

А. С. Кузнецова

**Унифицированное
руководство
по профилактике
ВИЧ-инфекции
и вирусных гепатитов
в учреждениях
уголовно-исполнительной
системы**

Методическое руководство

Унифицированное руководство
по профилактике ВИЧ-инфекции
и вирусных гепатитов в учреждениях
уголовно-исполнительной системы

Методическое руководство

Москва
2007

Автор:

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

Автор выражает благодарность за помощь в подготовке материала:

профессору Беляевой В.В., доктору медицинских наук, ведущему научному сотруднику Российского федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,

Ладной Н.Н., старшему научному сотруднику Российского федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Руководство предназначено для медицинских сотрудников уголовно-исполнительной системы.

Унифицированное руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Москва, 2007. — 44 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Профилактика ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе	6
1.1. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в УИС.....	9
1.2. Основные этапы осуществления мер инфекционной безопасности	11
1.3. Меры личной профилактики сотрудников УИС	16
1.4. Организация обследования на ВИЧ-инфекцию в учреждениях уголовно-исполнительной системы	20
1.5. Добровольное тестирование с проведением дотестового и послетестового консультирования всех желающих	23
1.6. Диспансерное динамическое наблюдение лиц с серопозитивными и сомнительными результатами лабораторного обследования на ВИЧ	29
1.7. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку.....	30
1.8. Подготовка высокопрофессиональных специалистов по профилактике ВИЧ-инфекции	34
Глава 2. Профилактика инфекций, передающихся половым путем.....	34
Глава 3. Профилактика вирусных гепатитов	38
Глава 4. Профилактика и лечение наркомании	40
Литература	43

Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Основную часть профилактической работы составляют поведенческие вмешательства, прежде всего просвещение, обучение, поддержка и так называемая адвокация (меры, влияющие на людей, принимающих

общественно-значимые решения), направленные на снижение индивидуального риска заражения.

Глава 1. Профилактика ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе

В учреждениях УИС профилактические мероприятия для осужденных направлены на предотвращение возникновения и распространения инфекции в учреждении. Профилактические мероприятия при ВИЧ-инфекции должны включать различные направления, как например профилактическое образование.

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

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

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

Программа «равный обучает равного» представляет собой процесс обучения осужденных другими осужденными и зарекомендовала себя как наиболее действенный и эффективный метод просвещения в местах лишения свободы. Обучение проводится специально подготовленными осужденными, имеющими навыки проведения бесед и владеющими необходимой информацией о путях передачи, механизмах развития и профилактики ВИЧ-инфекции. Как правило, занятия «равный обучает равного» осуществляются под руководством сотрудника исправительного учреждения. Этот

сотрудник (воспитатель, начальник отряда, педагог школы) должен пользоваться доверием большинства осужденных, иметь необходимый опыт работы в уголовно-исполнительной системе и знания о профилактике ВИЧ-инфекции.

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

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

- совместное использование нестерильных игл, шприцев, общих емкостей и инструментов, используемых при употреблении наркотиков, а также использование готовых растворов наркотиков;
- половые контакты;
- татуировки;
- агрессивные действия, связанные с нанесением телесных повреждений и нарушением целостности кожных покровов;
- профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку.

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

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

- отдаления во времени сексуального дебюта, т. к. отсрочка половых отношений позволяет принимать более зрелые и ответственные решения;
- уменьшения количества сексуальных партнеров, т. к. формируются установки на построение долгосрочных взаимоотношений, в которых партнеры сохраняют друг другу верность;
- исключения или уменьшения случаев незащищенного секса. Необходимо вооружить подростков знаниями о средствах защиты во время сексуальных отношений;
- уменьшения или прекращения употребления наркотиков инъекционным путем. Необходимо сформировать негативное отношение к наркотикам, так как потребители инъекционных наркотиков наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции.
- выявления и лечения наркомании;
- выявления и лечения инфекций, передающихся половым путем. Установлена взаимосвязь между распространением ВИЧ-инфекции и венерическими заболеваниями, так как их течение сопровождается язвенным поражением половых органов, что облегчает проникновение вируса. Кроме того, у больных венерическими заболеваниями снижается иммунитет, который ускоряет развитие болезни;
- формирование социальных норм, ориентированных на уменьшение ВИЧ-инфекции среди подростков, формирование у детей мировоззрения, основанного на понятиях об общечеловеческих ценностях, привлекательности здорового образа жизни, законопослушности, уважении к личности, государству, окружающей среде, которые являются ориентирами и регуляторами их поведения.

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

1.1. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в УИС

В настоящее время для большинства европейских тюрем эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции очень сложная. Отражая ситуацию в стране, эпидемия в учреждениях УИС проявляется острее и может носить более интенсивный характер распространения, чем в гражданском обществе. В ряде стран ВИЧ-инфицированные осужденные составляют до 20 % от общего числа лиц, находящихся в местах лишения свободы. Несмотря на то, что распространенность ВИЧ в тюрьмах остается низкой, в последнее время регистрируется массовое заражение в местах лишения свободы. В 2001 году в 10 тюрьмах Ирана была вспышка ВИЧ-инфекции, распространенность в одном из учреждений составляла 63 %. В 2002 году в Литве зарегистрирована вспышка в пенитенциарном учреждении, в том же году в одной из тюрем Индонезии распространенность ВИЧ-инфекции превышала 50 %.

Увеличение количества ВИЧ-инфицированных в учреждениях уголовно-исполнительной системы вызывает особую озабоченность. Так, в 1994 году в местах лишения свободы находилось 7 ВИЧ-инфицированных. С тех пор количество ВИЧ-инфицированных в уголовно-исполнительной системе России увеличилось в пять тысяч раз, и в настоящее время в учреждениях УИС содержится более 34 тысяч ВИЧ-положительных заключенных, что составляет 12 % от общего числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей в России. Из общего числа лиц данной категории 90,9 % составляют мужчины, 8,5 % — женщины, 0,6 % - подростки. Больных сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза в местах лишения свободы — 2,5 тысячи. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС в десятки раз превышает соответствующий показатель в целом по России. Это объясняется высокой концентрацией социально-дезадаптированных лиц, содержащихся в местах лишения свободы (в т. ч. больных наркоманией, алкоголизмом, лиц, не имеющих определенного места жительства, лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату). Только в 2005 году в СИЗО было выявлено впервые 5 968 чел. ВИЧ-инфицированных. Следует отметить, что ежегодно в следственные изоляторы ФСИН России поступают более семи тысяч ВИЧ-инфицированных лиц. Следственные изоляторы ФСИН России, выполняя функцию своеобразных «фильтров», выявляют различные, в том числе социально-значимые заболевания, у тех граждан, которые, как правило, до поступления в места лишения свободы не обращались за помощью в медицинские учреждения территориального здравоохранения и не знали о своем заболевании.

Особую опасность представляет сочетанное поражение людей наркоманией, ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. 90 % от числа всех ВИЧ-инфицированных в УИС составляют потребители внутривенных наркотиков.

Наркомания и туберкулез у ВИЧ-инфицированных ускоряет развитие данного заболевания и способствует более быстрому переходу бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции в заболевание СПИДом. Употребление наркотиков и ВИЧ-инфекция повышают восприимчивость организма к любой инфекции, в том числе к туберкулезу, способствуя переходу инфицированности — в заболевание. Более 2,7 тыс. ВИЧ-инфицированных подозреваемых, обвиняемых и осужденных страдают туберкулезом.

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

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

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

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

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

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

Основные направления санитарно-эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией:

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

1.2. Основные этапы осуществления мер инфекционной безопасности

Организация режима инфекционной безопасности зависит не только от намерения и грамотной работы администрации ЛПУ, но и от знаний и профессиональной квалификации исполнителей в каждом структурном подразделении, на каждом рабочем месте.

Соблюдение требований инфекционной безопасности подразумевает:

1. Ресурсное обеспечение в части:

– своевременное и достаточное обеспечение медицинских работников из групп профессионального заражения современными высокоэффективными средствами индивидуальной защиты (перчатки, в том числе сверхпрочные, защитные очки, щитки, маски, непромокаемые халаты и костюмы);

– обеспечение в достаточном количестве современными дезинфектантами и стерилизантами;

– организация и проведение своевременной комплексной иммуно- и химиопрофилактики.

2. *Организацию выполнения требований СанПиНа при осуществлении медицинских технологий в части:*

– своевременность и соблюдение правил проведения дезинфекционных мероприятий (изделий медицинского назначения);

– своевременность и соблюдение правил проведения дезинфекции, утилизации отходов биоматериалов;

– полнота и качество выполнения технологий предстерилизационной очистки и стерилизации;

– выполнение технологий проведения генеральной уборки помещений.

3. *Организацию постоянного ежедневного контроля по направлениям:*

– мер профилактики профессионального заражения, исходя из степени риска инфицирования на рабочих местах и используемых медицинских технологий;

– тактики поведения при аварийных ситуациях;

– укомплектованности и обновления медицинских аптек;

– наличия и ведения журналов регистрации аварийных ситуаций.

4. *Подготовку и переподготовку медицинских кадров по вопросам противоэпидемического обеспечения, правилам техники безопасности и производственной санитарии.*

Биобезопасность медицинского персонала и пациентов определяется полнотой реализации системы профилактических мероприятий, в числе которых скрининг на наличие ВИЧ при приеме на работу, обследование персонала в плановом порядке и по эпидемическим показаниям.

На одном из первых мест в решении проблем инфекционной безопасности стоит каждый конкретный сотрудник с его знаниями и добросовестным отношением к своим функциональным обязанностям. По этой причине очень важным моментом является обучение медицинских работников в виде проведения семинаров, лекций, инструктажей по вопросам техники безопасности, производственной санитарии, противоэпидемическому обеспечению, а также вопросам инфекционной патологии, целью которых является недопущение контактов, которые могут повлечь заражение (в т.ч. аварийных ситуаций).

Для осуществления всего многообразия медицинской помощи в различных, порой нестандартных условиях необходимо соблюдать *единые принципы инфекционной безопасности*, а именно:

• любой биологический материал, в частности кровь, — потенциально опасен;

- контакты с биоматериалом, поврежденными тканями должны осуществляться с применением средств индивидуальной защиты (перчатки, очки, маски);
- своевременная комплексная профилактика иммуно- и химиопрепаратами.
- своевременно и качественно проводимые дезинфекционные мероприятия, включающие дезинфекцию, стерилизацию, дезинсекцию и дератизацию;
- бесперебойно функционирующая система обращения с медицинскими отходами классов Б и В.

Исходя из этого строится вся система профилактики профессиональных заражений ВИЧ и вирусными гепатитами с парентеральным механизмом заражения.

Общие и специальные требования к дезинфекционным средствам, рекомендуемым в ЛПУ

Безопасность проведения дезинфекционных мероприятий обеспечивается применением дезинфекционных средств, отвечающих требованиям по физико-химическим показателям, специфической биологической активности, токсикологическим свойствам и безопасности рекомендуемых режимов применения.

Допускается применение дезинфицирующих средств, разрешенных к применению на территории Российской Федерации в соответствии с методическими указаниями по применению и при наличии экспресс-методик контроля концентрации дезсредств.

Очистка, дезинфекция и стерилизация предметов ухода за больными, инструментов и оборудования

Объекты, подлежащие дезинфекции или стерилизации, следует тщательно очищать для удаления всех органических веществ (например, крови и тканей) и других остатков. Очистка механизированным способом с использованием ультразвукового оборудования имеет ряд преимуществ в вопросах безопасности персонала и эффективности по сравнению с ручным способом.

Показания к стерилизации и дезинфекции:

— критические медицинские приборы или части применяемого для ухода за больными оборудования, которые проникают в стерильные при нормальных условиях ткани или сосудистую систему, следует стерилизовать перед каждым применением;

– вспомогательные устройства для эндоскопов: щипцы для биопсии или другие режущие инструменты, которые нарушают защитный барьер слизистой оболочки, следует стерилизовать. Другие вспомогательные устройства для эндоскопов (например, клапаны отсоса) следует стерилизовать после применения у каждого пациента. Если это невозможно, их следует подвергать высокоэффективной дезинфекции;

– лапароскопы, артроскопы и другие эндоскопические приборы, которые проходят в стерильные при нормальных условиях ткани, следует стерилизовать перед каждым применением. Если это невозможно, следует проводить по крайней мере высокоэффективную дезинфекцию. После дезинфекции следует промыть прибор стерильной водой;

– оборудование, соприкасающееся со слизистыми оболочками (например, эндоскопы, эндотрахеальные трубки, дыхательные аппараты для наркоза и оборудование для искусственного дыхания), следует подвергать высокоэффективной дезинфекции;

– стоматологические инструменты, проникающие в мягкие ткани или кости, следует подвергать стерилизации или пользоваться одноразовым инструментом.

Обращение с медицинскими отходами классов Б и В

Отходы класса Б, представляющие реальную эпидемиологическую и экологическую опасность, образуются в:

– операционных,

– реанимационных;

– процедурных, перевязочных и других манипуляционно-диагностических помещениях ЛПУ;

– инфекционных, в том числе кожно-венерологических отделениях ЛПУ;

– медицинских и патологоанатомических лабораториях;

– лабораториях, работающих с микроорганизмами III-IV групп патогенности.

Все отходы, образующиеся в этих подразделениях, согласно требованиям СанПин 2.1.7.728-99 после дезинфекции собирают в герметическую одноразовую упаковку желтого цвета.

Практически повсеместно применяемая сегодня химическая дезинфекция опасных отходов имеет целый ряд недостатков, к которым можно отнести следующие:

- часто возникающие у персонала аллергические реакции и поражения кожного покрова на руках;

- не гарантируется полное уничтожение возбудителей инфекций из-за неравномерного проникновения дезинфектанта;

- значительный риск загрязнения окружающей среды, особенно водоемов, соединениями хлора и альдегидами;

- удельные затраты дезсредств на тонну отходов, а также затраты на предотвращение возможного экологического ущерба, существенно превышают затраты для других способов обеззараживания;

- большие трудозатраты персонала на сбор опасных отходов, их замачивание в дезрастворе, извлечение из дезраствора, перегрузку в контейнеры, неэстетичность и опасность этой работы.

С учетом требований СанПин 2.1.7.728-99 (п. 6.1) об обязательной дезинфекции отходов класса Б и В в местах их первичного сбора или в пределах медицинского подразделения, где образуются отходы данного класса, целесообразно обеззараживание проводить в ЛПУ на экологически безопасных малогабаритных установках.

Отходы класса В образуются в:

- подразделениях для пациентов с особо опасными и карантинными инфекциями;

- лабораториях, работающих с микроорганизмами I-II групп патогенности;

- физиатрических и микологических клиниках (отделениях).

Технология сбора, транспортировки и обеззараживания проводится аналогично отходам класса Б с оговоренными СанПин правилами маркировки и техники безопасности.

Основополагающими моментами организации всей системы сбора и обеззараживания опасных медицинских отходов классов Б и В являются недопустимость их вывоза с территории ЛПУ, налаживание безопасного сбора и обеззараживания отходов в подразделениях, внутрибольничная транспортировка отходов к местам их временного хранения.

Вывоз обеззараженных отходов к местам их утилизации или хранения должен осуществляться специализированными городскими службами.

1.3. Меры личной профилактики сотрудников УИС

Соблюдение гигиенических норм, противоэпидемических правил и мер личной профилактики необходимо для того, чтобы не допустить самозаражения и инфицирования ВИЧ больных всех профилей с учетом современного уровня знаний, организационной технологии противоэпидемиологической защиты и охраны медицинского персонала. Внедрение последних в практику медицинской службы УИС позволит предотвратить значительное число профессиональных заражений ВИЧ и снизить заболеваемость среди больничного персонала внутрибольничными инфекциями с парентеральным механизмом передачи.

Профилактика профессионального заражения ВИЧ-инфекцией

К условиям, способствующим профессиональному заражению, относятся:

- низкая обеспеченность средствами индивидуальной защиты — специальной одеждой, резиновыми перчатками, масками, очками. В условиях аварийной ситуации немаловажное значение имеет обеспеченность необходимым запасом дезинфицирующих средств, аптечками первой медицинской помощи, качественным исправным медицинским инструментарием;
- недостаточная подготовка медперсонала, касающаяся всех аспектов осуществления профессиональной деятельности, начиная с овладения специальными медицинскими технологиями (манипуляциями) до навыков пользования спецодеждой, инструментами, ликвидации последствий аварий и нештатных ситуаций;
- повышенная аварийность при выполнении медицинских технологий, которая может зависеть от наличия первых двух условий, но не только. Так, аварийность нередко возрастает при неудовлетворительном, санитарно-техническом состоянии помещений и оборудования, скученности (тесноте) при работе в экстремальных условиях, а также при оказании экстренной медицинской помощи.

Оценка опасности профессионального контакта

Опасным в отношении риска заражения контактом для медицинских работников признается контакт, сопровождающийся нарушением целостности кожных покровов (например, прокол или порез) медицинским инструментарием, контаминированным ВИЧ или вирусным гепатитом; попаданием на слизистую оболочку или кожу с микроповреждениями (шелушащуюся, с ссадинами, пораженную кожными заболеваниями) биологического материала, а также длительный (превышающий несколько минут) либо обширный контакт неповрежденной кожи с кровью и другими биологическими жидкостями больного.

Исходя из того, что определяющим признаком опасности профессионального контакта является установленный ВИЧ-статус пациента (фазы, стадии заболевания, вирусная нагрузка), первоочередной мерой является:

– оценка источника инфекционного материала, для чего производится забор крови у больного с последующим исследованием на антитела к ВИЧ до контакта (при обращении за медицинской помощью лиц, относящихся к группам риска), либо сразу после контакта;

– определение фазы, стадии ВИЧ-инфекции, вирусной нагрузки у известных источников;

– оценка риска экспозиции ВИЧ как максимально опасного у неизвестного источника;

– определение круга пострадавших.

Исследование использованных игл и шприцев на предмет контаминации вирусом не проводится.

Проведение постконтактной профилактики:

• профилактику начинают как можно раньше, предпочтительно в пределах нескольких часов после контакта (начинать не позднее 72 часов);

• предлагают пройти тест на беременность всем женщинам детородного возраста, в отношении которых нет сведений о беременности;

• по возможности получают консультацию специалиста, если есть подозрение на устойчивость вируса, чувствительного к применяемым препаратам.

Перед проведением постконтактной профилактики у пострадавшего:

– берут информированное согласие на применение препарата;

– разъясняют необходимость проведения данной терапии;

– разъясняют действие назначаемых препаратов и сроки лечения, возможные побочные эффекты.

Все это должно быть зафиксировано в журнале для регистрации аварийных ситуаций и амбулаторной карте пострадавшего.

Антиретровирусные препараты, используемые при постконтактной профилактике

В настоящее время для лечения ВИЧ-инфекции используются 3 группы препаратов: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ), ингибиторы протеазы (ИП).

Мониторинг состояния здоровья медицинских работников, имевших рискованные контакты с ВИЧ-инфекцией в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей, осуществляется вне зависимости от прохождения ими постконтактной профилактики в рамках регламентированных стандартов диагностики, диспансерного наблюдения, лечения, профилактики. Рабочим предварительным диагнозом в процессе мониторинга является «Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)», отраженный в классификаторе болезней МКБ-10 под кодом Z20.6.

Важно отметить, что на всех этапах осуществления мероприятий по ликвидации последствий рискованного в плане заражения ВИЧ профессионального контакта пострадавшие переживают серьезные эмоциональные потрясения, стрессовые ситуации, следовательно, нуждаются в психосоциальном консультировании, медико-психологической поддержке и реабилитации.

Меры личной профилактики немедицинскими сотрудниками при исполнении профессиональных обязанностей

К любому человеку, с которым в силу исполнения профессиональных обязанностей приходится входить в контакт, необходимо относиться как к потенциальному инфицированному, а значит, избегать контакта с его кровью и другими жидкостями, тканями и органами. Для этого необходимо применять алгоритм самозащиты, а также при необходимости — схемы оказания первой медицинской помощи и личной дезинфекции. Вместе с тем необходимо помнить: передача ВИЧ-инфекции в обычных условиях (беседа в кабинете, коридоре, камере, на месте происшествия) от ВИЧ-инфицированных свидетелей, подозреваемых, подследственных и осужденных исключается!

Риск инфицирования ВИЧ (маловероятный, но имеющий место) может возникнуть во время аварийных и травматических ситуаций в следующих случаях:

- при оказании первой медицинской помощи (на месте аварии, преступления, происшествия);
- при обыске;
- во время экстремальных ситуаций (драки, бунты, задержания, преследования).

При проведении обыска

Во время проведения обыска необходимо помнить: предметы, которые можно найти у обыскиваемых подозреваемых, подследственных и осужденных (бритвенные лезвия, иглы, колющие предметы, которые зашиты в одежду или приклеены под столами, спрятаны в кусках мыла, в книгах; шпильки и иголки, спрятанные в воротниках, складках одежды, волосах; инструмен-

тарий для инъекций, спрятанный в авторучках и т. д.), могут стать причиной ранения кожи или слизистых оболочек.

При уколах острыми предметами, загрязненными инфицированной кровью, или при попадании крови и других биологических жидкостей на кожу и слизистые риск заражения минимальный, но все же существует.

При обыске помещения необходимо придерживаться нижеследующих правил.

– В первую очередь закрыть пластырем все порезы и ссадины на открытой части кожи рук.

– Во время обыска надевать перчатки:

- латексные, когда имеется возможность контакта с кровью или иными биологическими жидкостями другого человека;

- латексные перчатки заменять на более плотные (кожаные) при обыске таких мест, где имеется риск пореза или укола кожи.

– Лучше использовать глаза вместо рук – смотреть, а не касаться:

- не пытаться проверить участки вне поля зрения;

- не проводить пальцами по или под столами, кроватями, матрасами;

- использовать карандаши, линейки и зеркала, проводя обыск в трудно-доступных местах;

- осматривать визуально и, воспользовавшись марлевой повязкой, пред-варительно встряхивать матрасы, одеяла, простыни, лежащую одежду и т.д. перед обыском.

Например, если под столом приклеен какой-либо предмет, то сначала его необходимо внимательно рассмотреть, а лишь потом уже трогать руками. Все извлеченные предметы, в первую очередь острые с признаками загрязнения кровью, необходимо осторожно поместить в контейнер для дальнейшей утилизации. Если конфискованные предметы не потребуются в качестве вещественных доказательств, а обязательно пойдут в утилизацию, в контейнер можно заранее поместить дезраствор (6 %-ный раствор перекиси водорода или 3 %-ный раствор хлорамина). Желательно, чтобы указанные предметы в контейнер помещал сам обыскиваемый. Если это невозможно, лучше использовать пинцет. В случае, если предмет не помещается в контейнер, поместите его частично, острым концом внутрь и закрепите клейкой лентой. Не рекомендуется использовать в качестве контейнера целлофановый пакет — он может быть поврежден острым предметом. Не производите сами никаких манипуляций (разбирание на части) с острыми предметами, такими как иглы, приспособления для татуировок, ножи, заточки и др.

При обыске задержанного, подозреваемого, осужденного необходимо:

– внимательно осмотреть одежду — там, где возможно, предложить обыскиваемому самому вывернуть свои карманы и показать их содержимое, желательнее предложить ему своими руками ощупать свою одежду;

– аналогично предложить вывернуть наизнанку носки, проверить обувь с помощью ручки, линейки;

– предложить прочесать волосы пальцами.

Описанные меры предосторожности не только снизят риск травмы людей, доводящих обыск, но и исключат неаккуратное обращение с возможными вещественными доказательствами.

При проведении силовых актов

При насильственных действиях риск инфицирования может возникнуть во время ударов, укусов, уколов острыми предметами. Необходимо помнить, что риск инфицирования от уколов или крови, которая пролилась, очень мал, но он существует. Во время улаживания конфликта:

- предварительно оцените возможный риск; в ситуациях, которые ведут к конфликту, вызывайте помощь;

- выбирайте специальные способы и средства для контроля и сдерживания насилия, желательнее без кровопролития;

- избегайте контакта с кровью и биологическими жидкостями других людей;

- в случаях разлива (разбрызгивания) крови потерпевшего в результате насильственных действий, попыток самоубийства и пр. на месте разлива необходимо провести уборку и дезинфекцию, себя обезопасить средствами индивидуальной защиты (перчатки, очки, маски, спецодежда).

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

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

Добровольное тестирование на ВИЧ рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения и применяется в пенитенциарных системах во многих странах мира. Противоречия между добровольным и обязательным тестированием — следствие конфликта между правами личности и правами,

защищающими интересы всего общества. С точки зрения количественного определения распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией добровольное тестирование может дать неполную картину обследуемой популяции и поэтому ведет к погрешностям в расчетах. Это ограничивает возможность проведения прямого сравнения данных, собранных в разное время в разных исправительных учреждениях. Этот недостаток обычно не принимается во внимание, поскольку добровольное тестирование имеет одно неоспоримое преимущество — возможность избежать принуждения и отчуждения, которые могут возникнуть при принудительном тестировании.

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

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

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

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

Обязательному медицинскому освидетельствованию на наличие ВИЧ-инфекции подлежат:

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

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

б) работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров:

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

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

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

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

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

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

б) больным с подозрением или подтвержденным диагнозом: наркомания (с парентеральным путем введения наркотиков); инфекции, передающиеся половым путем; саркома Капоши; лимфома мозга; Т-клеточный лейкоз; туберкулез; гепатит В, HBs-антигеноносительства (при постановке диагноза и через 6 мес); цитомегаловирусное заболевание; генерализованное или хроническое заболевание, вызванное вирусом простого герпеса; опоясывающий лишай (у лиц моложе 60 лет); моноклеоз (через 3 месяца после начала заболевания); пневмоцистоз (пневмония); токсоплазмоз (ЦНС); криптококкоз (внелегочный); криптоспоридиоз; изоспороз; стронгилоидоз; гистоплазмоз; кандидоз пищевода, бронхов, трахеи или легких; глубокие микозы; атипичные микобактериозы; прогрессирующая очаговая лейкоэнцефалопатия; анемия различного генеза;

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

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

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

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

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

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

Периодические медицинские осмотры проводятся не реже одного раза в год;

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

Принудительное обследование на ВИЧ запрещается.

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

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

— люди осознают проблему ВИЧ-инфекции как индивидуально значимую;

— получают оценку индивидуального риска подвергнуться заражению;

— получают знания об этой инфекции и путях предотвращения заражения.

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

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

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

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

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

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

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

- Обследуемый должен дать *информированное согласие* на проведение тестирования. Это означает, что ему предоставлено достаточное количество информации, на основании которой он *осознал положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса и дал свое согласие в обстановке, исключающей принуждение.* Подозреваемые, обвиняемые и осужденные могут дать действительно свободное информированное согласие на проведения теста только при условии *понимания значения последствий положительного результата на ВИЧ для будущей жизни, в том числе в местах лишения свободы.*

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

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

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

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

Дотестовое консультирование

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

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

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

После соответствующего обучения дотестовое консультирование могут проводить:

- Медицинский персонал УИС;
- Социальные работники;
- Психологи.

Они должны уметь довести до сведения контингента:

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

В результате дотестового консультирования человек:

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

Послетестовое консультирование

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

- Обсуждения результатов теста на ВИЧ;
- Предоставления соответствующей информации;
- Оказания поддержки;
- Направления к другим специалистам;
- Поощрения поведения, которое снижает риск заражения, если результаты теста отрицательны, или снижает риск передачи ВИЧ другим, если они положительные.

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

Послетестовое консультирование при отрицательном результате:

- Повторите основную информацию, представленную до тестирования;
- Напомните о наличии «периода окна»;
- Посоветуйте пройти повторное тестирование через 3–6 месяцев;

– Вернитесь к вопросу наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

Посттестовое консультирование при неопределенном результате:

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

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

При получении неопределенного результата врач:

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

Посттестовое консультирование при положительном результате

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

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

Консультант:

1. Сообщает результат ясно и кратко

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

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

2. Предоставляет время для осознания сообщения.

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

4. Выслушивает мысли и опасения пациента относительно своего диагноза.

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

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

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

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

9. В случае необходимости проводит повторную беседу.

Таким образом, консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ является не только обязательным, но и эффективным способом индивидуальной профилактической работы с людьми по вопросам ВИЧ-инфекции. Многие впервые задумываются об этом заболевании применительно к себе,

осознают индивидуальную степень риска, получают необходимую информацию, т. е. делают первый шаг к изменению поведения. Квалифицированное консультирование помогает людям овладеть ситуацией в случае получения ими положительного результата тестирования и тем самым вносит существенный вклад в профилактику самоубийств и других поступков, продиктованных отчаянием.

1.6. Диспансерное динамическое наблюдение лиц с серопозитивными и сомнительными результатами лабораторного обследования на ВИЧ

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

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

Задачи диспансерного наблюдения включают:

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

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

Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами, находящимися в учреждениях ФСИН, обеспечивают врачи медицинской службы ФСИН. Это могут быть врачи-терапевты, инфекционисты, фтизиатры,

прошедшие подготовку по вопросам ВИЧ-инфекции. Лабораторный контроль состояния пациента (количество CD4-лимфоцитов, при возможности уровень РНК ВИЧ), а также необходимую консультативную помощь врачам медицинской службы ФСИН осуществляют специалисты территориальных центров СПИД.

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

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

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

1.7. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

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

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

Пренатальный (во время беременности или до рождения). Во время беременности мать может передать вирус из своего кровотока через плаценту плоду. Плацента — это орган, соединяющий мать и плод во время беременности. Плацента позволяет питательным веществам поступать из организма матери в организм плода и в норме защищает плод от инфекционных агентов,

таких как ВИЧ, находящихся в материнской крови. Однако если мембрана плаценты воспалена или повреждена, она уже не так эффективно защищает от проникновения вирусов.

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

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

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

С начала развития пандемии ВИЧ-инфекции произошли изменения в перинатальной профилактике. Считалось, что вероятность рождения инфицированного ребенка составляет 50 % в развивающихся странах и 25 % — в развитых. Хотя некоторые дети заражаются на довольно раннем сроке беременности, большинство инфицируется в момент родов. Врачи-инфекционисты совместно с акушерами-гинекологами предложили родоразрешение через кесарево сечение. Действительно, это сыграло позитивную роль, так как плод не контактирует с выделениями родового канала, содержащими в достаточно высокой концентрации ВИЧ. Но этот способ не может предотвратить внутриутробное заражение и, кроме того, дает высокий уровень послеоперационных осложнений.

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

системы может противостоять различным заболеваниям, создавая комфорт для развивающегося плода.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.8. Подготовка высокопрофессиональных специалистов по профилактике ВИЧ-инфекции

Базовые принципы организации обучения в области ВИЧ/СПИДа:

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

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

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

Принцип комплексности — предполагает согласованность взаимодействия:

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

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

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

– на уровне государственных, общественных и международных организаций.

Глава 2. Профилактика инфекций, передающихся половым путем

Каждый поступающий в следственный изолятор тщательно осматривается с целью выявления признаков венерического заболевания или заразных кожных болезней. При подозрении на заболевание сифилисом или гонореей больной обязательно осматривается врачом-дерматовенерологом. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются все поступившие в СИЗО с контрольным серологическим исследованием через три месяца. Клинико-лабораторному обследованию на гонорею подлежат

лица, привлекаемые к уголовной ответственности по ст. 121, 122, 131, 132, 134, 135 Уголовного кодекса Российской Федерации, и все женщины, в том числе несовершеннолетние. С целью профилактики врожденного сифилиса в следственных изоляторах и исправительных учреждениях всем беременным женщинам проводится обязательное трехкратное серологическое обследование.

Если при изучении анамнеза у обследуемого лица имеются указания на то, что он до привлечения к уголовной ответственности проходил лечение по поводу венерического заболевания или состоял на учете (серологическом контроле) в кожно-венерологическом диспансере, медицинская часть следственного изолятора в трехдневный срок делает запрос в кожно-венерологический диспансер о диагнозе, проведенном лечении и сроках серологического контроля. Дальнейшее лечение или серологический контроль таких больных проводится в медицинской части следственного изолятора в соответствии с полученными ответами. При положительных результатах обследования проводится лечение скрытого сифилиса в установленном порядке. Если больному сифилисом в учреждениях здравоохранения лечение было не закончено, то лечение такому больному проводится заново. После окончания полноценной специфической терапии любым методом больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинко-серологическом контроле. Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в тесном бытовом и половом контакте с больным ранними формами сифилиса.

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

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

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

Лица с серорезистентностью находятся на клинко-серологическом контроле в течение трех лет.

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

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

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

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

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

Перед убытием больного с венерическим заболеванием из следственного изолятора врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшей-

му лечению и контрольному наблюдению. Запрещается отправка в другие Учреждения лиц с заразными формами сифилиса и гонореей (до проведения им курса противосифилитического или противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных болезней.

После прибытия в исправительное учреждение больные, прошедшие курс лечения венерического заболевания, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение этих больных возлагается на врача другой специальности (терапевта) или врача-гинеколога (в женских исправительных учреждениях).

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

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

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

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

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

Глава 3. Профилактика вирусных гепатитов

Последнее десятилетие, с одной стороны, характеризовалось новейшими достижениями в молекулярной биологии, вирусологии, генной инженерии, что позволило открыть новые гепатотропные вирусы, более детально изучить патогенез, значительно усовершенствовать систему диагностики и разработать новые подходы к противовирусной терапии и специфической профилактике вирусных гепатитов. С другой стороны, происходило изменение этиологической структуры вирусных гепатитов вследствие влияния нескольких процессов: продолжающегося снижения уровня заболеваемости гепатитом А, увеличения заболеваемости гепатитом В и С, возникновения и прогрессирующего увеличения числа микст-гепатитов. ВИЧ-инфекция усугубляет заболевание печени, вызываемое гепатитами, что стало причиной заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ. Гепатиты могут существенно ограничить возможности для лечения ВИЧ-инфекции.

При вирусных гепатитах А и Е основными направлениями профилактики являются:

- реализация гигиенических мероприятий по разрыву фекально-орального механизма передачи возбудителя;

- обеспечение доброкачественной водой, безопасными в эпидемическом отношении продуктами питания;

- создание условий, гарантирующих соблюдение санитарных норм и правил, предъявляемых к заготовке, транспортировке, хранению, технологии приготовления и реализации продуктов питания;

- соблюдение правил личной гигиены, гигиеническое воспитание осужденных.

В целях повышения невосприимчивости организма человека к возбудителю гепатита А по эпидемиологическим показаниям для профилактики этой инфекции может применяться нормальный донорский иммуноглобулин человека.

Вакцинация против вируса гепатита А

Сегодня созданы достаточно эффективные вакцины, защищающие от гепатита А. Эти вакцины представляют собой убитые вирусы гепатита А и обладают высокой иммуногенностью. Вакцина вводится двукратно с интервалом 6–12 месяцев. После введения первой дозы вакцины антитела к вирусу гепатита А у большинства вакцинированных появляются через две недели. Вакцинопрофилактика проводится следующими вакцинами: Хаврикс 1440 и Хаврикс 720 (детская), производства Бельгии; Аваксим (Франция), ГЕП-А-ин-ВАК (Россия), Вакта (США). Введение вакцины стимулирует

выработку антител в высоком титре, что надежно защищает от инфицирования гепатитом А как детей, так и взрослых.

Длительность защиты с помощью вакцинации не менее 6–10 лет.

При вирусных гепатитах В, С и D мероприятия по профилактике должны быть ориентированы на активное выявление источников инфекции и разрыв естественных и искусственных путей заражения, а также проведение вакцинапрофилактики в группах риска.

Для профилактики инфицирования вирусом гепатита В применяют вакцины «Энджерикс В» фирмы «СмитКляйн Бичем». Наряду с ней разработана отечественная рекомбинантная дрожжевая вакцина фирмы «Комбиотех-ЛТД», вакцины HB-Vax II фирмы «Мерк Шарп и Доум» и др. Современные вакцины не вызывают серьезных побочных реакций. Возможна болезненность в месте введения, легкое повышение температуры, очень редко — аллергические реакции. Эти явления быстро проходят сами. Общая частота каких-либо побочных явлений составляет 2–5%. Вакцина надежно защищает от заражения гепатитом В. Трехкратное введение вакцины по указанной схеме приводит к образованию специфических антител, предотвращающих развитие заболевания гепатитом В у 98% привитых. Иммунитет сохраняется минимум в течение 5–10 лет.

Действующей вакцины против гепатита С пока нет. Однако поиски ее ведутся. Ученые долгое время не могут обнаружить стабильный вирусный белок, специфичный для всех генотипов и подвидов вируса гепатита С, на который бы вырабатывались нейтрализующие антитела. Изучаются возможности генноинженерных технологий для создания такой вакцины.

По данным ВОЗ, в Европе проводятся клинические испытания вакцины для лечения гепатита С. Существуют несколько международных проектов по разработке профилактической вакцины против гепатита С.

В отличие от гепатитов А и В, при гепатите С введение иммуноглобулина не может предотвратить развитие инфекции. При гепатите С ВИЧ-инфицированным целесообразно сделать прививку от гепатита А и гепатита В, чтобы избежать развития этих заболеваний. Нет необходимости тестирования на наличие антител к гепатиту А после прививки, а вот тестирование на антитела к гепатиту В необходимо провести в течение одного-двух месяцев после первых серий вакцинации. При отсутствии антител вакцинацию провести повторно.

Так как ВИЧ постепенно разрушает иммунную систему, действие вакцины может быть не так эффективно, так как на иммунный ответ может потребоваться больше времени. Также вакцинация у людей с ВИЧ может вызвать больше побочных эффектов. Кроме того:

- Вакцинация может повысить вирусную нагрузку на некоторое время;
- Не рекомендуется сдавать анализ на вирусную нагрузку в течение четырех недель после вакцинации;
- Если очень низкий иммунный статус, вакцина может не подействовать, необходимо укрепить иммунную систему, назначив антиретровирусную терапию до вакцинации;
- Несмотря на побочные эффекты, часто возникает необходимость лечить гепатит и ВИЧ-инфекцию одновременно.

Иммунопрофилактика по экстренным показаниям проводится лицам, имевшим контакт с возбудителем, при этом ее эффективность повышается при одновременном введении вакцины и специфического иммуноглобулина.

Иммунопрофилактика детей

Дети, рожденные от матерей — носителей вируса гепатита В, оказываются инфицированными в 10% случаев. Вероятность заражения плода повышается при инфицировании матери во время беременности. Риск инфицирования плода повышается у ВИЧ-инфицированных беременных. Однако из всех инфицированных новорожденных почти 95% заразились во время родов.

Заражение вирусным гепатитом С новорожденных от инфицированных матерей происходит в 3–5% случаев. Профилактические мероприятия, позволяющие снизить риск инфицирования плода:

- Лечение вирусного гепатита;
- Вакцинация ребенка специфическим иммуноглобулином сразу после его рождения;
- Прекращение кормления грудью при появлении трещин на сосках, до их заживления;
- Соблюдение гигиенических правил, что позволит не допустить инфицирования ребенка.

Глава 4. Профилактика и лечение наркомании

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

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

Организация противонаркотического лечения осужденных имеет особенности. Прежде всего это:

- изоляция больных от общества и, как следствие, значительное сокращение возможности приобретения и употребления наркотических средств, что предупреждает рецидивы заболевания;

- подбор методов лечения с учетом адаптации осужденного к условиям учреждения;

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

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

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

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

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

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

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

Литература

1. Европейское бюро ВОЗ и Совет Европы. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики (1998).
2. Краткое содержание отчета 8 Сессии подкомитета АСС по контролю за наркотиками (28–29 сентября 2000 года). «Профилактика распространения ВИЧ-инфекции в среде людей, злоупотребляющих наркотиками». Концепция системы ООН.
4. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. Одобрено Европейским отделением Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем, и Европейским бюро ВОЗ. 2002.
5. Укрепление здоровья молодежи в местах заключения. Консенсусное заявление Европейского регионального бюро ВОЗ. 2003.
6. Стратегия ЮНЕСКО по образованию в области профилактики ВИЧ/СПИДа. 2004.
7. Приказ Минздравмедпрома России от 30.09.1995 № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ».
8. Приказ Минздрава России от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем».
9. Приказ Минздрава России от 19.12.2003 № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ». Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-99 от 29 02 2000.
10. Письмо Минздрава России от 30.12.1998 № 2510/11808-98-32 «О вакцинопрофилактике новорожденных в акушерских стационарах в современных условиях».
11. Вакцинопрофилактика вирусного гепатита В в Вооруженных Силах Российской Федерации. — М. 2001.
12. *Ладная Н. Н., Покровский В. В., Соколова Е. В.* Эпидемиология ВИЧ-инфекции в российских регионах в 2002 году. — М.: ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом, 2003.

13. *Покровский В. В.* ВИЧ-инфекция в России: прогноз // Вопросы вирусологии. 2004. № 3.

14. *Покровский В. В.* Перспективы совершенствования стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом в России // Тезисы выступления на заседании межфракционной депутатской группы по вопросам профилактики и борьбы со СПИДом 19 ноября 2004 года. — М., 2004.

15. Профилактика ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний: Учебная программа / Авт.-сост. Б. И. Жолус. — М.: НИИ УИС Минюста России, 2004.

16. Сборник инструкций и методических указаний / Под ред. М. Г. Шандалы. МЗ. СПб. 2004.



Руководство разработано
по заказу Федеральной
службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей
и благополучия человека
Открытым Институтом Здоровья
в рамках «Приоритетного
национального проекта
в сфере здравоохранения»
в 2007 году