоваться методами и средствами профилактики, обучать женщину правильному поведению), так и от самих женщин (осознанный подход к материнству, желание и возможность соблюдать рекомендации специалистов).

Современные антиретровирусные препараты позволяют снизить количество вируса в крови, а вмешательства, направленные на предупреждение контакта ребенка с биологическими жидкостями и секретами матери, еще более усиливают этот эффект. Широкое применение химиофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку началось в 1996 г. Единственная схема, практикуемая в то время, состояла из назначения зидовудина в три этапа. Эта схема не стала универсальной по ряду причин: длительность применения; дороговизна; невозможность применения у женщин, не состоящих на дородовом наблюдении; низкая эффективность у женщин с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и/или высокой вирусной нагрузкой; возможность формирования лекарственной устойчивости к зидовудину и ряду других антиретровирусных препаратов. В настоящее время с учетом перечисленных факторов рекомендованы несколько основных схем, отличающихся друг от друга длительностью приема препаратов, их количеством, сочетанием, стоимостью, показаниями к назначению (см. Приложение 2).

Пример из практики

Больная Г., 26 лет, инфицирована ВИЧ в 1988 г., стадия болезни IIIБ по В.И.Покровскому, 1989 г. (рецидивирующий персистирующий орофарингеальный и вагинальный кандидоз, хроническая рецидивирующая персистирующая герпетическая инфекция, анемия). При обследовании в 1999 г. на сроке беременности 15 недель количество CD4-лимфоцитов составляло 11% - 144 клетки/мм³. Пациентке назначены зидовудин и ламивудин. В III триместре беременности количество CD4-лимфоцитов возросло до 17% - 315 клеток/мм³, вирусная нагрузка ниже уровня определения. Роды в срок, ес-

тественным путем. Состояние ребенка после рождения удовлетворительное. Грудное вскармливание исключено. Ребенок не инфицирован ВИЧ и снят с диспансерного учета.

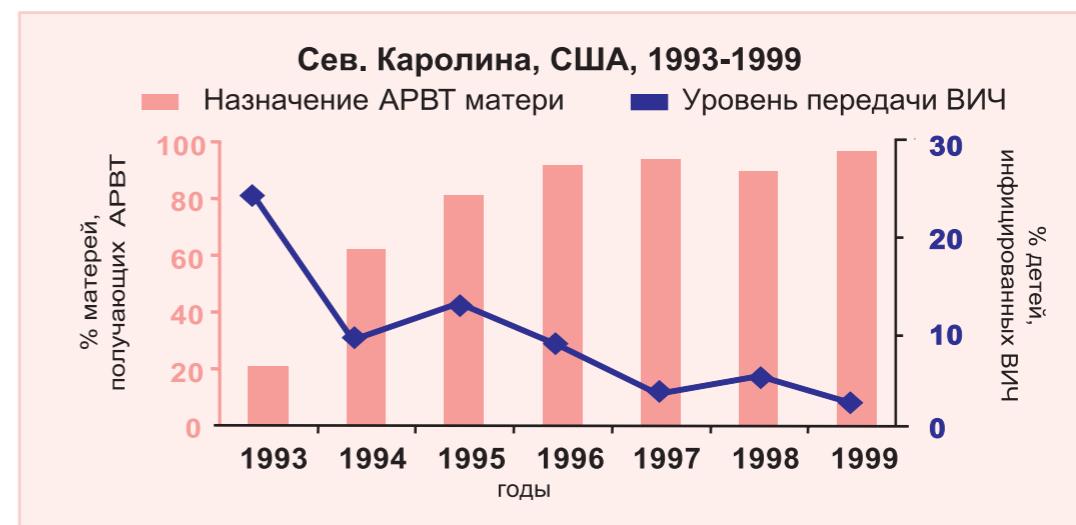


Рисунок 4. Снижение частоты передачи ВИЧ от матери ребенку на фоне растущего применения антиретровирусных препаратов [45].

В случае если в родильный дом на роды поступает женщина, не наблюдавшаяся в женской консультации, можно использовать экспресс тест-системы, применение которых регламентировано Приказом Минздрава РФ №292 от 30.07.2001 г. "Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека". Работа с одноэтапными простыми быстрыми 15-минутными иммунохроматографическими тестами не требует сложного оборудования и высокой квалификации персонала, однако необходима определенная подготовка и строгое следование инструкции. В дальнейшем результат должен подтверждаться проведением стандартных исследований. Обычно проводится двукратное тестирование беременных - при первом обращении в женскую консультацию и в третьем триместре беременности (34-36 недель). Если женщина, поступившая на роды, не была обследована во время беременности или не прошла второе тестирование, врач должен предложить ей пройти обследование в родильном доме.

Если ВИЧ-инфицирование выявлено во время родов, профилактическое лечение роженице назначает и проводит акушер-гинеколог по двум основным схемам:

- **Схема №1: азидотимидин (ретровир)** в/в струйно 0,002 г (0,2 мл)/кг веса в течение первого часа родов, затем до момента пересечения пуповины 0,001 г (0,1 мл)/кг веса/час.
- **Схема №2: невирапин (вирамун)** 1 таблетка (0,2 г) per os однократно с началом родовой деятельности, в случае затяжных родов - повторить через 12 часов.

При невозможности проведения обследования химиофилактика женщине и новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям. Каждый родильный дом должен быть обеспечен антиретровирусными препаратами для проведения химиофилактики.

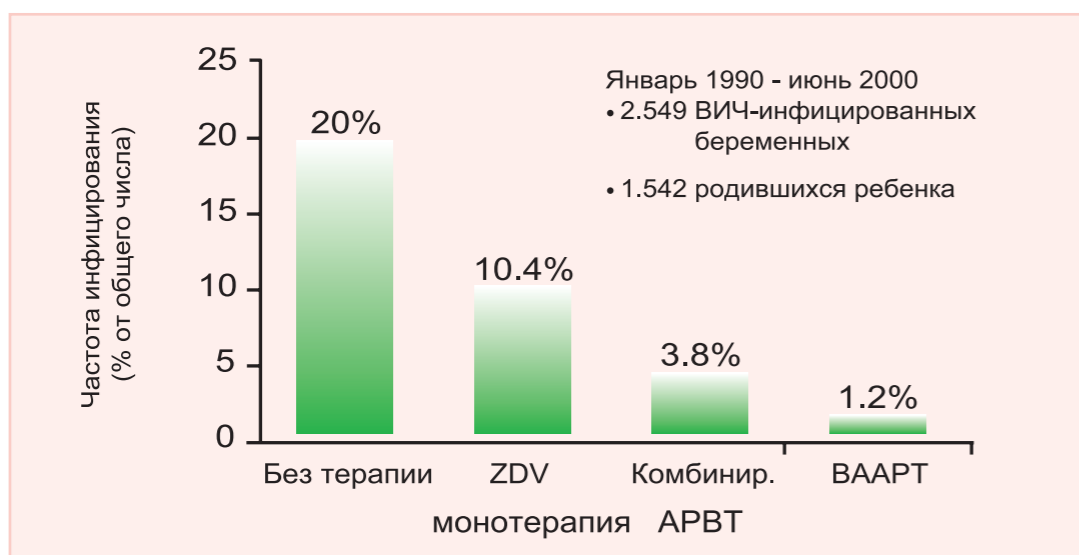


Рисунок 5. ВААРТ снижает риск передачи ВИЧ значительно эффективнее, чем монотерапия [44].

Вопрос о тактике родоразрешения ВИЧ-инфицированной женщины до сих пор остается открытым и на сегодняшний день решается в каждом случае индивидуально, в зависимости от акушерской ситуации. Плановое кесарево сечение (до разрыва плодных оболочек) уменьшает риск передачи ВИЧ на 50%, однако кесарево сечение, выполненное по экстренным показаниям после отхождения околоплодных вод, не снижает риск заражения ребенка. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует проводить плановое кесарево сечение в сроке беременности 38 и более недель, однако, по возможности, следует определять вирусную нагрузку: если этот показатель ниже 1000 копий/мл, роды можно вести консервативно.

Использование комбинированной антиретровирусной терапии, приверженность пациентки такой терапии и постоянный прием препаратов существенно снижают вероятность инфицирования ребенка и позволяют рекомендовать родоразрешение через естественные родовые пути [27].

Несмотря на успехи, достигнутые в области профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, риск рождения инфицированного ребенка сохраняется. В силах медицинских работников снизить этот риск до трех, двух и даже одного процента, но и 1 ребенок на 100 - это личная драма, непонимание, разочарование в возможностях медицины в целом и лечащих врачей в частности.

Результаты исследования

Одна из участниц исследования, педиатр, рассказывала о случае, когда ей пришлось сообщить родителям ребенка о том, что у него сомнительный результат анализа и требуется повторное обследование; это вызвало у родителей эмоциональный шок.

Чтобы избежать подобных ситуаций, необходимо **вдумчиво, последовательно, терпеливо** и **честно** проводить консультирование с женщиной, предоставляя ей всю современную доступную информацию по теме "ВИЧ-инфекция, беременность и ребенок".

8. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

8. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ

Подростковый возраст занимает особое место в физическом и психическом становлении человека. В среднем подростковый период ограничивается возрастными рамками от 11-12 до 18-20 лет. В физиологическом плане первую фазу (от 11-12 до 14-15 лет) обозначают как препубертатную, а вторую (от 14-15 до 18-20 лет) - как собственно пубертатную.

Результаты исследования

По мнению участников исследования, подросткам часто не хватает информации о путях заражения ВИЧ. Однако консультирование подростков по вопросам ВИЧ/СПИДа требует от медицинских работников особых психологических навыков. Как и в других случаях консультирования, необходимой предпосылкой успешного диалога в этом случае является доверие подростка к медицинскому работнику. Участники исследования отмечали, что подростки стесняются говорить на подобные темы, боятся, что их интерес вызовет подозрение в том, что они инфицированы. Предпочтительным способом консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа медицинские работники считают индивидуальное консультирование. В то же время одна из участниц исследования, подростковый гинеколог, отметила, что более эффективна как раз групповая работа, потому что подросткам легче бывает задавать вопросы лектору. По-видимому, это можно объяснить тем, что вопросы, задаваемые по содержанию лекции, могут быть преподнесены как проявление общего познавательного интереса к проблеме.

8.1. Психологические особенности подросткового возраста

Подростковый возраст - важный, ответственный и нелегкий этап в жизни каждого человека. В этот период меняются представления о себе и об окружающей действительности. Настроение становится неустойчивым. Переходя из детского мира во взрослый, подросток еще не принадлежит полностью ни к тому, ни к другому, поэтому поведение его часто бывает непредсказуемым. Он колеблется между зависимостью от окружающих и растущей потребностью в самостоятельности.

Психологические особенности подросткового возраста

Подросток хочет видеть себя взрослым.	Однако ориентация на взрослые ценности и сравнение себя со взрослыми зачастую заставляют подростка снова ощущать себя "маленьким" и "несамостоятельным". При этом, в отличие от ребенка, он не считает такое положение нормальным и стремится его изменить. В то же время, пытаясь вести себя по-взрослому, он не готов к "взрослой" ответственности и избегает ее.
Подростку присущи внутренняя противоречивость, повышенная застенчивость и одновременно агрессивность, склонность занимать крайние позиции и придерживаться неожиданных точек зрения.	Возможности подростка расширяются, а положение остается на детско-школьном уровне. Он часто отказывается принимать оценки и жизненный опыт родителей даже в том случае, когда понимает их правоту. Он делает ошибки и учится именно на них.

Психологические особенности подросткового возраста (продолжение)

Главная особенность подросткового периода - открытие внутреннего "Я" и осознание собственной индивидуальности.	Подростковое "Я" еще неопределенно, расплывчато. Это состояние нередко переживается как смутное беспокойство или ощущение внутренней пустоты, которую необходимо чем-то заполнить. Отсюда - растущая потребность в самоутверждении, во включенности в ту или иную группу сверстников. Именно сознание групповой принадлежности облегчает подростку обособление от взрослых, дает ему чувство эмоционального благополучия и устойчивости. Учебная деятельность и школа перестают быть главными задачами. Ведущим становится интимно-личностное общение со сверстниками.
В подростковом возрасте снижается продуктивность умственной деятельности, поскольку конкретное мышление сменяется логическим.	Именно новым для подростка механизмом логического мышления и объясняется рост критичности. Он уже не принимает постулаты взрослых на веру, требует доказательств и обоснований. Рост критичности подчас ведет к полному негативизму. Чаще же этот негативизм распространяется только на конфликтные, стрессовые и эмоционально напряженные для подростка ситуации. Лишь у 20% подростков полностью отсутствуют кризисные проявления негативизма.
Внешность для подростка - важнейшая сторона жизни.	С возрастом озабоченность внешностью обычно уменьшается в силу того, что человек привыкает к своему облику. На первый план выступают другие свойства личности - умственные способности, волевые и моральные качества. Именно от них будет в дальнейшем зависеть успех взаимоотношений с окружающими.
У подростков происходит развитие временных представлений, изменяется жизненная перспектива.	Для подростка становится важным появление жизненного плана; формируется установка на сознательное построение собственной жизни, возрастает потребность в достижении конкретных результатов.

8.2. Особенности консультирования подростков по вопросам ВИЧ-инфекции

Результаты социологических исследований, проведенных среди 1600 подростков в пяти российских городах [13], показывают, что информированность подростков об ИППП, включая ВИЧ/СПИД, очень низка. Только один из пяти юношей и девушек осознает, что определенная (или серьезная) опасность существует. Однако простого осознания риска недостаточно. Важным фактором являются мотивы, побуждающие обсуждать эту проблему с партнером, и владение навыками убеждения. Больше половины юношей и девушек не делают этого, четверть всех опрошенных затрагивали эту тему лишь мельком, и только 10% серьезно обсуждали ее.

Учет психологических особенностей подростков при консультировании по вопросам ВИЧ-инфекции

Психологические особенности подростков	Особенности поведения	Особенности консультирования
Чувствительность к критике и мнению окружающих по поводу своей внешности, способностей.	Обидчивость. Лучше промолчат, чем скажут и ошибутся. Хотят выглядеть лучше всех.	Избегать критики и оценок. Дать возможность высказаться.
Стремление освободиться от контроля и опеки взрослых.	Бунтарство, демонстративность. Нарушение правил.	Отказаться от прямых запретов, давления, чтения нотаций.
Потребность в общении, страх быть отвергнутым.	Избегают общения из страха "не понравиться".	Поддерживать и подбадривать не уверенных в себе подростков.
Склонность к риску, экспериментированию и острым ощущениям.	Не думают о своей безопасности, не умеют правильно оценивать свои силы и возможности.	Демонстрировать уверенное, спокойное поведение в беседе. Обосновывать возможность получения острых ощущений не только в ситуациях, связанных с риском для здоровья.

Чтобы успешно консультировать подростков по вопросам, связанным с профилактикой ВИЧ-инфекции, необходимо в первую очередь **установить контакт**. Для этого в атмосфере доверия важно обсудить потребности подростка и информировать его по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.

Медицинский работник должен оценить:

- особенности психического состояния подростка;
- жизненные приоритеты подростка;
- уровень информированности подростка;
- готовность и способность подростка к восприятию информации;
- наличие или отсутствие у подростка интереса к вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией;
- уровень восприятия проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, в референтной группе подростка;
- степень понимания и принятия подростком своей ситуации в связи с ВИЧ-инфекцией;
- характер отношений в семье подростка;
- характер ситуации в школе.

Залогом успешной работы с подростком является создание атмосферы доверия. Для этого необходимы искренний интерес к подростку и подлинное желание помочь ему. Важно не оценивать, а слушать, слышать и понимать.

Особенности консультирования подростков при тестировании на ВИЧ

Создайте условия для конфиденциальной беседы.	<ul style="list-style-type: none"> • Обговорите необходимость конфиденциальности. • Подчеркните, что вопросы личного свойства не связаны с вашим интересом к интимным подробностям жизни подростка, а являются необходимыми для оценки индивидуального риска заражения. • Обратите внимание подростка на добровольный характер решения о прохождении теста.
Оцените знания подростка о ВИЧ/СПИДе.	Спросите у подростка, что он знает о ВИЧ-инфекции, знаком ли с кем-нибудь, кто страдает этим заболеванием.
Оцените риск заражения подростка ВИЧ.	<p>Расспросите подростка о его половой жизни, не фиксируясь на его сексуальной ориентации. Узнайте, употребляет ли подросток алкоголь или наркотики перед началом половых контактов. Спросите подростка о том, регулярно ли он использует презерватив при половых контактах, а также о том, принуждался ли он когда-либо к вступлению в половые отношения.</p> <p>Спросите, распространено ли в окружении подростка употребление алкоголя и наркотиков.</p>
Обсудите с подростком имевшие место в его жизни факты рискованного поведения.	Проинформируйте подростка о том, что в его жизни имелись случаи рискованного поведения. Обсудите пути изменения поведения на менее опасное. Поощрите подростка, который избегает рискованного поведения.
Расскажите подростку о тесте на ВИЧ, убедитесь в том, что он понимает значение положительного и отрицательного результатов.	Обратите внимание подростка на добровольность и конфиденциальность исследования.
Получите согласие подростка на обследование.	Спросите, расскажет ли подросток своим близким о том, что обследовался на ВИЧ.
Назначьте время послетестового консультирования.	Положительный результат теста на ВИЧ сообщается подростку, не достигшему 18 лет, в присутствии родителей или иных законных представителей. Это оговаривается в ФЗ "О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" №38-ФЗ от 30.03.95 г.

Важно учитывать факторы, которые могут разрушить атмосферу доверия, необходимую для успешного консультирования подростков.



- Чаще всего это авторитарная позиция медицинского работника, назидательность его тона, снисходительное отношение к мнению подростка. Такое консультирование заранее обречено на неудачу, так как наиболее вероятной реакцией на него станут сопротивление и протест.
- Более удачна позиция просвещенного советчика, который объясняет смысл своих рекомендаций, доказывает их обоснованность, оставляет подростку возможность выбора. Даже если для самого специалиста вопросы, обсуждаемые с подростком, являются аксиомой, необходимо быть готовым терпеливо и спокойно доказывать свою правоту, не сбиваясь на менторский тон и раздраженное морализирование.

Знание социо-психологических особенностей подросткового периода позволяет медицинскому работнику находить дополнительные аргументы в пользу менее опасного в отношении ВИЧ-инфекции и других ИППП поведения. Такими аргументами для подростка могут стать уверенность в своем жизненном сценарии и возможности его реализации, поддержание на должном уровне внешнего облика и самочувствия.

Медицинский работник должен предложить подростку поддержку в виде доступных консультаций и возможности обсуждения возникающих проблем по телефону.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Со времени своего появления ВИЧ-инфекция преподавала человечеству несколько уроков. Она заставила людей с особой силой ощутить свою взаимосвязь друг с другом и зависимость друг от друга. Оказалось, что попытка преодолеть одиночество с помощью секса или решить проблему с помощью наркотиков, может привести к заражению неизлечимым сегодня заболеванием - ВИЧ-инфекцией. Оказалось также, что избежать этого заболевания можно, только изменив навыки поведения, в том числе навыки общения. Каждый медицинский специалист, а не только сотрудник Центра СПИД, должен владеть информацией и уметь обсуждать со своими пациентами вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией. Надеемся, что наше руководство окажется в этой работе хорошим подспорьем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе. - ВОЗ, 2004.
2. Байлук Ф.Н, Зубов В.А., Пайкачева И.В. и др. Некоторые проблемы взаимоотношения "Общество - больной - врач" при эпидемии ВИЧ/СПИДа среди ПВВН//Здравоохранение Заполярья. - 2000. - №5. - С. 55-58.
3. Беляева В.В. Консультирование как модель оказания помощи при ВИЧ-инфекции//Медицинская кафедра. - 2004. - №2. - С.186-189.
4. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции: Пособие для врачей.- М., 2003. - 77 с.
5. Беляева В.В., Суворова З.К., Соколова Е.В., Голиусов А.Т., Покровский В.В. Особенности профилактической работы по вопросам ВИЧ-инфекции на основе опыта работы центров СПИДа в России//Эпидемиология и инфекционные болезни. - №4. - 2004. - С.46-49.
6. ВИЧ инфекция: Информационный бюллетень №26. - Москва, 2004.
7. Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А. О критериях диагностики и прогноза ВИЧ-инфекции у детей 1-го года жизни и особенностях их лечения/Рахманова А.Г. и соавт. ВИЧ-инфекция. - СПб, 2004. - С. 324-332.
8. Вышемирская И.И. ВИЧ-активизм как стратегия выживания: исследование случая. www.indepsocres.spb.ru
9. Дальке Р. Детлефсен Т. Болезнь как путь. Значение и предназначение болезней. - СПб.: ИД "ВЕСЬ", 2003. - 320 с.
10. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2002 г. - ЮНЭЙДС, Женева. - С. 35.
11. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. 4-й глобальный доклад. - ЮНЭЙДС, 2004. www.hivrussia.org
12. Женщины и ВИЧ/СПИД: просвещение, профилактика, обретение самостоятельности. www.un.org
13. Кеттинг Э., Аверин Ю.П., Дмитриева Е.В. Легко ли быть молодым и влюбленным в России?: Результаты опроса 1600 подростков в 5 российских городах по вопросам здоровья

и интимных взаимоотношений. - Угрехт/Москва/Санкт-Петербург, 2001.

14. Коровина Г.И., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А., Исаева Г.Н., Афонина Л.Ю., Улюкин И.М. ПЦР-диагностика ВИЧ-инфекции у детей/Сб. тезисов IV Всероссийской научно-практической конференции "Генодиагностика инфекционных заболеваний" под ред. Покровского В.В. - Москва, 2002. - С. 120-123.
15. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования/Пер. с лит. - М.: Академический проект, 1999. - 240 с.
16. Кравченко А.В. Комбинированная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции/Эпидемиология и инфекционные болезни. - №1. - 2001. - С.59-62.
17. Ладная Н.Н., Покровский В.В., Соколова Е.В. Ситуация и тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России/Материалы 4-го симпозиума и обучающего семинара в Алтайском Крае в рамках проекта "Российская сеть по борьбе с ВИЧ-инфекцией", июль 2004 г. www.hivrussia.org
18. Лечение ВИЧ-инфекции/Под ред. К. Хоффмана и Б. Кампса. - Flying Publisher, 2003. www.HIVMedicine.com
19. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. ВИЧ-инфекция и СПИД - ассоциируемые заболевания. - М.: ТОО "Рарог", 1996. - 624 с.
20. Медицинские работники о проблемах ВИЧ/СПИДа: Отчет. Основные выводы по результатам глубинных интервью. - Проект "Здоровая Россия 2020". - Август 2004. - 44 с.
21. Покровский В.В. Интернет-пресс-конференция на сайте RBC.RU 31.07.2002 г. www.narkotiki.ru
22. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. - М.: "Медицина", 1996. - 248 с.
23. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение//Под общ. ред. В.В.Покровского. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2003. - 488 с.
24. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В./Информационный бюллетень "ВИЧ -инфекция". - № 26.- М. 2004. - 35 с.
25. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Буравцова Е.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Во-

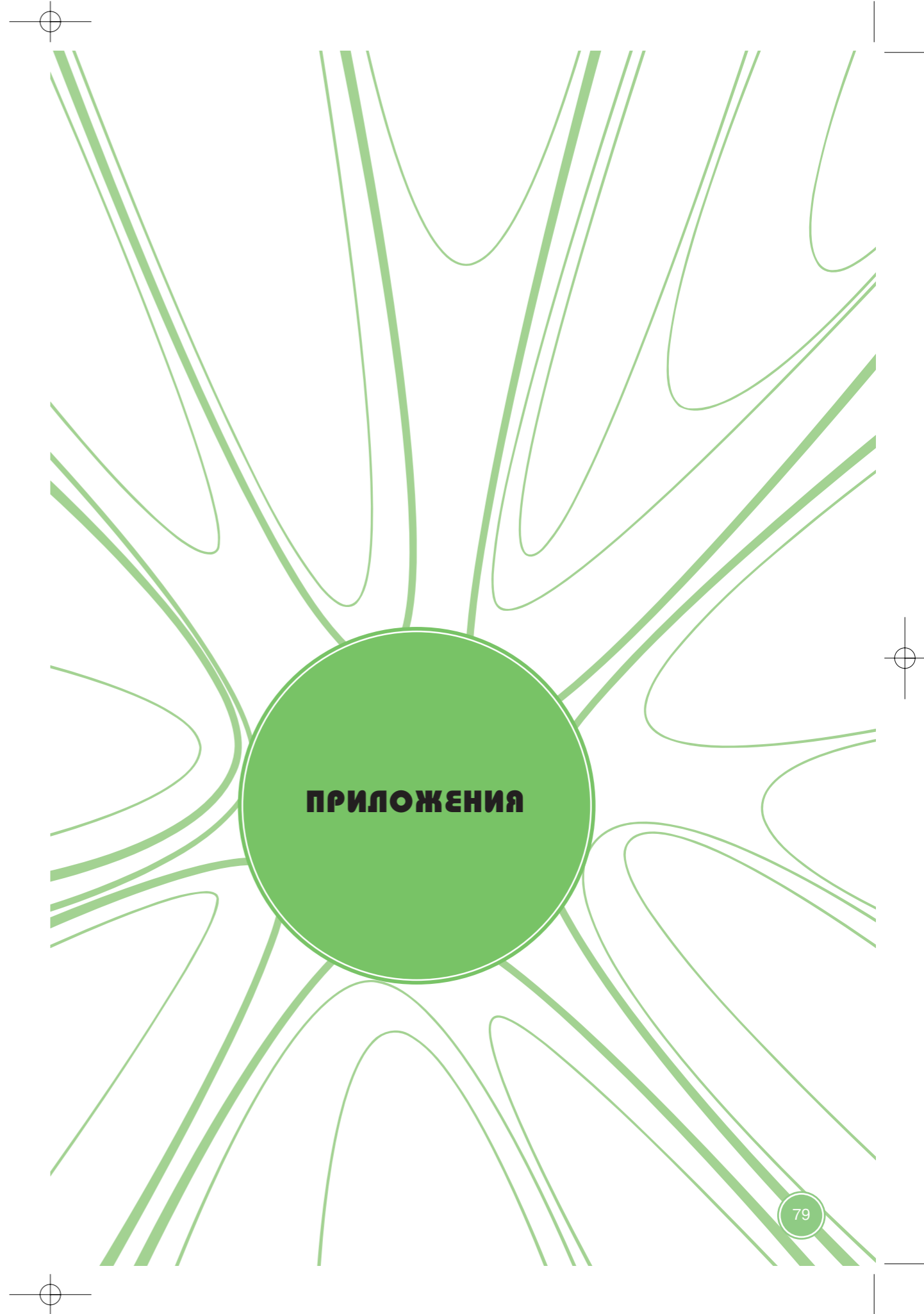


- ронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции: Практическое руководство. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 96 с.
26. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Деткова Н.В., Соколова Е.В., Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А., Королева Л.П. Рекомендации по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку: Учебное пособие. - М. Медицина для Вас, 2003. - 29 с.
27. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Протоколы ВОЗ для стран СНГ. Версия 1. - ВОЗ, 2004.
28. Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе (март 2004). www.aidsknowledgehub.org
29. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам/Под ред. Д. Андерсон. - 2001. - С. 463.
30. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т.2. - М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 381 с.
31. СПИД-терроризм угрожает каждому. www.press.mednet.md
32. Учебный курс по ВИЧ для медицинских работников. - Baylor College of Medicine, США. - 2003. - 218 с.
33. Федеральный закон РФ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (№38-ФЗ от 30.03.95 г.)
34. Фланаган В.Ф. Вирус иммунодефицита человека, СПИД и права человека в России. - СПб, 2000. - 44 с.
35. Яшина Е. с соавт. Я хочу провести тренинг. "Гуманитарный проект". - Новосибирск, 2000. - 205 с.
36. A Guide to the clinical care of women with HIV. Edited by Jean R. Anderson, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS bureau, 2001.- 510p.
37. Alliegro M.B., Dorrucchi M., Phillips A.N. Incidence and consequences of pregnancy in women with known duration of HIV infection. Italian Seroconversion study Group. Arch. Intern. Med. 1997, 157: 2585-90.

38. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Deadlines on care treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource constrained settings. - WHO, Geneva, 2004.
39. Belyaeva V.V., Rutchkina Y.V., Pokrovsky Y.V. Psychosocial care for HIV-infected individuals in Russia; AIDS CARE; 1993. Vol. 5. N 2., pp.243-246.
40. Burns D.N., Landesman S., Minkoff H., Wright D.J., Waters D., Mitchell R.M. et al. The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type-1 infection: antepartum and postpartum changes in human immunodeficiency virus type-1 viral load. Am. J. Obstet. Gynecol. 1998, 178: 355-9.
41. Catalan, J., Meadows, J. & Douzenis, A. The changing pattern of mental health problems in HIV infection: the view from London, UK. AIDS Care, 2000. 12, 333-341.
42. Chabon B., Futterman D., Jones C. Adolescent HIV counseling and testing protocol. In: Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling/ New York: Columbia University Press, 1998, pp.152-161.
43. Christ G.N., Wiener L.S.,//AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. - Philadelphia, 1985. - P.275-279.
44. Cooper et al. JAIDS 2002; 29:484-494.
45. Fiscus et al. Pediatric Infectious Diseases Journal, 2002; 21:664-668.
46. Frankel R.E., Selwyn P.A., Mezger J., Andrews S. High prevalence of gynecologic disease among hospitalized women with human immunodeficiency virus infection. Clin. Infect. 1997, 25: 706-12.
47. HIV voluntary counseling and testing: a gateway to prevention. UNAIDS (2002). 100 pages. www.unaids.org
48. Kirk O., Mocroft A., Katzenstein T.L. et al. Changes in use of antiretroviral therapy in regions of Europe over time. AIDS 1998, 12:2031-9.
49. McKee N. et al. Involving People, Evolving Behavior. - P. 109.
50. Minkoff H.L., Eisenberger-Matityahu D., Feldman J., Burk R., Clarke L. Prevalence and incidence of gynecologic disorders among women with human immunodeficiency virus. Am. J. Obstet. Gynecol. 1999, 180: 824-36.
51. Murphy R, et al. 42nd ICAAC, San Diego, 2002.



- 52. Northhouse L., Northhouse P. Health Communication. - P. 107.
- 53. O'Sullivan M.J., Lai S., Yasin S., Helfgott A. The effect of pregnancy on lymphocyte count in HIV infected women. HIV Infected Women Conf. S20: Feb 22-24, 1995.
- 54. Padian et al. American Journal of Epidemiology, 1997; 146: 350-357.
- 55. Siegel K., Lune H., Meyer I. Stigma Management Among Gay/ Bisexual Men with HIV / AIDS// Qualitative Sociology. V.21.N 1. P.3-24.
- 56. Strong P. Epidemic psychology: a model. Sociology of Health and Illness 1990; 12: 249-59.
- 57. The UCSF AIDS health project guide to counseling: Perspectives on psychotherapy, prevention, and therapeutic practice. J.W. Dilley, R. Marks. AIDS Health Project, 1998.
- 58. Weitz R. Living with the stigma of AIDS //Qualitative Sociology. V.13, N. 1, P. 23-38.





ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ

"О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"

(с изменениями от 12 августа 1996 г., 9 января 1997 г.,
7 августа 2000 г., 22 августа 2004 г.)

Принят Государственной Думой 24 февраля 1995 года

Глава 1. Общие положения(ст.ст. 1 - 6)

Глава II. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным(ст.ст. 7 - 16)

Глава III. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей.....(ст.ст. 17 - 20)

Глава IV. Социальная поддержка лиц, подвергшихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей(ст.ст. 21 - 22)

Глава V. Заключительные положения(ст.ст. 23 - 26)

Признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция),

приобретает массовое распространение во всем мире, остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции,

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие понятия:

ВИЧ-инфекция - заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека;

ВИЧ-инфицированные - лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции

1. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

3. Если международными договорами Российской Федерации установлены иные, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, правила, то применяются правила международных договоров.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации, на находящихся на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе постоянно проживающих в Российской Федерации, а также применяется в отношении предприятий, учреждений и организаций, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, независимо от их организационно-правовой формы.

Статья 4. Гарантии государства

Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в пункт 1 статьи 4 настоящего Федерального закона внесены изменения, вступающие в силу с 1 января 2005 г.

См. текст пункта в предыдущей редакции

1. Государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее - медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации.



Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения [ВИЧ-инфекции](#);

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;

обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в [порядке](#), установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. [ВИЧ-инфицированные](#) - граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с [Конституцией](#) Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

[Федеральным законом](#) от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в статью 6 настоящего Федерального закона внесены изменения, [вступающие в силу](#) с 1 января 2005 г.

[См. текст статьи в предыдущей редакции](#)

Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения [ВИЧ-инфекции](#), проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации.

1.1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации.

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Глава II. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным

Статья 7. Медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных [статьей 9](#) настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

4. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

5. 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.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики [ВИЧ-инфекции](#).

[Федеральным законом](#) от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в пункт 7 статьи 7 настоящего Федерального закона внесены изменения, [вступающие в силу](#) с 1 января 2005 г.

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование



1. Медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия, а в случаях, указанных [в пункте пятом статьи 7](#), - по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления [ВИЧ-инфекции](#) при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

[Перечень](#) 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, утвержден [постановлением](#) Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. N 877

4. Правила, в соответствии с которыми осуществляется обязательное медицинское освидетельствование лиц в целях охраны здоровья населения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются им не реже одного раза в пять лет.

Указанные [Правила](#) утверждены [постановлением](#) Правительства РФ от 13 октября 1995 г. N 1017

5. Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства

[Федеральным законом](#) от 12 августа 1996 г. N 112-ФЗ в пункт 1 статьи 10 настоящего Закона внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации

выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей.

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются Правительством Российской Федерации.

[Требования](#) к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев установлены [постановлением](#) Правительства РФ от 25 ноября 1995 г. N 1158

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них [ВИЧ-инфекции](#) не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

Лицо, прошедшее освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения [ВИЧ-инфекции](#), о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об [уголовной ответственности](#) за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления [ВИЧ-инфекции](#) у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органом исполнительной власти.



Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения [ВИЧ-инфекции](#) в Российской Федерации.

См. [Инструкцию](#) по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности, утвержденную [приказом](#) Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. N 606

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав [ВИЧ-инфицированных](#), а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

[Федеральным законом](#) от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в главу III настоящего Федерального закона внесены изменения, [вступающие в силу](#) с 1 января 2005 г.

[См. текст главы в предыдущей редакции](#)

Глава III. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социаль-

ному страхованию;

сохранения непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного - несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж.

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних

ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за [ВИЧ-инфицированными](#) - несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками

Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в результате ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь, производится в порядке, установленном [гражданским законодательством](#) Российской Федерации.

[Федеральным законом](#) от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ в главу IV настоящего Федерального закона внесены изменения, [вступающие в силу](#) с 1 января 2005 г.

[См. текст главы в предыдущей редакции](#)

Глава IV. Социальная поддержка лиц, подвергшихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей

Статья 21. Утратила силу с 1 января 2005 г.

[См. текст статьи 21](#)

Статья 22. Гарантии в области труда

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.



Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установление размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат:

обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Глава V. Заключительные положения

Статья 23. Государственный контроль

Государственный контроль за деятельностью физических и юридических лиц, направленной на реализацию мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Нарушение настоящего Федерального закона влечет за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Статья 25. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом до 1 июля 1995 года.

Статья 26. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 августа 1995 года.

Президент Российской Федерации

Б. Ельцин

Москва, Кремль
30 марта 1995 г. N 38-ФЗ

ПРИКАЗ от 19 декабря 2003 г. №606 Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ

В целях обеспечения наиболее эффективного противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации среди целевых групп населения и усиления мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности (Приложение №1).

1.2. Образец информированного согласия на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному (Приложение №2).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Г.Г. Онищенко

Министр Ю.Л. Шевченко



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Приложение №1

**УТВЕРЖДЕНО Приказом
Министерства
здравоохранения
Российской Федерации**

от 19.12.2003 № 606

Инструкция по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности

I. Общие положения

1.1. Данная инструкция предназначена для медицинских работников центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, службы детства и родовспоможения и работников других служб здравоохранения.

1.2. В настоящей инструкции определены этапы, методы и схемы применения отечественных и зарубежных противоретровирусных препаратов при беременности, в родах и в период новорожденности с целью предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также приведены сведения о диагностических системах и лекарственных препаратах, разрешенных к применению в России.

1.3. Возбудитель ВИЧ-инфекции - Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) принадлежит к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов. Выделяют два типа вируса - ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Типы ВИЧ подразделяются на субтипы, обозначаемые латинскими буквами.

ВИЧ-инфекция распространена широко и может встречаться повсеместно. Для женщин основными факторами риска заражения являются половые контакты с больными ВИЧ-инфекцией, внутривенное употребление психоактивных веществ, большое количество половых партнеров. Благодаря особенностям передачи, ВИЧ-инфекция поражает преимущественно лиц молодого возраста.

1.4. Источником ВИЧ является зараженный человек во всех стадиях заболевания. Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной крови и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребенку во время беременности и родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной женщины ребенку и от инфицированного ребенка кормящей женщине.

ВИЧ циркулирует во внутренних жидкостях организма инфицированного человека в виде вирусной частицы - вириона, содержащего РНК вируса. Вирус поражает преимущественно клетки, несущие на своей поверхности рецептор CD4. Для патогенеза ВИЧ-инфекции важно, что к числу таких клеток относятся CD4 лимфоциты, необходимые для формирования полноценного иммунного ответа, и некоторые клетки нейроглии. Истощение популяции CD4 лимфоцитов приводит к развитию глубокого иммунодефицита и появлению тяжелых оппортунистических заболеваний, приводящих к гибели больного. Поражение нейроглии также может стать причиной угрожающих жизни поражений нервной системы.

1.5. Инкубационный период ВИЧ-инфекции (период от момента заражения до появления клинических проявлений болезни) продолжается от 2 недель до 6 и более месяцев. У 50-70% пациентов через несколько недель или месяцев после заражения наступает длящийся от нескольких дней до 2 месяцев период "острой инфекции". Обычно он проявляется лихорадкой, увеличением лимфатических узлов, стоматитом, пятнистой сыпью, фарингитом, диареей, увеличением селезенки, иногда явлениями энцефалита. Ранние клинические проявления ВИЧ-инфекции, за исключением увеличения лимфатических узлов, проходят, и затем в течение нескольких лет у зараженных лиц нет других клинических признаков ВИЧ-инфекции. Однако в этот период ВИЧ продолжает размножаться и происходит медленное снижение количества CD4-клеток. Когда защитные силы организма достаточно ослабевают, у пациента начинают возникать разнообразные оппортунистические заболевания, тяжесть которых в дальнейшем нарастает по мере снижения количества CD4-клеток. На этом этапе клиническая картина ВИЧ-инфекции определяется клинической картиной развившихся на ее фоне оппортунистических заболеваний.

Средняя продолжительность заболевания от момента заражения ВИЧ-1 до гибели составляет в среднем 13-15 лет. Некоторые больные погибают значительно раньше, отдельные пациенты живут более 20 лет. При заражении ВИЧ-2 заболевание прогрессирует несколько медленнее.

1.6. Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.

В настоящее время в России стандартной процедурой лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ в реакции ИФА с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга. В 90-95% случаев заражения антитела к ВИЧ появляются в течение 3-х месяцев после инфицирования, у 5-9% - в период от 3 до 6 месяцев после заражения, а у 0,5-1% - в более поздние сроки (до 1 года). На более ранний срок обнаружения антител - 2 недели от момента заражения. В крови детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, до конца первого года жизни присутствуют материнские антитела, поэтому обнаружение антител к ВИЧ в крови этого ребенка не может служить подтверждением его инфицирования. В ряде случаев дополнительно применяются более сложные и дорогие методики, основанные на обнаружении самого ВИЧ, его антигенов и генетического материала.

1.7. При значительном распространении ВИЧ-инфекции она может играть существенную роль в заболеваемости и смертности населения. Медицинская помощь заболевшим требует



существенных затрат на диагностику и лечение, но заболевание все равно остается неизлечимым. Поэтому наиболее существенными элементами противодействия эпидемии являются профилактические и противоэпидемические мероприятия.

II. Показания и противопоказания к применению метода

2.1. Показаниями для применения метода являются:

- для ВИЧ-инфицированной женщины - беременность сроком более 13 недель или роды;
- для ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери;
- возраст не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;
- при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) - период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком.

2.2. Противопоказанием для применения метода является беременность сроком менее 14 недель.

III. Применение метода

3.1. С целью химиопрофилактики могут применяться следующие противоретровирусные препараты:

Препараты		№ Государственной регистрации
Международное название	Торговое название	
Азидотимидин (АЗТ)	Ретровир	П-8-242-N 008440
	Тимазид	№ 2000/54/9
Невирапин	Вирамун	П-8-242-N 011046
Фосфазид (Ф-АЗТ)	Никавир	№ 99/358/4

3.2. Введение в практику методов химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку снижает вероятность заражения ребенка в 3 - 5 раз.

3.3. С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным женщинам, которые планируют сохранить беременность, должно быть предложено тестирование на ВИЧ.

3.4. Следует проводить двукратное тестирование беременных: при первичном обращении по поводу беременности и, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании, в третьем триместре беременности (34-36 недель).

3.5. Женщинам, не тестированным на ВИЧ во время беременности, рекомендуется пройти тестирование при госпитализации в акушерский стационар на роды.

3.6. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ, решение о проведении химиопрофилактики принимается при обнаружении антител к ВИЧ с помощью экспресс тест-систем, разрешенных Минздравом России. Однако для установления женщине диагноза ВИЧ-инфекции результатов, полученных только с помощью экспресс теста, недостаточно - необходимо подтверждение диагноза методом ИФА и иммунного блоттинга.

3.7. Тестирование сопровождается консультированием, которое состоит из до- и послетестовых частей. Консультирование должно проводиться специалистами, прошедшими соответствующую подготовку. При дотестовом консультировании, помимо стандартных вопросов, задаваемых при любом тестировании на ВИЧ (что такое ВИЧ-инфекция, как можно предупредить заражение ВИЧ, для чего проводится тест, какие могут быть результаты тестирования), с беременной женщиной должны обсуждаться специфические вопросы:

- риск передачи ВИЧ ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании;
- возможность проведения профилактики передачи ВИЧ ребенку;
- возможные исходы беременности;
- необходимость последующего наблюдения матери и ребенка;
- возможность информирования о результатах теста полового партнера (партнеров), родственников.

Во время послетестового консультирования необходимо повторить информацию, предоставляемую пациентке до тестирования. При послетестовом консультировании беременных, оказавшихся ВИЧ-инфицированными, следует более подробно остановиться на вопросах взаимосвязи ВИЧ и беременности, риска передачи ВИЧ от матери ребенку и методах его предупреждения, вскармливания новорожденного, диагностики ВИЧ у ребенка, вопросах репродуктивного поведения женщины.

VI. Особенности диспансерного наблюдения и родоразрешения беременных с ВИЧ-инфекцией

4.1. Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (далее - Центр ВИЧ/СПИД) и акушером-гинекологом (в зависимости от условий каждой административной территории - в Центре ВИЧ/СПИД, в женской консультации по месту жительства, в специализированной женской консультации или в условиях специализированного приема и т.д.).

4.2. В период диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированной беременной и родов рекомендуется избегать любой процедуры, при которой нарушается целостность кожных покровов, слизистых или увеличивается возможность контакта плода с кровью матери (амниоцентез, взятие проб ворсин хориона и т.д.).



4.3. Во время родов нежелателен длительный безводный период (более 4 часов), так как риск инфицирования ребенка, по данным исследований, увеличивается в 2 раза. При ведении родов через естественные родовые пути рекомендуется обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. Новорожденному ребенку проводится гигиеническая ванна с 0,25% раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды).

4.4. Все акушерские манипуляции (процедуры) должны быть строго обоснованы. При живом плоде не рекомендуются родовозбуждение, родоусиление, перинео(эпизио)томия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, и т.д. Все эти процедуры повышают риск инфицирования плода и их назначение возможно лишь по жизненным показаниям.

4.5. Плановое кесарево сечение до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод (по достижении 38 недели беременности) предотвращает контакт плода с инфицированными секретами материнского организма и поэтому может являться методом профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. При невозможности проведения химиопрофилактики плановое кесарево сечение может использоваться как самостоятельный метод профилактики в родах. Вместе с тем, ВИЧ-инфекция не является абсолютным показанием к кесареву сечению. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции (патологической кровопотери и развития септических осложнений).

V. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

5.1. Передача ВИЧ от матери ребенку возможна во время беременности, особенно на поздних сроках (15-25% от числа случаев заражения ребенка), во время родов (60-85%) и вскармливания молоком матери (12-25%). Риск инфицирования ребенка повышается, если мать была заражена в течение шести месяцев перед наступлением беременности или в период беременности, а также если беременность наступила на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (стадия 4Б - 4В по Российской классификации ВИЧ-инфекции).

5.2. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку включает в себя:

- Химиопрофилактику в период беременности;
- Химиопрофилактику в период родов;
- Химиопрофилактику новорожденному;

Наиболее успешные результаты имеют место при проведении всех трех компонентов химиопрофилактики. Однако если какой-либо из компонентов химиопрофилактики провести не удастся, это не является основанием для отказа от следующего этапа.

5.3. Перед назначением химиопрофилактики врачом, назначающим ее, с женщиной проводится беседа (консультирование), в ходе которой беременную информируют о целях хими-

опрофилактики, разъясняется вероятность рождения ВИЧ-инфицированного ребенка при проведении профилактики или отказе от нее, дается информация о возможных побочных эффектах от применяемых препаратов. Пациентке предлагается подписать информированное согласие на проведение химиопрофилактики.

5.4. Если в период беременности ВИЧ-инфицированная женщина находится на диспансерном наблюдении по беременности, химиопрофилактику ей назначает врач инфекционист Центра ВИЧ/СПИД или врач-инфекционист ЛПУ (в зависимости от условий территорий), которые дают рекомендации по проведению химиопрофилактики во время родов (ее проводит врач акушер-гинеколог, ведущий роды) и новорожденному (ее назначает врач неонатолог или педиатр).

Если ВИЧ-инфицирование выявлено в период родов, химиопрофилактику роженице назначает и проводит врач акушер-гинеколог, ведущий роды (смотри схему), а новорожденному ребенку - врач неонатолог или педиатр (смотри схему).

5.5. Для предотвращения инфицирования новорожденного следует детей, родившихся от ВИЧ-инфицированной женщины, не прикладывать к груди и не кормить материнским молоком, а сразу же после рождения переводить на искусственное вскармливание.

5.6. Применение полноценной химиопрофилактики на всех трех этапах значительно снижает риск заражения ребенка - с 28-50% до 3-8%. Такая эффективность при достаточной безопасности для матери и плода доказана лишь для схем с применением азидотимидина и/или не-вирапина.

5.7. Если у больной в период беременности имеются показания к назначению противоретровирусной терапии, она должна назначаться с учетом необходимости профилактики передачи ВИЧ от матери плоду и максимальной безопасности для плода - раздел "Особенности проведения противоретровирусной терапии у беременных".

VI. Препараты, применяемые для химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

6.1. Азидотимидин (Zidovudine, Зидовудин, АЗТ, AZT, ZDV) - противоретровирусный препарат из группы ингибиторов обратной транскриптазы, нуклеозидных аналогов.

Коммерческие названия: Тимазид - капсулы по 0,1г.; Ретровир - капсулы по 0,1 и 0,3г.; Ретровир раствор для в/в введения (флаконы по 20 мл раствора - 0,01г/мл, 0,2г АЗТ во флаконе); Ретровир - сироп для детей (флаконы по 200 мл, 0,01г/мл, 2г АЗТ во флаконе).

Основные осложнения, возникающие при применении препаратов АЗТ - тошнота (наиболее частое осложнение), анемия, гранулоцитопения. Редкое, но наиболее тяжелое осложнение - лактоацидоз.

Препараты АЗТ не рекомендуется применять совместно с фосфазидом (Ф-АЗТ) и ставудином



(d4T), так как они взаимно снижают эффективность.

6.2. Фосфазид (Ф-АЗТ, Phosphazide) - противоретровирусный препарат из группы ингибиторов обратной транскриптазы, нуклеозидных аналогов. Является фосфорилированным производным азидотимидина.

Коммерческое название Никавир, форма выпуска - таблетки по 0,2 г. Основное осложнение - тошнота.

При применении фосфазида осложнения возникают значительно реже, чем при применении азидотимидина. Может использоваться при непереносимости АЗТ и при развитии резистентности к нему. Не применяется совместно с АЗТ и d4T (взаимно снижают эффективность).

6.3. Невирапин (Nevirapine, NVP) - противоретровирусный препарат из группы ингибиторов обратной транскриптазы, не нуклеозидных аналогов.

Коммерческое название Вирамун, лекарственные формы - таблетки по 0,2 г. и суспензия для перорального применения, содержащая по 0,01 г препарата в 1 мл, 240 мл во флаконе.

При применении невирапина наиболее тяжелым осложнением является синдром Стивена-Джонса, поэтому при появлении крапивницы, пятнисто-папулезной сыпи, многоформной эритемы, а особенно при появлении пузырей, отеков, артралгии, лихорадки, конъюнктивита, слабости, высыпаний на слизистых оболочках применение невирапина должно быть немедленно прекращено.

VII. Химиопрофилактика в период беременности

7.1. В данном разделе приводятся схемы химиопрофилактики, применяемые при отсутствии показаний к противоретровирусной терапии. Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ начинается при сроке беременности не менее 14 недель (более раннее назначение не рекомендуется из-за возможного тератогенного эффекта). Если ВИЧ-инфекция у беременной была выявлена на более поздних сроках, химиопрофилактика начинается с момента установления диагноза ВИЧ-инфекции, даже если до родов осталось несколько дней.

7.2. Применяемые схемы химиопрофилактики:

Схема № 1 - Азидотимидин (тимазид, ретровир) перорально по 0,2 грамма каждые 8 часов (3 раза в день, суточная доза 0,6г) ежедневно весь период беременности до родов.

Схема № 2 - (может назначаться и при непереносимости схемы № 1) - Фосфазид (никавир) перорально по 0,2 грамма каждые 8 часов (3 раза в день, суточная доза 0,6г) ежедневно весь период беременности до родов.

7.3. При проведении химиопрофилактики проводятся контрольные обследования пациентки, целью которых является консультирование пациентки, оценка "комплаентности" (соблуже-

ния режима лечения), оценка безопасности (выявление побочных эффектов приема препаратов), оценка течения ВИЧ-инфекции, выявление показаний к назначению противоретровирусной терапии. Обследования включает в себя консультирование пациентки, а также ее физикальное и лабораторное обследование.

Первое плановое обследование проводится через две, второе - через четыре недели после начала химиопрофилактики (то есть через две недели после первого обследования), затем - каждые четыре недели.

Поскольку наиболее частым из серьезных осложнений терапии препаратами азидотимидина являются анемия, гранулоцитопения и тромбоцитопения (реже), при каждом контрольном обследовании должен проводиться анализ крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы.

7.4. Для оценки эффективности химиопрофилактики и решении вопроса о целесообразности ее корреляции по завершении 4, 8, 12 недель химиопрофилактики, а также за 4 недели до предполагаемого срока родов проводится исследование уровня CD4 лимфоцитов. С этой же целью, через 4 и 12 недель химиопрофилактики и за 4 недели до предполагаемого срока родов рекомендуется провести определение уровня РНК ВИЧ ("вирусной нагрузки") в крови.

7.5. При выявлении уровня CD4 лимфоцитов ниже 0,3 млрд/л или "вирусной нагрузки" более 30000 копий в мл рекомендуется повторить эти исследования через две недели и, при получении тех же результатов, начать высокоинтенсивную противоретровирусную терапию. Эту терапию необходимо также начинать по клиническим показаниям при развитии у пациентки вторичных заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией. Уровень РНК ВИЧ в крови более 30000 копий в мл, выявленный при обследовании за 4 недели до предполагаемого срока родов, является дополнительным показанием к проведению операции кесарева сечения.

VIII. Химиопрофилактика во время родов

8.1. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов проводится с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку и назначается независимо от того, получала или не получала ВИЧ-инфицированная беременная химиопрофилактику во время беременности.

8.2. Если женщина не тестировалась на ВИЧ во время беременности, химиопрофилактика во время родов назначается на основании обнаружения у нее антител к ВИЧ в результате тестирования, проведенного в акушерском стационаре (в том числе и с использованием экспресс тестов).

8.3. При невозможности проведения экспресс теста или своевременного получения результатов стандартного теста (ИФА), химиопрофилактика передачи ВИЧ во время родов и новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям (наличие в анамнезе парентерального употребления беременной психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером).



8.4. По эпидемиологическим показаниям даже при отрицательном результате обследования на ВИЧ химиопрофилактика во время родов и новорожденному назначается, если со времени парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель (12 недель - срок от момента заражения до появления антител в крови более чем у 90% лиц, заразившихся ВИЧ).

8.5. Во время родов применяются следующие схемы химиопрофилактики:

Схема № 1 - Азидотимидин (ретровир) в форме раствора для внутривенного введения. Препарат назначается с началом родовой деятельности до момента отделения ребенка от матери (пересечения пуповины). В течение первого часа родов он вводится из расчета 0,002 г препарата (0,2 мл раствора) на 1 кг веса пациентки, а затем доза снижается до 0,001 г (0,1 мл) на 1 кг веса пациентки в час.

Схема № 2 - Невирапин (вирамун) - 1 таблетка (0,2 грамма препарата) перорально однократно с началом родовой деятельности. Если роды продолжаются более 12 часов, необходимо повторить прием препарата в той же дозе. Если пациентка получала в период беременности азидотимидин или фосфазид, прием этого препарата во время родов продолжается по прежней схеме совместно с невирапином.

В мировой практике схема № 1 применяется более длительное время, ее эффективность и безопасность изучена лучше, чем при применении схемы № 2. Однако схема № 2 более дешева и проста в применении. Кроме того, добавление другого препарата (невирапин) к применяемому во время беременности азидотимидину способствует преодолению возможной резистентности к последнему.

8.6. Резервные схемы рекомендуются применять, если, по каким-либо причинам невозможно использовать одну из основных схем.

Схема № 3 - Азидотимидин (ретровир) перорально - 0,3 грамма с началом родовой деятельности, затем по 0,3 грамма каждые 3 часа до момента отделения ребенка от матери (пересечения пуповины).

Схема № 4 - Фосфазид (никавир) перорально - 0,6 г с началом родовой деятельности, затем по 0,4 г каждые 4 часа до момента отделения ребенка от матери (пересечения пуповины). Если в период беременности больная получала азидотимидин, его следует отменить, как только начат прием фосфазиды.

8.7. Вопрос о необходимости проведения женщине противоретровирусной терапии после родов решается на основании общих показаний.

IX. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции новорожденному

9.1. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции ребенку, родившемуся от ВИЧ-инфицированной женщины, должна быть назначена независимо от того, проводилась или нет химиопрофилактика матери во время беременности и родов.

9.2. Кроме того, химиопрофилактика новорожденному проводится по эпидемиологическим показаниям, если:

- ВИЧ статус матери неизвестен, но она употребляла парентерально психоактивные вещества или имела половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером.
- при отрицательном результате обследования матери на ВИЧ в течение последних 12 недель (срок от момента заражения до появления антител в крови более чем у 90% лиц, заразившихся ВИЧ) она парентерально употребляла психоактивные вещества или имела половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером.

9.3. Оптимальное начало химиопрофилактики новорожденному - с восьмого часа жизни ребенка (до этого времени в организме ребенка действует препарат, полученный от матери в период беременности и родов). Более позднее начало химиопрофилактики снижает ее эффективность.

9.4. Если инфицирование ребенка в процессе родов произошло, то в период от 0 до 72 часов жизни ребенка вирус иммунодефицита человека циркулирует в его крови, но, возможно, еще не внедрился в ДНК клеток организма новорожденного. В этом случае заражение еще можно предотвратить. После 72 часов жизни ребенка вирус уже внедрился в ДНК клеток его организма, и предотвратить размножение ВИЧ уже невозможно. Поэтому начало химиопрофилактики после 72 часов жизни новорожденного, даже если он не кормился молоком матери, нерезультативно.

9.5. Если же ребенок прикладывался к груди матери или кормился ее сцеженным молоком (то есть имел эпидемически значимый контакт по ВИЧ-инфекции уже после рождения), то, вне зависимости от продолжительности вскармливания материнским молоком, следует немедленно прекратить прием материнского молока и начать ребенку химиопрофилактику ВИЧ-инфекции по общепринятой методике (так как есть вероятность, что ребенок еще не успел инфицироваться). Однако если после последнего вскармливания молоком матери прошло более 72 часов, начинать проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку нерезультативно.

9.6. С целью химиопрофилактики ВИЧ-инфекции новорожденному применяются жидкие пероральные формы азидотимидина и/или невирапина.

Схема № 1 - Азидотимидин в форме сиропа перорально 0,002 г препарата (что соответствует 0,2 мл сиропа) на 1 кг веса ребенка строго каждые 6 часов в течение 6 недель. Необходимая разовая доза отмеряется с помощью шприца, прилагаемого к флакону. Первый прием препарата проводится через 8 часов после рождения, более позднее назначение менее эффективно. Ежедневно доза препарата пересчитывается в зависимости от веса ребенка. Так, например, при весе ребенка 3500,0 г (3,5 кг) разовая доза сиропа азидотимидина составит 0,7 мл (0,2 мл x 3,5 кг).

Схема № 2 - Невирапин в форме суспензии для перорального приема из расчета по 0,002 г препарата (0,2 мл суспензии) на 1 кг веса ребенка 1 раз в день в течение 3 дней с интервалом



в 24 часа. Расчет разовой дозы суспензии невирапина аналогичен расчету разовой дозы сиропа азидотимина. Первый прием препарата проводится через 8 часов после рождения, более позднее назначение менее эффективно.

Обе эти схемы могут рассматриваться как основные. Схема № 2 имеет преимущество в тех случаях, когда нет достаточной уверенности, что ребенок сможет получать регулярно химиопрофилактику в течение 6 недель.

9.7. С целью профилактики инфицирования новорожденного вирусом иммунодефицита человека через грудное молоко:

- детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, не следует прикладывать к груди и кормить материнским молоком, а сразу же после рождения переводить на искусственное вскармливание.
- детей, родившихся от женщин, не обследованных на ВИЧ, рекомендуется с согласия матери не прикладывать к груди и не вскармливать его сцеженным материнским молоком до получения отрицательного результата обследования матери на ВИЧ (при этом лактация у матери сохраняется - она сцеживает грудь).

9.8. Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, может сниматься с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции в возрасте 18 месяцев при одновременном наличии трех следующих условий:

- отрицательный результат исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА
- отсутствие гипогаммаглобулинемии
- отсутствие клинических проявлений ВИЧ-инфекции

Х. Особенности проведения противоретровирусной терапии у беременных

10.1. Противоретровирусная терапия, проводимая в период беременности, является одновременно и химиопрофилактикой вертикальной передачи ВИЧ, однако, может потребоваться ее коррекция с учетом действия препаратов на организм беременной и плода.

10.2. При назначении противоретровирусной терапии в период беременности или выявлении беременности у женщины, уже получающей противоретровирусную терапию, проводится ее консультирование с разъяснением возможного влияния лечения или отказа от его проведения на ее состояние и на здоровье будущего ребенка.

10.3. В настоящее время в контролируемых клинических испытаниях на людях при применении противоретровирусных препаратов в первые 12 недель беременности безопасность для плода не доказана ни для одного из этих препаратов. Однако в исследованиях на животных такая безопасность была показана для диданозина (ddl), фосфазида (Ф-АЗТ), ритонавира,

саквинавира и нельфинавира. Для остальных препаратов исследования по их безопасности для плода либо не проводились, либо проводятся и не завершены, либо показали наличие такой опасности (азидотимидин, зальцитабин, ифавиренц).

Способность противоретровирусных препаратов проникать через плацентарный барьер значительно варьирует. Она составляет для АЗТ - 85%, для ddC - 30-50%, для ddl - 50%, для d4T - 76%, для ЗТС - 100%, для невирапина - 100%, для индинавира и саквинавира - очень низкая. Для нельфинавира и ифавиренца - не изучено.

10.4. Беременным женщинам и женщинам, планирующим беременность, не следует назначать схемы противоретровирусной терапии, включающие ифавиренц, так как он является наиболее эмбриотоксичным из применяемых ныне противоретровирусных препаратов.

10.5. Назначение беременным женщинам препаратов d4T и ddl не рекомендуется фирмой производителем, так как на фоне приема этих препаратов у беременных описаны случаи развития лактоацидоза (хотя ddl, как указывалась выше, не токсичен для плода).

10.6. Рекомендуется, по возможности, избегать схем, включающих в себя индинавир как препарат, потенциально токсичный для будущего ребенка. Поэтому, если пациентка лечилась индинавиром до беременности, с ее наступлением рекомендуется заменить индинавир на другой ингибитор протеазы.

10.7. Если лечение приходится назначать в первые 14 недель беременности (из-за тяжести состояния беременной), предпочтительнее назначать схемы, включающие Ф-АЗТ как препарат, наименее опасный для плода на этих сроках беременности.

10.8. При наступлении беременности рекомендуется заменить ранее применяемые препараты: АЗТ или d4T на Ф-АЗТ, ddC или ddl на ЗТС, а из ингибиторов протеазы предпочтительнее использовать нельфинавир.

Если по каким-либо причинам невозможна замена АЗТ или d4T на Ф-АЗТ, то для лечения беременных предпочтение отдается АЗТ как препарату, при применении которого доказана способность снижать риск внутриутробного инфицирования плода.

Если же по каким-либо причинам (выраженная анемия и/или гранулоцитопения, не позволившие перейти на длительный прием других препаратов), больная продолжает получать d4T вплоть до родов, рекомендуется с началом родовой деятельности осуществлять химиопрофилактику передачи ВИЧ при родах, используя АЗТ (при отсутствии в анамнезе угрожающих жизни побочных реакций на его введение) или невирапин. Прием d4T на весь период приема АЗТ необходимо прекратить, так как они снижают эффективность друг друга.

Поскольку одним из возможных осложнений при приеме препаратов из группы ингибиторов протеазы является развитие гипергликемии, беременным, получающим эти препараты, должно проводиться исследование уровня глюкозы в крови не реже одного раза в две недели. Кроме того, с целью самоконтроля, они должны быть информированы о проявлениях гипергликемии.



Использованные сокращения

АЗТ (AZT)	Азидотимидин (Тимазид, Ретровир, Зидовудин)
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВИЧ-инфекция	Заболевание, вызываемое ВИЧ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР (PCR)	Полимеразная цепная реакция
СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
Ф-АЗТ	Фосфазид (Никавир)
BDNA	Реакция "Разветвление ДНК"
DdC	Зальцитабин (Хивид)
Ddl	Диданозин (Видекс)
d4T	Ставудин (Зерит)
EFV	Ифавиренц (Efavirenz)
IDV	Индинавир (Криксиван)
NASBA	Реакция "Аmplификация на основе полного генома"
NFV	Нельфинавир (Вирасепт)
NVR	Невирапин (Вирамун)
RT PCR	Реакция "Обратная транскрипция - ПЦР"
RTV	Ритонавир (Норвир)
SQV	Саквинавир (Инвираза)
ЗТС	Ламивудин (Эпивир)

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Министерства
здравоохранения РФ

от 19.12. 2003 № 606

ОБРАЗЕЦ

**Информированное согласие на проведение химиопрофилактики
 передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
 во время беременности, родов и новорожденному**

Я (Фамилия, Имя, Отчество полностью), _____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов.
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка.
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен.
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%.
- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России.
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении



которых я информирована.

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения.
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения.
- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию.
- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- Проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь.
- Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.
- Сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам.
- Сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.
- Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки: Дата:

Врач Дата:
(ФИО, разборчиво)

.....
(подпись)

Российская классификация ВИЧ-инфекции

(В.И. Покровский, 2001 г.) [23]

1. Стадия инкубации
2. Стадия первичных проявлений
Варианты течения: А. Бессимптомная
Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.
В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.
3. Субклиническая стадия
4. Стадия вторичных заболеваний
 - 4А Потеря веса менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Фазы Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
 - 4Б Потеря веса более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Фазы Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
 - 4В Кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода, бронхов, легких; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

Фазы Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
5. Терминальная стадия.



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции

1. "Стадия инкубации" - период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений "острой инфекции" и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3-х недель до 3-х месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет, и антитела к ВИЧ еще не выявляются.

2. "Стадия первичных проявлений" связана с первичным ответом организма на внедрение и репликацию ВИЧ, выраженным в виде клинических симптомов и/или выработки антител. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции может иметь несколько вариантов течения:

2А **"Бессимптомная"** - характеризуется отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ выражается лишь в выработке антител.

2Б **"Острая инфекция без вторичных заболеваний"** характеризуется разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто регистрируются лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит, увеличение печени, селезенки, диарея. Иногда развивается "асептический менингит", проявляющийся менингеальным синдромом. Такой вариант течения, отмечаемый у 15-30% больных, называют "мононуклеозоподобным", или "краснухоподобным", синдромом. У большинства больных встречаются 1-2 из вышеперечисленных симптомов в любых сочетаниях. На этой стадии отмечается транзиторное снижение уровня CD4-лимфоцитов.

2В **"Острая инфекция со вторичными заболеваниями"** характеризуется значительным снижением уровня CD4-лимфоцитов. В результате на фоне иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (кандидозы, герпетическая инфекция и т.д.). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония); в редких случаях возможен даже смертельный исход.

Стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б и 2В), регистрируется у 50-90% больных ВИЧ-инфекцией и, как правило, отмечается в первые три месяца после заражения. Она может опережать сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ. Поэтому при первых клинических симптомах в сыворотке больного антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ можно не обнаружить.

Продолжительность клинических проявлений во второй стадии может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, однако обычно они регистрируются в течение двух-трех недель. Клиническая симптоматика стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции может рецидивировать. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых она может сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

3. "Субклиническая стадия" характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита.

Скорость размножения ВИЧ в этот период, по сравнению со стадией первичных проявлений, замедляется.

Основным клиническим проявлением субклинической стадии является "персистирующая генерализованная лимфаденопатия" (ПГЛ). Для нее характерно увеличение не менее двух лимфоузлов не менее чем в двух не связанных между собой группах (не считая паховых) - у взрослых - до размера в диаметре более 1 см., у детей - более 0,5 см, - сохраняющихся в течение не менее трех месяцев. Обычно эти лимфатические узлы эластичны, безболезненны, не спаяны с окружающей тканью; кожа над ними не изменена.

Увеличение лимфоузлов в третьей стадии может не соответствовать критериям ПГЛ или вообще не регистрироваться.

Длительность субклинической стадии составляет от двух-трех до 20 и более лет, но в среднем она продолжается шесть-семь лет. Скорость снижения уровня CD4-лимфоцитов в этот период составляет 500-700 клеток/мм³ в год.

4. "Стадия вторичных заболеваний" связана с истощением популяции CD4-лимфоцитов. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

4А обычно развивается через 6-10 лет от момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов 350-500 клеток/мм³ (у здоровых лиц число CD4-лимфоцитов колеблется в пределах 600-1900 клеток/мм³).

4Б чаще возникает через 7-10 лет от момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Могут отмечаться потеря веса, лихорадка, локализованная саркома Капоши, поражение периферической нервной системы. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов 200-350 клеток/мм³.

4В преимущественно выявляется через 10-12 лет от момента заражения. Она характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы. Обычно стадия 4В имеет место при уровне CD4 лимфоцитов менее 200 клеток/мм³.

5. "Терминальная стадия" проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. Даже адекватно проводимая антиретровирусная терапия и лечение вторичных заболеваний оказываются неэффективными. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев. На этой стадии число CD4 клеток, как правило, ниже 50 клеток/мм³.



ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Воздействие антиретровирусных препаратов на различные фазы жизненного цикла ВИЧ

Компонент вируса	Роль в жизненном цикле ВИЧ	Антиретровирусные препараты и их действие
gp120	прикрепление вируса к клеткам-мишеням	Ингибиторы прикрепления
gp41	слияние оболочки вируса и клеточной мембраны	Ингибиторы слияния
CCR5 и CXCR4	проникновение ВИЧ-1 в клетку	Ингибиторы корецепторов
обратная транскриптаза (ОТ)	превращение вирусной РНК в ДНК	Нуклеозидные, нуклеотидные и нуклеозидные ингибиторы ОТ
интеграза	встраивание ДНК ВИЧ в геном клетки хозяина	Ингибиторы интегразы
протеаза	расщепление белков и ферментов на фрагменты	Ингибиторы протеазы

Сегодня в России зарегистрированы и применяются при лечении ВИЧ-инфицированных пациентов 17 антиретровирусных препаратов, относящихся к различным группам и, таким образом, воздействующих сразу на несколько фаз жизненного цикла вируса. Наличие стольких препаратов дает возможность составить большое число комбинаций. Сама по себе ВИЧ-инфекция - еще не показание для обязательного лечения антиретровирусными препаратами. Опыт специалистов показывает, что ВААРТ должна назначаться пациентам с острой ВИЧ-инфекцией и в стадии вторичных заболеваний (см. классификацию ВИЧ-инфекции в приложении). Решение о начале антиретровирусной терапии пациента должны принимать специалисты в области ВИЧ-инфекции, которые могут оценить клинические и лабораторные (количество CD4-лимфоцитов, уровень вирусной нагрузки и другие) показатели больного, его способность соблюдать назначенную схему лечения (приверженность терапии).

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Бланк информированного согласия [27]

Настоящим удостоверяется, что мне, нижеподписавшемуся(шейся), _____ лет.

Я обратился(ась) в данное учреждение по поводу консультирования и тестирования на ВИЧ добровольно, для того чтобы пройти тестирование на ВИЧ. Настоящим заявлением я подтверждаю свое желание и поручаю Центру взять образец моей крови (мочи, слюны) и исследовать его на ВИЧ.

Я подтверждаю, что номера образцов моей крови (мочи, слюны) совпадают с номерами, указанными в моей регистрационной карточке.

Я подтверждаю, что я также получил(а) информацию о

- целях и процедуре тестирования на ВИЧ;
- мерах профилактики заражения и передачи ВИЧ;
- я также получил(а) консультацию по поводу того, какие дальнейшие действия мне следует предпринять в зависимости от получения положительного или отрицательного результата тестирования.

Я осведомлен(а) о своем праве отказаться от получения результатов тестирования.

Настоящим заявляю, что не буду предъявлять какие-либо претензии, прямо или косвенно связанные с результатами тестирования, к учреждению, проводящему тестирование, его персоналу или представителям, а также другим лицам, участвующим в проведении консультирования и тестирования на ВИЧ, включая привлечение к ответственности за выдачу ложноположительных или ложноотрицательных результатов тестирования.

Я разрешаю Центру провести повторное тестирование, позволяющее верифицировать мой ВИЧ-статус; решение о необходимости повторного тестирования оставляется на усмотрение Центра.

Подпись пациента:

Подпись свидетеля:

Дата:



Настоящее пособие можно свободно цитировать, воспроизводить частично или полностью, а также переводить при обязательном указании источника.

Пособие нельзя продавать или использовать в коммерческих целях.

Изменения в тексте, дополнительное тиражирование пособия - полное или частичное - не могут быть осуществлены без согласования с проектом "Здоровая Россия 2020".



125009 Москва, Газетный пер., 3-5
тел. (095) 9335854, факс (095) 2298367

Сайт: www.hr2020.ru

Тираж 6 000 экз.

Распространяется бесплатно