

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

при содействии

Проекта ПОТЕНЦИАЛ\ЮСАИД

«ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

методическое пособие для студентов старших курсов медицинских ВУЗов,
резидентов магистратуры по специальности «Семейная медицина» и врачей
общей практики

Ташкент-2009

Составители:

А.Г.ГАДАЕВ – заведующий кафедрой по подготовке врача общей практики и эндокринологии Ташкентской медицинской Академии, д.м.н., профессор.

Р.К.ДАДАБАЕВА - доцент кафедры по подготовке врача общей практики и эндокринологии Ташкентской медицинской Академии, к.м.н.

А.Ю.БАБИЧ – ассистент кафедры по подготовке врача общей практики и эндокринологии Ташкентской медицинской Академии.

«ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

методическое пособие для студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений, резидентов магистратуры по специальности «Семейная медицина» и врачей общей практики.

В методическом пособии освещены общие вопросы ВИЧ-инфекции, распространенность, этиология, патогенез, пути передачи, клиническое течение и лечение заболевания. Также приведены вопросы дотестового и послетестового консультирования больных с ВИЧ и консультирование уязвимых групп населения. Рассматриваются основные классификации ВИЧ-инфекции, как у взрослых, так и у детей.

В пособии особое внимание уделено вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе, вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку, постконтактной профилактике.

В составлении методического пособия использованы данные регионального Учебно-Информационного Центра по проблемам помощи и лечения при ВИЧ\СПИД в Евразии, протоколы ВОЗ для стран СНГ и национальный протокол Узбекистана.

Рецензенты:

А.Ш.ВАИСОВ – Президент Ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ТМА, д.м.н., профессор

Ф.И.ХАМРАБАЕВА – заведующая кафедрой гастроэнтерологии и физиотерапии ТашИУВ, д.м.н., профессор

Введение

Семейная медицина является медицинской специальностью, предоставляющей всестороннюю и систематическую медицинскую помощь семьям и отдельным гражданам. Это специальность широкого профиля, использующая данные клинических, биологических и психологических дисциплин, ориентирующаяся на все категории населения вне зависимости от возраста, пола и сущности заболевания. Семейные врачи должны иметь специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-социальной помощи населению - больным и здоровым, иметь основные знания и умения по медицинским наукам, включая все аспекты диагностики, лечения, а также реабилитации и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний.

В настоящее время в нашей Республике акцент делается на врача, который первым встречает пациента, находится в непосредственной близости с ним, знает проблемы не только здоровья всей семьи, но и социальные нужды своих больных. Такой врач может более глубоко знать своих больных, самостоятельно лечить наиболее распространенные заболевания, своевременно направить больного на другие этапы оказания медицинской помощи в случае необходимости. Исходя из этого, в настоящий момент врач общей практики должен быть хорошо подготовлен, владеть всеми вопросами диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний и их профилактики, а также оказать помощь при неотложных состояниях.

В связи с реформированием работы первичного звена здравоохранения Республики Узбекистан на ВОП возложена большая работа по оздоровлению населения и профилактике различных заболеваний. Активная работа ВОП в обучении населения направлена на предупреждение и снижение распространения болезней в обществе, и это направление работы, прежде всего, будет усиливаться при развитии опасных для человечества эпидемий (ВИЧ/СПИД, ИППП, туберкулез, наркомания и др.).

В Узбекистане эпидемия ВИЧ-инфекции находится на концентрированной стадии. Распространение этой инфекции в основном захватывает уязвимые группы населения (потребители инъекционных наркотиков, секс-работники, заключенные, мигранты и др). Эпидемиологическая ситуация сложившаяся в стране требует более активного привлечения врачей общей практики к профилактике ВИЧ инфекции. ВОП должен знать и уметь проводить раннее выявление больных, знать правила тестирования на ВИЧ-инфекцию и проводить профилактику среди населения. Кроме этого, ВОП должны знать основные принципы лечения, методы диспансеризации больных ВИЧ/СПИД и проводить наблюдение за лечением в динамике.

История, этиология и эпидемиология ВИЧ-инфекции

От синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) с 1981 года, когда был диагностирован первый случай этого заболевания, умерло более 25 миллионов человек, что делает его самой разрушительной эпидемией в истории человечества. Несмотря на улучшившийся в последнее время доступ к антиретровирусному лечению и уходу во многих регионах мира, в 2005 году эпидемия СПИДа унесла 3,1 миллиона (2,8-3,6 млн) жизней, более полумиллиона (570000) из этого числа были дети. К 2005 году общее число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), достигло самого высокого уровня: по оценкам специалистов на тот момент 40,3 миллиона (36,7-45,8 млн) человек жили с ВИЧ. Ежегодно более 5 млн человек впервые инфицируются ВИЧ. По данным Европейского регионального бюро ВОЗ к 2004 году рост числа новых случаев ВИЧ-инфицирования в Центральной Азии достиг следующих коэффициентов: 43 ВИЧ-инфицированных на миллион населения в Казахстане, 38 – на миллион населения в Узбекистане, 31 – на миллион населения в Кыргызстане, 4 – на миллион населения в Таджикистане.

Краткие глобальные данные об эпидемии СПИДа, декабрь 2006 г.

Количество людей, живущих с ВИЧ в 2006 г.	
Всего	39,5 миллиона (34,1- 47,1 миллиона)
Взрослых	37,2 миллиона (32,1- 44,5 миллиона)
Женщин	17,7 миллиона (15,1- 20,9 миллиона)
Детей моложе 15 лет	2,3 миллиона (1,7- 3,5 миллиона)
Количество людей, заразившихся ВИЧ в 2006 г.	
Всего	4,3 миллиона (3,6- 6,6 миллиона)
Взрослых	3,8 миллиона (3,2- 5,7 миллиона)
Детей моложе 15 лет	530 000 (410 000 – 660 000)
Количество смертей от СПИДа в 2006 г.	
Всего	2,9 миллиона (2,5- 3,5 миллиона)
Взрослых	2,6 миллиона (2,2- 3,0 миллиона)
Детей моложе 15 лет	380 000 (290 000 – 500 000)

Интервалы оценочных данных в данной таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры, на основании наилучшей имеющейся информации.

Первые случаи СПИД были зарегистрированы в США. Летом 1981 г. был опубликован доклад Центра по контролю заболеваемости США с описанием 5 случаев пневмоцистной пневмонии и 26 случаев саркомы Капоши у ранее здоровых гомосексуалистов из Лос-Анджелеса и Нью-Йорка. В течение последующих нескольких месяцев случаи СПИД были зарегистрированы среди инъекционных наркопотребителей обоего пола, а вскоре после этого — у лиц, перенесших переливание крови, особенно у больных гемофилией. После того, как были охарактеризованы группы больных СПИД, стало ясно, что причина заболевания - инфекция, передающаяся половым путем, а также с кровью и ее компонентами.

ВИЧ впервые был выделен в 1983 г. двумя исследователями (Монтанье и Гало) независимо друг от друга. В 1985 г. был разработан чувствительный метод диагностики ВИЧ-инфекции с помощью ИФА. Это позволило оценить

распространенность ВИЧ-инфекции. После выявления большого числа носителей антител к ВИЧ во всем мире, особенно в развивающихся странах, стало ясно, что ВИЧ-инфекция приобрела характер пандемии. Выявление антител к ВИЧ в сочетании с определением числа лимфоцитов CD4 в крови больных (как показателя иммуносупрессии) показало, что проявления ВИЧ-инфекции весьма разнообразны: от бессимптомного носительства до развернутой картины СПИД.

ВИЧ относят к семейству ретровирусов, подсемейству лентивирусов («ленти» - замедленный, длительный). Характерными особенностями ретровирусов являются уникальное строение генома и наличие фермента - обратной транскриптазы (РНК-зависимая ДНК-полимераза). Присутствие обратной транскриптазы в структуре вируса обеспечивает обратную направленность потока генетической информации: не от ДНК к РНК, а, наоборот, от РНК – к ДНК.

Существуют 2 антигенных штамма - ВИЧ-1 и ВИЧ-2. В Узбекистане наиболее широко распространен ВИЧ-1, который является наиболее патогенным и контагиозным для человека. ВИЧ-2 встречается исключительно в Западной Африке.

Воспроизводство ВИЧ связано только с определенными клетками. Считается, что вирус способен активно проникать в клетки, на поверхности которых находится рецептор CD4, с которым он взаимодействует. Этот рецептор несут в основном клетки, циркулирующие в крови, лимфе и тканевой жидкости, а также относящиеся к неспецифическим элементам нервной ткани. В частности, вирус выделен из различных клеток ЦНС. А поражение ЦНС имеет большое клиническое значение; спектр проявлений включает серозный менингит, энцефалопатию и миелопатию. Понос и похудание, наблюдаемое у многих ВИЧ-инфицированных, могут быть обусловлены поражением кишечного эпителия. Образование и превалирование агрессивных штаммов вируса вызывают быструю гибель CD4+ клеток, нарушение функции клеточного звена иммунитета, приводящее к нарушению бактерицидной, киллерной и

противоопухолевой активности и в конечном итоге, к развитию оппортунистических инфекций, аутоиммунных расстройств, злокачественных новообразований и поражению нервной системы.

Жизненный цикл вируса реализуется всего за 1-2 суток и за сутки формируется до 1 млрд. вирусных частиц, поэтому в организме быстро накапливается большое количество данного вируса.

Источником инфекции является носитель ВИЧ. Вирусоносительство может длиться от 3 месяцев до 10 лет и более. В организме инфицированного человека ВИЧ обнаруживается в наибольшем количестве в следующих биологических жидкостях:

- кровь;
- сперма;
- влагалищный секрет;
- грудное молоко.

Такие биологические жидкости, как пот, слюна, моча, слезная жидкость, а также фекалии содержат настолько мало вируса, что заражение от них маловероятно и не доказано. Но примесь крови делает источником инфекции любую биологическую жидкость. Нагревание до 56° вызывает инактивацию вируса через 30 мин, до 70° - через 10 мин; при кипячении он погибает через 1-2 мин. Обычные дезинфицирующие растворы, такие как 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор лизола, 0,2% гипохлорита натрия, 1% раствор глютарового альдегида, 70% этанол, эфир, ацетон, уничтожают вирус во внешней среде. Вместе с тем, ВИЧ устойчив к воздействию ультрафиолетовых лучей и ионизирующей радиации, сохраняется в высушенном виде в течение 7 дней при температуре 25-27 °С, в донорской крови сохраняется годами, хорошо переносит низкие температуры.

Механизм передачи ВИЧ-инфекции

Существует **3 пути передачи инфекции:**

1. **Половой путь** - передача инфекции реализуется при гетеро- (мужчина и женщина) и гомо- (мужчины, имеющие секс с мужчинами) сексуальных контактах. Причем риск передачи вируса от мужчины к женщине выше, чем от женщины к мужчине. Сопутствующие венерические заболевания значительно увеличивают риск передачи ВИЧ.

2. **Парентеральный путь** – при переливании крови и её компонентов, пересадке органов и тканей, в результате использования инфицированных игл, шприцев, нестерильных медицинских инструментов. Вирус может содержаться как в клетках крови (моноцитах), так и в плазме. Парентеральный путь инфицирования реализуется также среди потребителей инъекционных наркотиков, вводящих наркотики внутривенно. Факторами передачи при этом могут быть как необеззараженные общие шприцы и иглы, так и сам наркотик, в который добавляется кровь с целью его «очистки». Риск передачи ВИЧ максимален при использовании шприцев и игл, загрязненных кровью больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (для заражения достаточно 0,1мл инфицированной крови).

Не исключается возможность передачи вируса при бытовых контактах через предметы личной гигиены, загрязненные остатками крови (зубная щетка, лезвия для бритвы, колющие и острые режущие приборы при процедурах с нарушением целостности кожных покровов).

3. **Вертикальный путь** – передача от ВИЧ-инфицированной матери к плоду во время беременности, родов и при кормлении грудным молоком.

Биологические жидкости, содержащие ВИЧ

<i>Биологические жидкости, через которые возможно заражение ВИЧ</i>	<i>Биологические жидкости, возможность заражения через которые не доказана</i>
Кровь	Слюна
Компоненты крови	Слезы
Сперма	Моча
Влагалищная слизь	СМЖ
Грудное молоко	Околоплодные воды

Течение ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция – это заболевание, длительность которого измеряется не неделями и месяцами, а годами. Характерное проявление данной инфекции – тяжелый иммунодефицит, обусловленный прогрессирующим снижением числа Т-хелперов и их функциональной недостаточностью.

Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная экспертами ВОЗ

I клиническая стадия

- Бессимптомное течение
- Генерализованная лимфаденопатия

1 уровень функциональных возможностей: бессимптомное течение, нормальный уровень повседневной активности

II клиническая стадия

- Потеря веса менее 10% от исходного
- Легкие поражения кожи и слизистых (себорейный дерматит, зудящие дерматозы, грибковые поражения ногтей, рецидивирующий афтозный дерматит, ангулярный хейлит)
- Опоясывающий лишай за последние 5 лет
- Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит)

И/или 2 уровень функциональных возможностей: клинические проявления, нормальный уровень повседневной активности

III клиническая стадия

- Потеря веса более 10% от исходного
- Диарея неясной этиологии длительностью более 1 месяца
- Лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая) длительностью более 1 месяца
- Кандидоз полости рта (молочница)
- Волосатая лейкоплакия рта

- Туберкулез легких
- Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, бактериемия)

Или 3 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели менее 50% дневного времени)

IV клиническая стадия

- ВИЧ-кахексия
- Пневмоцистная пневмония
- Церебральный токсоплазмоз
- Криптоспоридиоз с диареей длительностью более 1 месяца
- Внелегочной криптококкоз
- Цитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки и лимфатических узлов (например, ретинит)
- Инфекции, вызванные вирусом простого вируса, споражением внутренних органов или хроническим (более 1 месяца) поражением кожи и слизистых оболочек
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- Любой диссеминированный эндемический микоз
- Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких
- Диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями
- Сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*)
- Внелегочный туберкулез
- Лимфома
- Саркома Капоши
- ВИЧ-энцефалопатия

ВИЧ-инфекция протекает как сложный многоступенчатый процесс, зависящий от многих факторов, которые к тому же различны на разных ее стадиях. Естественное течение заболевания включает в себя заражение, острую лихорадочную фазу, сероконверсию, бессимптомную фазу, стадию клинических проявлений/СПИД, терминальную фазу.

Острая лихорадочная фаза. Очевидные клинические проявления острой инфекции развиваются приблизительно у 1\3 больных через 1-8 недель после инфицирования. Также у трети больных какая-либо симптоматика может отсутствовать. В течение этого периода происходит гематогенная диссеминация ВИЧ, поэтому в крови больных обнаруживают высокую концентрацию вируса.

Основные симптомы острой фазы ВИЧ-1

Симптомы	Частота
Лихорадка	80%
Сыпь	51%
Язвы в полости рта	37%
Артралгия	54%
Фарингит	44%
Потеря аппетита	54%
Потеря веса	32%
Недомогание	68%
Миалгия	49%
Лихорадка и сыпь	46%

Бессимптомная фаза – период латентной инфекции. Продолжительность этой фазы длится довольно долго и составляет от 1 года до 5 лет. В этой фазе постоянно идет репродукция ВИЧ, ежедневно образуется не менее 1 млрд вирусных частиц и постепенно снижается число лимфоцитов CD4-клеток - мишеней ВИЧ. Но у больного отсутствуют клинические проявления персистирующей генерализованной лимфаденопатии или СПИД-ассоциированного комплекса. Больной трудоспособен.

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия – увеличение лимфатических узлов не менее, чем в двух областях вне паховой области в течение по крайней мере 3 месяцев. Диаметр лимфатических узлов при персистирующей генерализованной лимфаденопатии составляет не менее 1 см.

Также, у больных обнаруживают несколько одинаковых по размеру плотных безболезненных лимфатических узлов. Увеличение лимфоузлов – это следствие иммунного ответа на ВИЧ, сопровождающегося активацией и пролиферацией лимфоцитов и гиперплазией лимфатических фолликул. Обычно общее состояние больных с персистирующей генерализованной лимфаденопатией удовлетворительное, трудоспособность сохранена.

СПИД-ассоциированный комплекс – это стадия, когда самочувствие больного нарушается и возникают общие проявления. Это – лихорадка более 1 месяца, потеря массы тела, диарея, общая слабость, отсутствие аппетита, гепатоспленомегалия, множественные фолликулиты, паротит, контагиозный моллюск. При лабораторном исследовании определяется следующее: уменьшение количества CD4+ лимфоцитов крови – менее 500 клеток в 1 мкл; снижение соотношения CD4+ \ CD8+ ниже 1,0 (норма 1,5-2); анемия, лейкопения, тромбоцитопения; повышение уровня иммуноглобулинов класса А и G, циркулирующих иммунных комплексов.

Синдром приобретенного иммунодефицита. Под СПИД понимают ВИЧ-инфекцию, сопровождающуюся по крайней мере одним из оппортунистических заболеваний. По определению ВОЗ (1994 г), диагноз СПИД устанавливается у пациентов, имеющих антитела к ВИЧ, с количеством CD4+ лимфоцитов менее 200 в 1 мкл и наличием одного из СПИД-индикаторного заболевания.

К СПИД-индикаторным заболеваниям относятся:

- Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов и легких
- Криптококкоз внелегочной
- Криптоспоридиоз кишечника хронический
- Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов)
- Цитомегаловирусный ретинит
- Простой герпес с изъязвлениями
- Гистоплазмоз диссеминированный или внелегочной
- Рак шейки матки

- Изоспороз кишечника хронический
- ВИЧ-ассциированная деменция
- Саркома Капоши
- Пневмоцистная пневмония
- Сальмонеллезная септицемия
- Токсоплазмоз мозга
- Туберкулез легких и внелегочной
- Другие микобактериозы, диссеминированные или внелегочные.

Терминальная фаза характеризуется синдромом истощения, обусловленным действием ВИЧ (потеря массы тела более 10%, хроническое недомогание, необъяснимая лихорадка более 30 дней, хроническая диарея). У этой категории больных количество CD4+ лимфоцитов ниже 50 в 1 мкл, что свидетельствует о глубоком иммунодефиците. Продолжительность их жизни – в среднем 12-18 месяцев. У больных СПИД смерть наступает от осложнений, связанных с оппортунистическими инфекциями.

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции

1. Иммуноферментный анализ (ИФА) используется для выявления **антител** в сыворотке или плазме крови. ИФА – тесты используются для скрининга сыворотки или плазмы при постановке диагноза ВИЧ-инфекции, для тестирования донорской крови, эпидемиологическом слежении за ВИЧ-инфекцией. Необходимо помнить, что любое поколение тест-систем ИФА может давать как ложноотрицательные, так и ложноположительные результаты.

- Ложноотрицательные результаты могут возникать при так называемом «серологическом окне», т.е. отсутствием в начальном периоде заболевания в организме ВИЧ-инфицированного специфических антител. Кроме того, отсутствие специфических антител может быть вызвано особенностями соматического статуса ВИЧ-инфицированного (агаммаглобулинемией, серореверсией, конечной стадией ВИЧ-инфекции – СПИД).

- Ложноположительные результаты могут наблюдаться при соматических заболеваниях, связанных с поражением иммунной системы (аутоиммунные расстройства, различные онкологические заболевания, инфекционные заболевания, вызванные вирусными и бактериальными инфекциями), а также при беременности.

2. Экспресс (быстрые) тесты применяются для выявления антител к ВИЧ в сыворотке и плазме крови. Для данных тестов не требуется измерительное оборудование, так как результаты оцениваются визуально; не требуется длительное обучение персонала. Время их проведения значительно меньше, чем ИФА. Быстрые тесты могут применяться в лабораториях, не оснащенных специальным оборудованием.

3. Иммуноблот (вестерн-блот) основан на выявлении специфических антител к различным **белкам** ВИЧ. Его высокая специфичность по сравнению с другими методами основана на раздельном выявлении антител к различным белкам ВИЧ. Иммуноблот используется для подтверждения положительных результатов скринирования и осуществляется в лаборатории РЦ СПИД.

4. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

ПЦР - это высокочувствительная реакция, при которой происходит амплификация (селективное умножение) специфических последовательностей ДНК до такого уровня, когда их можно определить методом электрофореза или другими методами. ПЦР используется для выявления провирусной ДНК ВИЧ в крови (при качественном анализе) или геномной РНК ВИЧ в плазме крови (при количественном анализе, т.е. для определения «вирусной нагрузки»).

5. Определение количества CD4+лимфоцитов является неспецифическим методом определения состояния иммунного статуса. CD4+ лимфоциты представляют собой субпопуляцию Т-лимфоцитов (Т-хелперов), количество которых в норме составляет от 500 до 1500 в 1 мкл крови в зависимости от возраста. Снижение количества Т-хелперов (CD4+) является главным прогностическим показателем Т-клеточного иммунодефицита при ВИЧ-инфекции, которое проявляется уже бессимптомной стадии и сохраняется в

течение всего заболевания. Определение уровня CD4+ лимфоцитов в образцах крови проводят с помощью моноклональных антител.

Лечение

Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в государственных ЛПУ осуществляется бесплатно, конфиденциально.

(Приложение №2 к Приказу Минздрава РУз № 480 от «30» октября 2007 г.)

Задачи врача общей практики при ВИЧ-инфекции следующие:

-Информирование и обучение ВИЧ-инфицированных больных, ближайших родственников и медицинского персонала.

-Психологическая поддержка больных и их ближайших родственников.

-Обеспечение сохранности врачебной тайны.

-Участие (вместе с сотрудниками специализированных учреждений) в медицинском обслуживании ВИЧ-инфицированного больного. По договоренности больной может первоначально обращаться к своему врачу общей практики по поводу обычных заболеваний.

-При развитии у ВИЧ-инфицированного больного признаков простуды сначала его следует лечить как обычного пациента. Если симптоматика сохраняется более 3-5 дней или она атипична, следует провести углубленное лабораторное обследование и рентгенографию органов грудной клетки. Необходима консультация специалиста, даже если результаты исследований нормальны.

Поскольку большинство ВИЧ-инфицированных больных не подозревают о своей болезни, они лишены медицинской помощи при ранней стадии заболевания. Очень важно, чтобы ВОП умел диагностировать ВИЧ-инфекцию. В первые годы пандемии СПИДа внимание было приковано к представителям группы риска (гомосексуалисты и мужчины, бисексуальной ориентацией, инъекционным наркоманам, больным гемофилией) но такой подход сегодня малоэффективен. ВИЧ все чаще передается при гетеросексуальных половых контактах, а многие ВИЧ-инфицированные вообще не знают, каким путем они заразились. В наши дни правильнее говорить об опасных формах поведения, а

не о группах риска. Собирая анамнез у любого больного, надо беспристрастно, без осуждения поинтересоваться его сексуальной ориентацией, половой жизнью и употреблением наркотиков. Эти сведения повышают шансы на своевременную диагностику ВИЧ-инфекции. Показаниями к лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции служат венерические заболевания, туберкулез и беременность. Кроме того, исследование показано при увеличении всех групп лимфоузлов, деменции неясного происхождения, хронической диарее, необъяснимом похудании, генерализованном герпесе, опоясывающем лишае, с поражением нескольких дерматомов, цитопениях неясного происхождения, В-клеточных лимфомах и других заболеваниях, типичных для недостаточности клеточного иммунитета.

Диагноз ВИЧ-инфекции считается подтвержденным при неоднократном положительном результате ИФА с последующим положительным результатом иммуноблоттинга. Ложноотрицательные результаты встречаются редко, обычно в период между заражением и сероконверсией, который длится не дольше 6 месяцев. Ложно положительные результаты также бывают редко. Положительный результат ИФА и обнаружение антител только одному или двум антигенам ВИЧ при иммуноблоттинге считается сомнительным результатом серодиагностики. Сомнительные результаты бывают в период сероконверсии, на поздних стадиях заболевания, а также при наличии аллоантител (беременность, переливание крови, трансплантация органов) или аутоантител (аутоиммунные заболевания, злокачественные опухоли). Через 3-6 месяцев проводят повторное исследование. Если сомнительный результат был получен на фоне сероконверсии, то уже через месяц он станет положительным.

У каждого нового ВИЧ-инфицированного больного ВОП должен собрать подробный анамнез. **Уточняются следующие вопросы:**

- Был ли выезд за пределы места жительства, за рубеж, в какие страны, города, сроки пребывания? Имел ли рискованное поведение? Возможные сроки заражения, начало болезни?

- Сведения о переливании крови ее компонентов и препаратов, где? когда?
- Перечень лечебно-профилактических учреждений, где оказывалась медицинская помощь?
- Состоит/состоял(а) на учете в наркологическом и/или кожно-венерологическом диспансерах?
- Был(а) ли в половом контакте с ВИЧ-инфицированным, потребителем инъекционных наркотиков, работниками коммерческого секса (когда? Использовались ли средства защиты?)
- Употреблял ли наркотики инъекционным путем, использовались ли при этом общий шприц, иглы?
- Обследовался ли ранее на ВИЧ, где, когда, по какой причине?
- Частные манипуляции – иглоукалывание, обрезание, пирсинг, нелегальные аборт, домашние инъекции и т.д.
- Манипуляции проводимые в парикмахерской (косметические, бритье, маникюр), татуировка, прокалывание ушей, использование чужих бритвенных приборов, маникюрных наборов, косметических инструментов.
- Какие прививки были сделаны?
- Типичная симптоматика ВИЧ-инфекции: лихорадка, потливость по ночам, похудание, поносы, кашель, сыпи и другие поражения кожи, кандидоз, язвы слизистой рта, головные боли, неврологические и психические нарушения.

Во время беседы ВИЧ-инфицированный должен быть ознакомлен с Законом РУз «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом Иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» Статья №7 «Ответственность за заражение вирусом иммунодефицита человека» и заполняет «Лист прошедшего посттестовую консультацию».

Все документы, касающиеся ВИЧ-инфицированных, должны храниться в закрытом шкафу или сейфе, согласно требованиям работы с документами под грифом «ДСП».

Тактика ведения ВИЧ-инфицированного пациента:

Первичное обследование	
Жалобы	+
Сбор анамнеза	+
Оценка общего состояния	+
Серологическое подтверждение ВИЧ-инфекции	+
Сопутствующие заболевания	+
Оценка психического статуса и готовности к лечению (туберкулез, хирургические вмешательства, госпитализации, давность установления проявления, принимаемые лекарственные средства диагноза ВИЧ и ее клинические проявления)	+
Физикальное исследование	+
Гинекологическое исследование	По показаниям
Лабораторные исследования: Общий анализ крови (гемоглобин, общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула)	+
Общий анализ мочи	+
Биохимический анализ крови (Алт, АсТ, билирубин, креатинин)	+
Серологическое исследование на сифилис	+
Серологическое исследование на вирусные гепатиты В и С	+
Цитологическое исследование мазков с шейки матки, диагностика хламидиоза и гонореи	+
Рентгенография органов грудной клетки	По показаниям
Тест на беременность	По показаниям
Число лимфоцитов CD4+	+
Вирусная нагрузка	+
Проба Манту, выявление контактов с больными туберкулезом	+
Вакцинация (против гриппа, гепатитов А и В)	+
Другие исследования в зависимости от жалоб или других симптомов	По показаниям
Повторное обследование	
Анамнез и физикальные исследования	+
Биохимический анализ крови	+
Число лимфоцитов CD4+ (каждые 3-6 месяцев)	+
Вирусная нагрузка (каждые 3-4 месяца)	+
Проба Манту и серодиагностика сифилиса (1 раз в год)	+
Цитологическое исследование мазков с шейки матки (как минимум 1 раз в год)	+
Вакцинация (против гриппа - ежегодно)	+

До- и послетестовое консультирование

Консультирование—это конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом. Этот диалог дает возможность обратившемуся человеку:

- преодолеть стресс.
- принять решение относительно инфекции ВИЧ.

Консультирование при инфекции ВИЧ проводится для того, чтобы:

Поддержать человека и помочь ему осознать свою личную ответственность за изменение образа жизни относительно этого заболевания

Консультирование при ВИЧ- инфекции позволяет:

Обучать население наименее опасному поведению в отношении ВИЧ инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем. Заниматься **индивидуальной профилактикой** распространения заболевания. Оказывать **психологическую поддержку.**

Дотестовое консультирование:

- Каждое тестирование на антитела к ВИЧ должно сопровождаться консультированием
- Необходимо соблюдать **конфиденциальность** информации, полученной консультантом
- Оценка личности консультируемого
- Выяснение причин для обследования на антитела к ВИЧ
- Сбор анамнеза о половом поведении пациента, употреблении им наркотиков и др.
- Оценка уровня знаний пациента о ВИЧ-инфекции
- Обсуждение с пациентом возможных результатов тестирования
- Обсуждение с пациентом возможных реакций на положительный или отрицательный результат
- Оценить с пациентом возможные последствия тестирование
- Обсуждение с пациентом наличия эмоционально значимых для него обстоятельств

и ресурсов при положительном результате тестирования

-Обсуждение с пациентом возможностей для изменения последним рискованного поведения, если оно ранее имело место

-Назначение даты и времени сообщения результата тестирования

-Результата теста сообщается лично консультантом при послетестовом консультировании

-Результаты тестирования по телефону не сообщаются

В результате **дотестового консультирования** пациент получает информацию о:

- о ВИЧ- инфекции,
- о тесте на антитела к ВИЧ,
- о мерах профилактики ВИЧ-инфекции,
- о последствиях тестирования.

- При этом он получает объективную оценку возможности в его жизни риска заразиться ВИЧ-инфекцией

- Принимает осознанное решение о прохождении обследования на антитела к ВИЧ «информированное согласие»

- Обдумывает возможности для изменения своего поведения.

Послетестовое консультирование

1.Отрицательный результат теста

Пациент из категории низкого риска:

-Обсудить вопросы профилактики ВИЧ-инфекции – безопасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции

Пациент из категории высокого риска:

-обсудить значение полученного результата

-напомнить пациенту о наличии периода «окна» и рекомендовать повторить исследование через 3-6 месяцев

-поддержать данную ранее установку пациенту на наименее опасное, в отношении ВИЧ-инфекции, поведение

Эпидемиологические критерии обоснования диагноза ВИЧ-инфекции:

Критерии высокой вероятности инфицирования:

- переливание донорской крови, полученной от инфицированного ВИЧ-лица
- рождение обследуемой женщиной инфицированного ВИЧ-ребенка
- в случае рождения обследуемого от инфицированной ВИЧ матери
- наличие полового контакта с инфицированным ВИЧ лицом
- совместный парентеральный прием наркотиков с инфицированным ВИЧ лицом

Наличие определенного риска заражения ВИЧ:

- обнаруживается при достоверных парентеральных вмешательствах или повреждениях, которые осуществляется инструментами, вероятно, контаминированными ВИЧ.

Наличие заметного риска заражения ВИЧ:

- обследуемый сообщает о половых связях или о парентеральном приеме наркотиков на территориях, где ВИЧ значительно распространен среди той группы населения, к которой принадлежит обследуемый
- в то же время половые связи и прием наркотиков на территориях с низким распространением ВИЧ-инфекции не исключают возможности заражения ВИЧ

Послетестовое консультирование

2. Неопределенный результат теста

Пациент из категории низкого теста:

- обсудить значение полученного результата
- обсудить возможные причины неопределенного результата
- направить пациента в центр СПИД
- поставить пациента на учет в центре СПИД и назначить повторное обследование через 3 месяца
- обсудить вопросы профилактики ВИЧ-инфекции – безопасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции

Пациент из категории высокого риска:

- обсудить значение полученного результата
- обсудить возможные причины неопределенного результата

- обсудить вероятность начала сероконверсии
- направить пациента в центр СПИД
- поставить пациента на учет в центре СПИД и назначить повторное обследование через 2 недели
- поддержать ранее данную установку пациенту на наименее опасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции

Послетестовое консультирование

2. Положительный результат теста

Пациент направляется в центр СПИД для сообщения окончательного результата и постановки на диспансерный учет. О положительном результате теста пациенту сообщает сам консультант:

- дать пациенту время для осмысления данного сообщения
- оценить реакцию пациента на сообщение о наличии у него антител к ВИЧ
- объяснить пациенту разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом
- объяснить пациенту его ответственность за изменение поведения для избежания передачи возбудителя
- поддержать ранее данную установку пациенту на наименее опасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции, а также других заболеваний (особенно болезней, передающихся половым путем), которые могут угнетать иммунитет и ускорить развитие СПИДа
- обсудить с ВИЧ-инфицированным лицом проблему оповещения половых партнеров и целесообразность информирования близких
- объяснить пациенту, что окончательный диагноз ВИЧ-инфекции и стадия заболевания будут определены в центре СПИД после беседы с врачом-эпидемиологом, проведения исследований показателей иммунного статуса и осмотра врача-инфекциониста
- диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается врачом-инфекционистом центра СПИД на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Во время предтестового консультирования необходимо оценить риск негативных последствий получения известия о положительном результате тестирования (суицид, агрессия по отношению к себе или окружающим, страх жестокого отношения к себе со стороны партнера и других людей).

Принципы лечения ВИЧ-инфекции

1. Антиретровирусная терапия
2. Профилактика оппортунистических заболеваний
3. Лечение оппортунистических инфекций
4. Симптоматическая терапия
5. Создание социально-психологической поддержки

Цель лечения уменьшить содержание вируса в плазме крови до 50 вирусов в 1 мл (начальное содержание обычно составляет 10000-1000000 вирусов в 1 мл. На практике для этого необходимо использовать лекарственные средства по крайней мере двух групп. Если цель достигнуть не удалось или содержание вирусов вследствие лечения увеличилось, следует заменить эти препараты.

Наиболее эффективно проводить антиретровирусную терапию в специализированных клиниках, так как схемы лечения очень сложны и для проведения лечения необходимо полное согласие больного.

Вследствие квалифицированного грамотного лечения увеличивается продолжительность жизни и, несомненно, улучшается качество жизни больного.

1. Специфическое лечение ВИЧ-инфекции улучшает прогноз заболевания. Обычно используют комбинацию трех групп препаратов. А в настоящее время нам доступны лекарственные средства четырех групп:

1. Ингибиторы обратной транскриптазы, аналоги нуклеозидов: зидовудин, залцитабин, диданозин, ставудин и абакавир.
2. Ингибиторы обратной транскриптазы, не аналоги нуклеозидов: невирапин.
3. Ингибиторы протеаз: индинавир, саквинавир, ритонавир, нельфинавир.
4. Другие: например, гидроксикарбамид.

Лицензированные АРВ препараты

Ингибиторы обратной транскриптазы (ИОТ)		Ингибиторы протеазы (ИП)
Нуклеозидные аналоги (НИОТ)	Ненуклеозидные аналоги (ННИОТ)	
зидовудин (Ретровир®)	делавирдин (Рескриптор®)	саквинавир (Фортоваза®)
диданозин (Видекс®)	невирапин (Вирамун®)	индинавир (Криксиван®)
зальцитабин (Хивид®)	ифавиренц (Сустива®)	ритонавир (Норвир®)
ламивудин (Эпивир®)		нелфинавир (Вирасепт®)
ставудин (Зерит®)		ампренавир (Агенераза®)
абакавир (Зиаген®)		лопинавир (Калетра®)

При лечении возможны опасные побочные эффекты. Для достижения оптимальных результатов лечения необходимо строгое соблюдение режима АРТ - пациент должен строго соблюдать схему лечения – принимать не менее 95% предписанных доз. Известно, что если пациент тщательно придерживается режима лечения, частота обусловленных ВИЧ-инфекцией заболеваний и смертность резко падают, а при нарушении режима приема препаратов быстро развивается лекарственная устойчивость.

Существуют следующие причины прерывания лечения: употребление наркотиков и алкоголя (пациент может нарушать регулярность приема препаратов), плохое питание из-за бедности или других причин, религиозные убеждения, страх, что из-за регулярного приема препаратов ВИЧ-статус перестанет быть тайной, психические заболевания, страх побочных эффектов и сомнения в необходимости приема препаратов.

ВИЧ-инфекция у женщин во время беременности

Согласно результатам исследований, зидовудин способен на 66% сократить число случаев вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Добиться еще больших результатов помогает высокоактивная антиретровирусная терапия.

Принципы ведения ВИЧ-инфицированных беременных:

1. Все ВИЧ-инфицированные беременные должны получать АРВТ, которую нужно начинать не позднее второго триместра.
2. По возможности АРВТ не начинают в первом триместре (то есть в эмбриональном периоде развития плода).
3. Безопасность и эффективность зидовудина во время беременности доказана, и поэтому его стоит включать в любую схему лечения.
4. Главная задача – как можно сильнее снизить концентрацию вирусной РНК в плазме: чем ниже минимальная концентрация, тем дольше будет эффективна схема лечения матери. Кроме того, от концентрации вирусной РНК зависит риск вертикальной передачи инфекции.

ВИЧ-инфицированным беременным с числом лимфоцитов CD4+ больше 500 мкл^{-1} и концентрацией вирусной РНК меньше 10000-20000 копий в 1 мл назначают монотерапию зидовудином, устойчивость к нему развивается редко. Независимо от схемы лечения матери, в первые 6 недель жизни, новорожденный должен получать зидовудин.

Заражение ребенка от матери чаще всего происходит во время родов, когда он проходит через инфицированные родовые пути. Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований по методам родоразрешения ВИЧ-инфицированных показывает, что при кесаревом сечении риск вертикальной передачи вируса снижается на 50%. Если же беременная получала АРВТ, то заражение происходит менее чем в 5% случаев. Все это необходимо рассказать беременной женщине, чтобы она смогла принять взвешенное, разумное решение.

Если новорожденный не заразился ВИЧ во время родов, то он может заразиться от матери в 14-29% случаев. Поэтому не рекомендуется больной

матери кормить ребенка грудью. Но решение о том, кормить своего ребенка грудью или нет, мать принимает сама.

Профилактика

Первостепенная роль в профилактике ВИЧ-инфекции отводится пропаганде здорового образа жизни, просветительной работе и медицинскому консультированию. Широко привлекая лиц из группы риска ВИЧ-инфекции к добровольному обследованию и проводя разъяснительную работу с ВИЧ-инфицированными, можно значительно ограничить распространение заболевания среди населения.

Для формирования здорового образа жизни у населения, а в данном случае, особенно здорового сексуального поведения, в национальной системе профилактики необходимо обеспечить обучение кадров с навыками профилактической работы с разными группами населения, и особенно с группами повышенного риска. Процесс подготовки кадров должен включать обучение работников здравоохранения (в первую очередь ВОП) и социальной помощи, обучение педагогов школ, средне-специальных и высших учебных заведений, представителей средств массовой информации, а также организацию добровольцев по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и других заболеваний передающихся половым путем из числа самих подростков, молодежи, групп риска – наркоманов и работников коммерческого секса. Основной задачей подготовленных кадров является вмешательство на индивидуальном или групповом уровне, направленное на изменение поведения личности, снижающее возможность инфицирования. По мнению группы специалистов кафедры кожных и венерических болезней Ташкентской медицинской Академии, ключевыми составляющими изменения поведения при этом являются:

- Информация о ВИЧ-инфекции и других заболеваний передающихся половым путем;

- Мотивация на отсрочку начала половой жизни, воздержание, моногамия или ограничение частоты смены половых партнеров, менее опасные формы секса, применение барьерных методов и химических средств индивидуальной профилактики;
- Знания о менее опасном поведении и умение пользоваться им (навыки использования презерватива, навыки общения для обсуждения вопросов секса и снижения риска, утверждение собственных предпочтений и умение противостоять давлению и т.д.);
- Мотивация получения медицинской помощи у специалиста;
- Мотивация на лечение и явку для контроля излеченности и\или эффективности терапии;
- Обеспечение явки партнеров;
- Реакция на появление симптомов в будущем.

Учитывая, что ВИЧ-инфекция, попавшая в организм, в настоящее время неизлечима, и нет разработанной вакцины, а вирус невозможно элиминировать, остается единственный реальный путь противостояния распространению ВИЧ-инфекции – недопущение попадания вируса в организм человека, т.е. меры первичной профилактики. Наиболее действенная мера по предотвращению передачи ВИЧ среди лиц, ведущих половую жизнь, - отказ от форм полового поведения, сопряженных с высоким риском заражения. Если половые партнеры хотят быть уверенными в отсутствии риска заражения, они оба должны обследоваться на ВИЧ. Если партнеры не обследованы на ВИЧ или один из них инфицирован ВИЧ, при половых контактах необходимо использовать презерватив. Необходимо помнить, что презерватив не является абсолютно надежным противозачаточным средством (его эффективность составляет приблизительно 10 беременностей на 100 женщин в год), поэтому нельзя рассчитывать и на то, что он гарантирует полную защиту от заражения ВИЧ.

В настоящее время потребители инъекционных наркотиков составляют свыше 70% ВИЧ-инфицированных в Узбекистане. Наркоманы наряду с

использованием общих игл и шприцев, легко способны на случайные сексуальные контакты, и заражают половых партнеров, которые в свою очередь становятся источниками инфекций.

ВОП должен уметь распознавать наркомана. В первую очередь должно настораживать изменение характера и образа жизни человека. Для лица, начавшего употреблять наркотики, характерно появившееся стремление к уединенности. При осмотре кожных покровов инъекционного наркомана, то над подкожными венами можно увидеть точечные рубчики, кровянистые и гнойные корочки, или кровоподтеки на месте инъекций, нередко его мучает зуд кожи. При этом течение ВИЧ-инфекции у данной группы риска отличается быстрым прогрессированием, значительным уменьшением длительности стадий инфекционного процесса.

Учитывая вышеописанное, для профилактики ВИЧ-инфекции группа специалистов во главе с профессором А.Ш.Ваисовым, считают целесообразным следующее:

- врачам обстоятельно выяснять анамнез пациентов, делая акцент на наличие приема инъекционных наркотиков;

- при осмотре пациента обращать внимание на наличие лимфаденопатии в верхней половине туловища, признаков инъекционных проколов (локтевая вена, межпальцевые промежутки на кистях, паховые складки), и беспричинного зуда;

- обращать внимание на поражения, вызванные вирусом герпеса, а также изъязвления слизистой оболочки полости рта.

Лучший способ профилактики ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов – отказ от этого пагубного пристрастия. По крайней мере, наркоманы должны отказаться от использования общих игл и шприцев. Многочисленные исследования показали, что внедрение программы обмена игл и шприцев привело к значительному снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди инъекционных наркоманов и при этом не вызвало роста употребления наркотиков.

Проверка всей донорской крови на антитела к ВИЧ и антиген p24 и внедрение программы анкетирования донора позволили значительно снизить риск передачи ВИЧ при переливании крови и ее компонентов. В настоящее время риск заражения при переливании крови или ее компонентов составляет всего 0,0002%.

А также, поскольку ВИЧ передается через грудное молоко и молозиво, ВИЧ-инфицированные матери должны избегать кормления грудью.

На основании вышеуказанного, можно утверждать, что ВОП в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции, в основном должен проводить мероприятия по профилактике этой болезни. Для большей эффективности этой работы, основные усилия должны быть направлены на «группы риска» - небольшие группы лиц с большим количеством сменяющихся половых партнеров, являющиеся резервуаром инфекции и обеспечивающие ее распространение.

Постэкспозиционная профилактика у медицинских работников

Если медицинский работник поранился загрязненной иглой или иным путем подвергся риску заражения ВИЧ, следует срочно, желательно в течение 1 часа, провести профилактику. Постэкспозиционная профилактика зидовудином на 80% снижает риск заражения ВИЧ. Показания к ней определяются вероятностью ВИЧ-инфекции у больного и формой контакта.

Действия в случае контакта на рабочем месте

- Первая помощь: загрязненный участок кожи (поврежденной или неповрежденной) промыть водой с мылом, слизистые промыть водой;
- Оценить риск заражения ВИЧ-инфекцией;
- При контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного провести постконтактную профилактику;
- Обследовать на ВИЧ пациента, с биологическими жидкостями которого контактировал медицинский работник;
- Клиническое обследование и тестирование на ВИЧ у пострадавшего проводят только после получения его информированного согласия;

- Консультант должен провести беседу о снижении риска заражения на рабочем месте, проанализировав вместе с пострадавшим последовательность событий, предшествовавших контакту.
- Подготовить отчет о контакте

Организация помощи ВИЧ-инфицированным в Узбекистане.

В 1999 году Парламент Узбекистана принял новую редакцию Закона о СПИДе, который регламентировал всю деятельность по проблеме СПИДа. Данный Закон предусматривает ответственность Правительства за профилактические мероприятия и оказание медицинской помощи людям с ВИЧ.

Проблемы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа включены в Программу Реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, принятую Указом Президента Узбекистана № 2107 от 10 ноября 1998 года.

В мае 2003 года была утверждена Стратегическая программа противодействия распространению эпидемий ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан на 2003-2006 годы. В этом же году был создан национальный мультисекторальный координирующий орган по проблемам ВИЧ/СПИДа (официальное название – Подкомиссия Республиканской Чрезвычайной Комиссии по противодействию эпидемиям и Координации Стратегических Программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и Туберкулеза в Республике Узбекистан) под председательством Заместителя Премьер-Министра. Данная Подкомиссия работает как национальный орган, поддерживающий взаимодействие между правительством, частным сектором и гражданским обществом в решении проблем ВИЧ/СПИДа.

В составе представлены соответствующие ведущие министерства, ведомства, неправительственные организации, люди, живущие с ВИЧ/СПИД, а также ряд двусторонних и международных организаций.

В Республике Узбекистан функционирует сеть центров СПИДа в составе 15 организаций с совокупным штатом свыше 600 единиц, которые

подчиняются местным управлениям здравоохранения и находятся под единым методическим руководством со стороны Республиканского центра. Центры СПИД имеются во всех регионах страны. Центры СПИД несут ответственность за координацию мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в масштабе соответствующего административно-территориального образования и проведение эпидемиологического надзора над ВИЧ-инфекцией. Вопросами профилактики и борьбы со СПИДом также занимаются организации общей лечебной медицинской сети, в том числе около 250 кожно-венерологических кабинетов и диспансеров, обеспечивающих медицинские услуги лицам с инфекциями, передаваемыми половым путем.

Анонимный кабинет

1.Общая часть

Основными задачами врача анонимного кабинета является оказание специализированной лечебно-диагностической и консультативной помощи больным. Врач анонимного кабинета в своей работе подчиняется непосредственно заведующему поликлиникой и стационара. В своей работе врач анонимного кабинета руководствуясь действующим законодательством приказами Минздравом РУз, указаниями и распоряжениями органов здравоохранения, настоящей должностной инструкцией, а также методическими рекомендациями по совершенствованию медицинской помощи больным.

2.Обязанности

-Проведение квалифицированного приема пациентов, обратившихся в анонимный кабинет.

-Ведение утвержденной медицинской документации, приема и обследования лиц, выезжающих за пределы Республики Узбекистан.

-Проведение до- и послетестовых консультаций лицам, обследующимся на ИФА.

-Оказание дерматовенерологической помощи лицам, обратившимся в анонимный кабинет.

-Соблюдение врачебной этики, конфиденциальности и анонимности обследования.

-Проведение после тестовых консультаций с лицами положительно реагирующими на ИФА совместно с заведующим отделением и врачом-психоневрологом.

-Составление отчета о проведенной работе.

3. Права

Врач анонимного кабинета имеет право:

-вносить предложения по вопросам улучшения организации лечебно-профилактической, стоматологической помощи, условий своего труда

-участвовать в совещаниях по вопросам организации стоматологической помощи;

-назначать и отменять любые лечебно-профилактические мероприятия, исходя из состояния больного

-получать информацию, необходимую для выполнения должностных обязанностей.

4. Оценка работы и ответственность

Оценка работы врача анонимного кабинета проводится заведующим поликлиникой и стационара по итогам работы за квартал (год) на основании учета качественных и количественных показателей его работы, соблюдения им требований основополагающих официальных документов, правил трудовой дисциплины, морально-этических норм, общественной активности.

Врач анонимного кабинета несет ответственность как за некачественную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и компетенции, в соответствии с действующим законодательством.

Стигма и дискриминация ВИЧ-инфицированных больных

Стигматизация и дискриминация представляют собой серьезнейшие препятствия на пути осуществления эффективной профилактики и оказания других социально-психологических услуг в связи с ВИЧ и СПИД. Страх подвергнуться дискриминации может удерживать людей от того, чтобы обратиться за медицинской помощью или консультацией, поскольку требуется открыть свой ВИЧ-статус. Люди живущие с ВИЧ, опасаются, что от них отвернутся близкие, друзья, коллеги, соседи. Стигматизация, окружающая ВИЧ и СПИД, может переходить на следующее поколение, ложась тяжким бременем на плечи детей, пытающихся справиться с последствиями смерти своих родителей от СПИД.

Стигматизации людей, живущих с ВИЧ, способствует ряд факторов: ВИЧ-инфекция – заболевание, угрожающее жизни, а тема смерти является пугающей для общества.

1. Неосведомленность о путях передачи – люди, не зная о путях передачи ВИЧ, стараются избегать любого контакта с людьми, живущими с ВИЧ.

2. Люди ассоциируют ВИЧ с определенными группами людей, которые уже стигматизируются в обществе потребителями наркотиков, секс-работниками и другими.

В. ВИЧ наиболее сильно затрагивает людей, которые чаще всего дискриминируются и находятся в неравном положении в обществе: женщин, подростков, мужчин, практикующих секс с мужчинами, потребителей наркотиков и т.д.

До сих пор не до конца понятно, что может уменьшить стигму и ее последствия в обществе. Тем не менее, образование может помочь людям на основании полученной информации пересмотреть свои страхи и изменить отношение к данной проблеме. Для этого необходимо, чтобы люди получали знания не только о путях передачи вируса, но и о правах людей, живущих с ВИЧ, и о людях особо уязвимых перед ВИЧ, а также и о самих понятиях «стигматизация» и «дискриминация».

Стигма – дословно «ярлык», «клеймо», «пятно» - чрезвычайно сильный социальный ярлык, который полностью меняет отношение к другим людям и самим себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества. Стигма дискредитирует человека в глазах окружающих и оказывает большое влияние на его самосознание.

Стигматизация – навешивание ярлыков. Этот процесс обесценивания личности. Часто считается, что люди живущие с ВИЧ, заслужили то, что с ними произошло, так как употребляли наркотики, занимались оказанием сексуальных услуг и т.п.

Дискриминация – от латинского «различие», «ущемление или умаление прав», «принижение роли», «лишение равноправия», то есть это стигма в действии. Примером дискриминации может служить увольнение с работы ВИЧ-положительного человека, или запрет педагога посещать школу, институт ВИЧ-положительным ученикам, студентам. Стигма и дискриминация могут иметь место везде: в системе здравоохранения, образования, в семье, на работе, в средствах массовой информации, в правовых институтах и т.д.

Профилактические программы должны быть направлены на формирование гуманного отношения к ВИЧ-положительным пациентам. Важно, чтобы регулярно проводилась индивидуальная работа, групповые и массовые мероприятия, позволяющие создать атмосферу открытости, поддержки, сострадания и понимания проблем людей, живущих с ВИЧ.

Мероприятия, позволяющие снизить стигматизацию и дискриминацию:

- Повышение уровня информированности населения о ВИЧ и СПИД;
- Обучение навыкам безопасного поведения;
- Формирование мнений, отношений на основе общечеловеческих ценностей;
- Психологическое сопровождение образовательного процесса;

- Создание благоприятной правовой среды (обеспечение доступа к соответствующим национальным и международным).

Список литературы

1. Акбарова А.С., Ваисов А.Ш., Хакимов М.М. и др. О ранней диагностике ВИЧ-инфекции у лиц, принимающих инъекционные наркотики. Журнал «Новости дерматологии и венерологии», Ташкент, № 1, 2. 2003 г., с.54-57.
2. Акилов А.А. и соавт. ВИЧ\СПИД и TORCH-инфекции. Уч.пособие для врачей, Ташкент, 2006 г., 192 стр.
3. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе. UNFPA\UNAIDS\UNICEF\WHO. Копенгаген, 2004 г., 95 стр.
4. Ваисов А.Ш., Саипов С.С., Бикбоева Е.А. и др. Неотложные задачи организации эффективной профилактики ЗППП в Узбекистане. Журнал «Новости дерматологии и венерологии», Ташкент, № 1, 2. 2003 г., с.5-9.
5. Ваисов А.Ш., Алимханов К.Б., Ходжаев Р.Б. О роли ВОП при оказании ЛПП больным с дерматовенерологической патологией в условиях реформирования здравоохранения. Журнал «Новости дерматологии и венерологии», Ташкент, № 1, 2. 2001 г., с.6-10.
6. ВИЧ-инфекция и СПИД. Запорожан В.Н., Аряев Н.А. Киев, 2003 г.
7. Глобальная эпидемия СПИДа продолжает нарастать. Пресс-релиз ЮНЭЙДС\ВОЗ. Женева, 2005 г.
8. Закон Республики Узбекистан № 816-1 от 19.08.1998 г. «О профилактике заболевания, вызываемых вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
9. Иммунитет и ВИЧ. Бобкова М.Р. Москва, «Медицина», 2006 г.
10. Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости. Справочная информация по данным противодействия ВИЧ\СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. ЮНЭЙДС\ВОЗ\ООН. Женева, 2004 г.
11. Клинические рекомендации для практикующих врачей. Под ред.И.Н.Денисова и др., «ГЭОТАР-МЕД», 2002 г., стр.33-35.

12. Комплексная программа по обеспечению широкой популяризации среди населения здорового образа жизни и развития профилактического здравоохранения в Узбекистане на 2008-2015 гг.
13. Общеврачебная практика по Джону Нобелю. Под ред. Дж. Нобеля. Москва, Практика, 2005 г., стр. 276-311.
14. Парпиева Н.Н. и соавт. Туберкулез и ВИЧ\СПИД. Уч. пособие для преподавателей мед. ВУЗов, Ташкент, 2007 г., 188 стр.
15. Профилактика ВИЧ среди подростков, основанная на пропаганде сексуального воздержания до брака, супружеской верности и здоровом образе жизни. По модели профилактики ВВП (ABC). Программа АСЕТ. М. Слански, Л.Т. Макарова. Сборник материалов конференции по вопросам ВИЧ\СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Москва, 2006 г., стр. 213.
16. Профилактика ВИЧ-инфекции, снижение стигмы и дискриминации по отношению к уязвимым группам населения. Модуль тренинга для врачей общей практики. Ф.Х. Камиров, Ш.З. Касымов, Н.А. Нармухамедова и др. Ташкент, 2008 г, стр. 71-72.
17. Приказ № 480 МЗ РУз от 30.09.2007 г. «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан».
18. Развитие эпидемии СПИДа. Специальный доклад, посвященный профилактике ВИЧ. ЮНЭЙДС\ВОЗ. Женева, 2005 г., 95 стр.
19. Руководство для врачей общей практики. Под ред. А.Г. Гадаева, Ф.Г. Назирова. Москва, ГЭОТАР-Медиа 2005 г., 824 стр.
20. Стратегическая программа противодействия распространению ВИЧ-инфекции и РУз на 2007-2011 гг.». Ташкент, 2007 г.
21. Тохвер М. О превенции в практике семейного врача\врача общей практики. Эстония, Тарту, 2002 г., стр. 168-180.
22. Утешение и надежда. Шесть примеров мобилизации усилий семьи и общества по уходу за людьми, живущими с ВИЧ\СПИДом, при участии последних. Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика». Женева, 2006 г., 71 стр.

23. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York, United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS, 25-27 June 2001.
24. Therapeutic and other interventions to reduce the risk of mother-to-child transmission of HIV-1 in Europe: The European Collaborative Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 105:704-709.
25. WHO Guidelines "Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings: Guidelines for a public health Approach", 2002.