Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации и Федеральная служба
исполнения наказаний
Фонд «Российское здравоохранение»
Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа»

СБОРНИК НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ И МЕТОДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И ПОВЕДЕНЧЕСКОГО НАДЗОРА ВИЧ/СПИД И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ТОМ № II

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией
в Российской Федерации

Москва, 2007

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
и Федеральная служба исполнения наказаний

Фонд «Российское здравоохранение»

Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа»

Документ разработан в рамках деятельности Рабочей группы по подготовке нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИДа и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2006 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний»).

Председатель Рабочей группы: заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, д.м.н., профессор Р.А. Хальфин.

Заместитель председателя Рабочей группы: руководитель Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, д.м.н., профессор, академик РАМН В.В. Покровский.

Члены Рабочей группы: Акрам А. Элтом (ВОЗ), к.м.н. А.Т. Голиусов (Роспотребнадзор), к.ф.н. Г.Н. Гильдеева (Росздравнадзор), Л.А. Дементьева (Роспотребнадзор), к.м.н. И.И. Ерамова (ВОЗ), д.м.н. Е.П. Какорина (Минздравсоцразвития России), В.В. Косенко (Росздравнадзор), к.с.н. В.В. Мадьянова (Минздравсоцразвития России), д.м.н. Н.Ю. Макарова (Фонд «Российское здравоохранение»), к.м.н. А.А. Мартынов (Минздравсоцразвития России), д.м.н., профессор Г.Ч. Махакова (Минздравсоцразвития России), И.В. Пчелин (Общественное движение ЛЖВС «Шаги», И.Г. Савченко (ЮНЕЙДС), к.м.н. В.Н. Садовникова (Минздравсоцразвития России), к.м.н. М.В. Семенченко (ЮНЕЙДС), к.б.н. З.К. Суворова (Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом), д.м.н. В.С. Шухов (ВОЗ).

Авторский коллектив: д.м.н., профессор, академик РАМН В.В. Покровский, д.м.н., профессор Г.М. Кожевникова, д.м.н., профессор О.П. Фролова, д.м.н., профессор О.Г. Юрин, к.б.н. Н.Н. Ладная, к.м.н. Н.В. Козырина, Е.В. Буравцова, к.м.н. Л.В. Родина, д.с.н., профессор Ю.П. Аверин, д.м.н. М.А. Иванова, к.м.н. В.В. Киржанова, к.б.н. А.И. Круглова, к.б.н. А.Л. Суханова, к.м.н. М.В. Семенченко, М.А. Туманова, Р.С. Нарсия, д.м.н. О.П. Фролова, Л.А. Михайлова.

Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний содержит 5 тематических разделов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию 5

Организация работ по сбору информации о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДА 39

О проведении поведенческого надзора среди больных ВИЧ-инфекцией 49

Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям (туберкулез, ИППП, гепатиты) 219

О проведении надзора за циркуляцией генетических вариантов вируса иммунодефицита человека, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам 303

Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции 349

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

_____Р.А. Хальфин

06.08.2007 № 5950-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«О ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ»

Москва, 2007 г.

Настоящие методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» № 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2005 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний») при участии ФГУН ЦНИИЭ, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора и отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (В.В. Покровский, А.Т. Голиусов, Н.Н. Ладная, Е.В. Буравцова).

Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5950-РХ «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию». — Москва, 2007. — 34 с.

ВВЕДЕНИЕ

Общее число людей, живших с ВИЧ в станах мира на конец 2006 года, составило 39,5 миллиона человек по данным ЮНЭЙДС[1]. С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции у жителя Российской Федерации в 1987 г. до 31 декабря 2006 г. в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИ-Дом было сообщено о **373 718** зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции у граждан России и 8033 — у иностранных граждан.

В контексте всемирной развивающейся пандемии ВИЧ-инфекции каждая страна нуждается в информации о национальных особенностях развития эпидемии. России, как другим странам, необходимы данные о заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции в уязвимых группах и среди общей популяции, а также информация об изменении данных показателей для определения тенденций развития эпидемии. Эта информация требуется для определения стратегии противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и оценки эффективности профилактических вмешательств.

Точное число случаев ВИЧ-инфекции весьма трудно установить, и до настоящего времени в мире с эпидемиологической целью применяется как диагностика ВИЧ-инфекции, так и диагностика СПИДа, и действуют серьезно отличающиеся системы эпиднадзора за ВИЧ/СПИД. Диагностика СПИДа была введена еще до открытия возбудителя, поэтому имеет приоритет в давней традиции. Даже в странах с высоким уровнем медицины эпиднадзор, основанный на диагностике СПИДа, не может отражать реальной ситуации с ВИЧ-инфекцией в связи с наличием длительного бессимптомного периода ВИЧ-инфекции (в среднем — 8–10 лет) до развития СПИДа.

В 1990 г. ВОЗ[2] кроме регистрации случаев СПИДа предложил учитывать информацию о пораженности ВИЧ и рискованном поведении населения для получения более адекватной информации об эпидемии ВИЧ-инфекции, поскольку регистрация СПИДа приводила к отставанию информации об эпидемии на несколько лет. В разных странах для оценки распространенности ВИЧ-инфекции с различной регулярностью обследуются разные группы населения, чаще всего беременные женщины, доноры и пациенты клиник болезней, передающихся половым путем. Инструментом, предлагаемым ВОЗ и ЮНЭЙДС для оценки количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС) на территории отдельных стран, является использование систем дозорного эпиднадзора и дальнейшее компьютерное моделирование эпидемии.

---

[1] ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006. UNAIDS/06.29R, AIDS epidemic update: December 2006.

[2] Global Programme on AIDS «Guidelines for Monitoring infection in population, WHO, February 1990.

Исследования в рамках дозорного эпиднадзора рекомендуется проводить в наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией группах населения. В рамках предложенного в 2000 г. ВОЗ и ЮНЭЙДС[3] эпиднадзора второго поколения рекомендовалось усилить данные дозорного надзора поведенческими исследованиями в тех же группах населения и данными о распространенности инфекций со сходными путями передачи.

С появлением в 1996 г. высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) стала очевидно актуальной регистрация случаев ВИЧ-инфекции, активное тестирование на ВИЧ населения и диспансерное наблюдение за инфицированными для своевременного начала терапии. Следствием этого явилась разработка новой стратегии ВОЗ, направленной, в частности на повышение доступности тестирования на ВИЧ для населения и увеличение масштабов консультирования и тестирования на ВИЧ[4], поскольку знание статуса помогает получить лечение и осуществлять профилактику дальнейшего распространения ВИЧ. «Эпиднадзор третьего поколения за ВИЧ/СПИД/ИППП» был предложен в 2003 г. совместно ВОЗ, CDC и ЮНЭЙДС[5]. Он включает: универсальную регистрацию случаев ВИЧ/СПИД/ИППП на основе тестирования, качественные и количественные дозорные и поведенческие исследования в уязвимых группах, надзор за резистентностью, надзор за лечением и исходами заболевания и исследования по качеству получаемой ЛЖВС помощи и лечения.

В связи с инициативой лечения большого количества нуждающихся «3 к 2005 г.» особенно высокую ценность приобрел в 2003–2004 гг. надзор за АРТ, который и был предложен странам ВОЗ и ЮНЭЙДС в 2004 г.[6] Он приобретает особую актуальность в контексте достижения максимально близкого ко всеобщему доступа к лечению к 2010 году. Последние документы ВОЗ, ЮНЭЙДС и CDC[7, 8, 9] в отношении политики тестирования на ВИЧ предполагают максимальное расширение доступа населения к тестированию на ВИЧ. В 1999 г. в США была поставлена задача повышения доступности тестирования на ВИЧ для населения[10], а с 2003 г. одной из глав-

[3] Guidelines for second generation HIV surveillance, 2000 WHO, UNAIDS.

[4] Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS, 2003–2007. Providing a framework for partnership and action, Geneva, WHO, 2003.

[5] The Third generation HIV/AIDS/STI surveillance: a summary presentation of the guidelines, Bilari Camara, 2003.

[6] Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy(ART) WHO, UNAIDS, 2005.

[7] Guidelines for Conducting HIV Sentinel Serosurveys among Pregnant Women and Other Groups WHO, UNAIDS, CDC, December 2003.

[8] UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing, June 2004.

[9] Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector, Geneva 18–20 October 2005.

[10] Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral, Technical Expert Panel Review of CDC HIV Counseling, Testing, and Referral Guidelines February 18–19, 1999 Atlanta, Georgia.

ных целей политики CDC (США) является резкое снижение порога доступности[11] тестирования на ВИЧ. В настоящее время ключевым компонентом контроля распространения ВИЧ-инфекции признано получение людьми информации о диагнозе инфекции ВИЧ как можно раньше. В 2006 г. европейское бюро ВОЗ рекомендовало проводить тестирование на ВИЧ и консультирование по инициативе медицинских работников[12].

Для соответствия принципам ВОЗ и ЮНЭЙДС тестирование на ВИЧ для индивидуумов должно быть:

- конфиденциальным;
- сопровождаться до- и послетестовым консультированием;
- проводиться только с информированного согласия. Это означает, что тестирование проводится добровольно и на основе полного предоставления информации о тестировании на ВИЧ.

В Российской Федерации Министерством здравоохранения разработана и продолжает функционировать около 20 лет, с 1987 г., оригинальная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, которая характеризуется:

- единым систематическим сбором данных обо всех случаях ВИЧ-инфекции, СПИДа, обследованиях на ВИЧ, изменении клинического состояния пациентов и исходов ВИЧ-инфекции во всех регионах Российской Федерации;
- массовым тестированием на ВИЧ и активным выявлением ВИЧ-инфицированных при обязательном и добровольном тестировании населения;
- обязательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая ВИЧ-инфекции (для выявления факторов риска заражения и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий).

В Российской Федерации действует служба профилактики СПИДа, которая включает более 100 территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, 6 региональных центров, федеральный научно-методический центр, федеральный клинический центр, функционирует более 1000 лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции и более 250 кабинетов анонимного обследования.

В России уже в 1988 г. было протестировано 9,5 миллиона человек на ВИЧ, в 1989 — 6,5 миллиона; начиная с 1990 по 2006 г. в стране проводится массовое тестирование на ВИЧ, в год тестируется на антитела к ВИЧ 20–24 миллиона человек. Начиная с

[11] The PRN Notebook, 2003 March.

[12] Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования в медицинских учреждениях, проводимого по инициативе медицинских работников, ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2006.

1990 г. и по настоящее время доступность тестирования на ВИЧ в России для населения является всеобщей. Таким образом современные подходы к тестированию, рекомендуемые ВОЗ и ЮНЭЙДС и регистрации случаев ВИЧ-инфекции были приняты в России около двух десятилетий назад. Однако в настоящее время ключевой задачей в области тестирования на ВИЧ в России является обеспечение консультирования обследованных лиц в соответствии с положениями нормативных документов Российской Федерации.

В соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» тестирование должно проводиться с дотестовым и послетестовым консультированием.

В соответствии с правилами проведения медицинского освидетельствования на ВИЧ от 1995 г. проводится обязательное тестирование двух групп российских граждан:

- доноры крови, плазмы крови, спермы и любых других биологических жидкостей, тканей и органов при каждом взятии донорского материала;
- работники отдельных профессий при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах:

— врачи, средний и младший медицинский персонал учреждений, имеющий непосредственный контакт с ВИЧ-позитивными,

— врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий обследования на ВИЧ и лабораторного тестирования для ВИЧ-позитивных,

— сотрудники научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ.

В этом случае тестирование является необходимым предварительным условием для получения определенной выгоды, положения или услуги. При этом обследование доноров проводится для целей безопасности донорства, а работников отдельных профессий — для обеспечения страхования от случаев профессионального заражения ВИЧ.

Во всех других случаях на основании закона о СПИДе тестирование проводится добровольно с информированного согласия пациента. К группам, которым рекомендовано предлагать тестирование на ВИЧ, относятся:

- больные по клиническим показаниям (больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ);

- больные с подозрением или подтвержденным диагнозом:

— В/В наркомании,

— ЗППП,

— заболеваний, соответствующих критериям СПИДа,

— гепатита В, С, Hbs-антигеноносительства,

— легочного и внелегочного туберкулеза;

- беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования;
- лица, имеющие бытовые и медицинские контакты с больными СПИДом или серопозитивными:

— лица, имевшие половые контакты с ВИЧ-инфицированными или больными ИППП;

— работники системы здравоохранения, получившие микротравму при исполнении профессиональных обязанностей;

— пациенты, при оказании помощи которым медработник был травмирован.

В соответствии с инструкцией 1990 г. другими стандартными группами для скринингового тестирования на ВИЧ, не вошедшими в инструкцию 1995 г., являлись:

- гомо- и бисексуалы;
- лица с беспорядочными половыми связями;
- проститутки;
- лица, находившиеся за рубежом более 1 мес.;
- реципиенты препаратов крови;
- военнослужащие;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы;
- иностранные граждане, прибывшие на срок более 3 мес.

При проведении эпидемиологического расследования контактные лица обследовались на ВИЧ, если был выявлен риск инфицирования ВИЧ.

В последующие годы были введены различными приказами и постановлениями для обязательного тестирования на ВИЧ несколько других групп населения, в 1996 г. — некоторые группы, среди находящихся в местах лишения свободы, в

1997 г. — беременные женщины, в 1999 г. — персонал акушерско-гинекологических отделений, в 1998 г. — поступающие в военные ВУЗы и на военную службу по контракту, в 2003 г. — лица, получающие российское гражданство.

Рекомендованной ВОЗ методикой для диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ (АТ ВИЧ) с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Остальные методики, такие как выявление антигенов (АГ ВИЧ) или сочетания АТ + АГ ВИЧ и генетического материала ВИЧ (ПЦР), могут использоваться в качестве вспомогательных в определенных случаях. В последнее время получили распространение и рекомендуются ВОЗ, ЮНЭЙДС для использования в определенных случаях быстрые тесты для выявления антител к ВИЧ.

В настоящее время в России стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с помощью иммуноферментного анализа с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

Таким образом, подходы к тестированию на ВИЧ менялись как в Российской Федерации, так и в мире, и настоящая инструкция пересматривает имеющиеся положения по проведению медицинского освидетельствования на ВИЧ в Российской Федерации.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее руководство заменяет и дополняет приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 295 от 30 октября 1995 г. «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» и соответствующий раздел временных инструктивно-методических указаний «Организация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИДом в РСФСР» от 1990 г.

ОБОСНОВАНИЕ И ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

Пересмотр имеющихся документов в данной области вызван появлением новых научных данных о развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, а также появлением новых отечественных и международных подходов к политике консультирования и тестирования на ВИЧ, профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции.

В настоящее время в Российской Федерации развивается концентрированная эпидемия ВИЧ-инфекции, на нескольких наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией территориях страны в последние годы создалась серьезная угроза перехода эпидемии в генерализованную стадию. К концу 2006 г. 0,5% взрослого населения России в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе 18–24 года в стране был зарегистрировано 1% ВИЧ-инфицированных. Экстраполяция числа выявленных случаев на количество населения РФ позволяет предполагать, что не менее миллиона человек, или 1% населения РФ в возрасте 15–49 лет, инфицированы ВИЧ и умрут от СПИДа в течение ближайших 10 лет, если не получат современного лечения. Еще одним негативным моментом, усугубляющим драматизм ситуации, является то, что продолжается активизация половой передачи ВИЧ, которая обусловила 32% от новых случаев в России в 2006 г. по сравнению с 6% в 2001 г. В половине регионов России половой путь передачи ВИЧ в 2005 г. стал ведущим. В связи с этим наблюдается выравнивание пропорции зараженных среди мужчин и женщин. В 2004 и 2006 г. женщины составляли 44% новых случаев. В результате заражения ВИЧ женщин увеличилось количество рождений у них детей.

Ежегодно более 20 миллионов образцов крови россиян тестируются на АТ к ВИЧ. Однако представители уязвимых групп населения составляют только 10% всех обследованных, при этом количество протестированных представителей уязвимых групп снизилось в 2002–2004 гг. на 30%. Это приводит к искажению общей картины развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России.

Необходимо оптимизировать структуру групп населения, привлекаемых к тестированию на ВИЧ с учетом наиболее уязвимых групп, и обеспечивать контроль над проведением обязательного консультирования при тестировании на ВИЧ-инфекцию.

В настоящее время имеется эффективное лечение для инфицированных ВИЧ и схемы химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, которые позволяют существенно сократить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обеспечиваются бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации».

В 2006 г. в России появилась реальная перспектива охватить лечением большое количество нуждающихся в АРТ. Средства на лечение ВИЧ-инфекции в России были выделены в как в рамках приоритетного национального проекта в области здравоохранения, так и в рамках нескольких международных проектов, к которым отно-

сятся два проекта по грантам, предоставленным Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, проекта займа Всемирного банка и другие проекты.

Гарантией государства в соответствии с Федеральным законом № 38-ФЗ кроме предоставления лечения ВИЧ-инфицированным также является доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование.

Мировой опыт противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции имеет примеры эффективных проведенных профилактических программ, направленных на снижение поведенческих рисков у населения. Во время дотестового и послетестового консультирования специалисты имеют уникальную возможность предоставить необходимые знания по ВИЧ-инфекции большому количеству населения страны и способствовать изменению поведения на безопасное и менее опасное в плане заражения ВИЧ-инфекцией. До- и послетестовое консультирование должно быть адаптированным для различных групп населения, проходящих тестирование на ВИЧ, и соответствовать потребностям лиц, проходящих обследование на ВИЧ.

В настоящее время для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используются различные методы обнаружения ВИЧ, антигенов и генного материала ВИЧ, а также методы обнаружения антител к ВИЧ. Все эти методики обладают различной эффективностью, требуют различного оборудования и разного уровня подготовки персонала. Наиболее изученной и удобной с практической точки зрения, а также наиболее экономичной остается диагностика ВИЧ-инфекции с помощью обнаружения антител к ВИЧ. Иммуноферментный анализ (ИФА) обеспечивает массовость исследований, но допускает вероятность ложноположительных результатов, поэтому для постановки диагноза ВИЧ-инфекции специфичность положительных результатов подтверждается с помощью метода иммунного блоттинга (ИБ) с антигенами ВИЧ в модификации Western Blot. Однако даже при высокой чувствительности и специфичности лабораторных методик остается возможность ложноположительного и ложноотрицательного результатов. К ложноположительным случаям относится тестирование детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, имеющих при рождении материнские антитела к ВИЧ. К ложноотрицательным результатам относятся случаи тестирования недавно инфицированных ВИЧ людей, сероконвертеров, у которых в период «серонегативного окна» при наличии в крови вируса иммунодефицита человека еще не успели выработаться в достаточном для обнаружения количестве антитела к ВИЧ. Специфические антитела к ВИЧ образуются вскоре после инфицирования, однако точное время их появления зависит от нескольких факторов, включающих характеристики организма хозяина и вируса, чаще всего антитела в ВИЧ выявляются через 3 месяца после заражения. Антитела

могут присутствовать на ранних стадиях инфекции, но их концентрация может быть ниже предела чувствительности используемых методов.

При применении тестов первого поколения антитела можно было обнаруживать у большинства лиц через 6–12 недель после инфицирования. Тесты новых поколений, включая тесты третьего поколения с использованием «сэндвича» антигенов, могут выявлять антитела уже через 3–4 недели после инфицирования. Тесты последнего поколения, выявляющие одновременно антигены и антитела к ВИЧ, позволяют еще больше повысить аналитическую чувствительность метода. Преимущества проведения исследования как на антитела, так и на антиген оправдываются необходимостью выявлять лиц с сероконверсией не только среди доноров крови, но и в связи с определенными клиническими ситуациями. ИФА четвертого поколения, благодаря способности выявлять антиген p24, представляют ценность для выявления инфекции на ранних стадиях.

Скрытый период — «период окна» — можно сократить на несколько дней, используя тесты для выявления антигена, и еще на несколько дней путем выделения провирусной ДНК вируса. Поэтому «период окна» может иметь продолжительность лишь от 2 до 3 недель, если использовать всестороннюю стратегию выявления ВИЧ. Таким образом, при комбинации разных методов выявления ВИЧ достигается достаточно высокая эффективность диагностики.

В России стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ в ИФА с обязательным последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

ЦЕЛЬ ИНСТРУКЦИИ

Данная инструкция предназначена для специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом, руководителей и практических врачей учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь населению, и широкого круга специалистов, занимающихся проблемой ВИЧ-инфекции.

В данном документе излагаются руководящие принципы направления населения на консультирование и тестирование при ВИЧ и приводится порядок проведения обследования населения Российской Федерации на ВИЧ-инфекцию. Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ, приведенные в приложении к данному документу, устанавливают единый порядок тестирования на ВИЧ граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации для обеспечения профилактических, противоэпидемических мероприятий и своевременного эффективного лечения ВИЧ-инфекции.

Этот документ может быть полезен при различных видах тестирования на ВИЧ как при обязательном тестировании, которое проводится для целей безопасности донорства или страхования от случаев профессионального заражения ВИЧ, так и при добровольном тестировании общего населения и лиц из уязвимых групп.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Целью тестирования на ВИЧ-инфекцию является установление ВИЧ-статуса у пациентов, а также серологический скрининг на наличие антител к ВИЧ для осуществления эпиднадзора, противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Констатация факта заражения ВИЧ (и даже подозрения на него) ведет к важным последствиям. От ее своевременности зависит успех проведения противоэпидемических мероприятий, например, предупреждение передачи ВИЧ через донорскую кровь или назначение химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. С другой стороны, ошибочная постановка диагноза ВИЧ-инфекции может стать причиной тяжелой психической травмы пациента и близких ему лиц. Определение клинического диагноза ВИЧ-инфекции проводится в основном с целью оказания пациенту адекватной медицинской помощи. Особую ценность имеет консультирование обследуемого по вопросам ВИЧ-инфекции.

Проведению диагностики ВИЧ-инфекции должно в обязательном порядке предшествовать консультирование обследуемого, имеющее одновременно терапевтическое, профилактические и противоэпидемическое значение. Индивидуальное консультирование является чрезвычайно важным элементом профилактической работы с населением. Консультация предоставляет информацию о ВИЧ-инфекции, путях передачи и мерах профилактики, психологически готовит пациента к возможному сообщению о диагнозе ВИЧ-инфекции, способствует улучшению последующего взаимопонимания больного с медицинским персоналом и, даже если диагноз ВИЧ не подтвердится, имеет значение для предупреждения возможного заражения или дальнейшего распространения ВИЧ.

Задачами тестирования на ВИЧ-инфекцию являются:

- ранняя диагностика случаев ВИЧ-инфекции для своевременного начала лечения и профилактики;
- обучение населения безопасному поведению при проведении дотестового и послетестового консультирования;

- предотвращение новых случаев заражения ВИЧ путем выявления ВИЧ-инфицированных лиц при тестировании доноров и беременных женщин и принятия соответствующих мер;
- определение распространенности и заболеваемости для слежения за эпидемией, разработки и оценки эффективности профилактических мероприятий.

Серологический скрининг на наличие антител к ВИЧ может быть осуществлен как в виде постоянного планового скрининга определенных групп населения, так и в виде периодического скрининга проб в рамках дозорного эпиднадзора. Отдельный документ посвящен исследованиям в рамках эпиднадзора второго поколения, в том числе поведенческим исследованиям, поэтому в данном руководстве не будет обсуждаться несвязанное анонимное тестирование и другое тестирование проб в рамках дозорного эпиднадзора. К биологическим методам получения эпидемиологической информации в отношении ВИЧ-инфекции кроме тестирования на ВИЧ относятся молекулярно-генетические исследования, иммунологическая и микробиологическая диагностика клинического состояния ВИЧ-инфицированного, описание данных методов также приводится в других документах.

Добровольное тестирование проводится как с целью проведения дотестового и послетестового консультирования, в ходе которого пациенту предоставляется информация о мерах профилактики заражения ВИЧ, так и с целью установления диагноза. Добровольное тестирования на антитела к ВИЧ проводится по инициативе пациента или медицинского работника, при этом может осуществляться добровольное конфиденциальное тестирование на АТ к ВИЧ. В этом случае личность тестируемого известна ограниченному числу лиц. Существует также добровольное анонимное тестирование на АТ к ВИЧ — в этом случае образец кодируется цифровым кодом, персональные данные обследуемого отсутствуют. Тестируемый анонимно может получить результат по коду. При желании обследуемый может получить справку об обследовании на ВИЧ, справка содержит паспортные данные обследованного, если проводилось конфиденциальное тестирование, или цифровой код, если проводилось анонимное обследование.

ПРИНЦИПЫ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ В РОССИИ

1. Необходимо обеспечить соблюдение конфиденциальности информации о проведении тестирования на антитела к ВИЧ. Персонифицированная информация обо всех лицах, проходящих или прошедших тестирование на ВИЧ, должна оставаться конфиденциальной. Персонифицированная информация об обследовании на ВИЧ может быть сообщена только с личного согласия обследованного.

2. Тестирование на ВИЧ должно проводиться после получения информированного согласия обследуемого. Обследование на ВИЧ должно проводиться добровольно, а не по принуждению. До получения согласия на тестирование обследуемому необходимо предоставить информацию о пользе и последствиях тестирования на ВИЧ, праве отказываться от тестирования на ВИЧ, последующих медицинских услугах, которые будут предоставлены в случае выявления ВИЧ-инфекции, путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, в частности, например, о мерах профилактики заражения постоянных или случайных половых партнеров. Случаями исключения из данного пункта является тестирование доноров, работников отдельных профессий, беременных и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Принципы тестирования на ВИЧ этих групп приводятся в пункте 3.

3. Тестирование доноров, работников отдельных профессий и беременных и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, является обязательным. При этом обследование доноров проводится для целей предотвращения заражения ВИЧ реципиентов. Работников отдельных профессий обследуют для обеспечения страхования от случаев профессионального заражения ВИЧ. Лица, которые не желают проходить тестирование на ВИЧ, могут отказаться от данных видов деятельности. Тестирование беременных женщин на ВИЧ проводится для начала своевременной химиопрофилактики, предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, и защищает права ребенка. Тестирование детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится для своевременной диагностики ВИЧ-инфекции, оказания им своевременной медицинской помощи и защиты прав ребенка, неспособного принять какое-либо решение о тестировании на ВИЧ.

4. Согласие или отказ от тестирования на ВИЧ не должны влиять на качество оказания медицинской помощи. Информированное согласие на тестирование на ВИЧ должно быть получено в письменном виде. Образец информированного согласия приводится в приложении.

5. При тестировании на ВИЧ необходимо предоставить возможность конфиденциального обследования на ВИЧ или анонимного тестирования по выбору обследуемого. При анонимном тестировании пациент получает информацию о собственном ВИЧ-статусе и может принять решение об обращении в медучреждение для лечения или использовании более безопасного в плане заражения ВИЧ поведения. Если обследуемый не имеет предпочтений, ему рекомендуется конфиденциальное тестирование на ВИЧ для получения в дальнейшем адекватной медицинской помощи.

6. Тестирование должно проводиться на основании действующих нормативных документов, в частности утвержденных «Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и при соблюдении законов РФ.

7. Тестирование и консультирование на ВИЧ должно быть приемлемо и адаптировано для населения, в том числе для уязвимых групп. Для получения контакта с уязвимыми группами населения и предложения для них пройти тестирование на ВИЧ можно использовать не только медицинские учреждения, но и другие пункты, где можно иметь доступ к сообществам, и использовать более приемлемые для представителей уязвимых групп часы работы.

8. При консультировании и тестировании на ВИЧ должна предоставляться гарантия качества оказания услуг. Для этого осуществляется внешний и внутренний контроль качества проведения лабораторных исследований и консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции.

Принципы консультирования при тестировании на ВИЧ изложены в инструкции по консультированию при ВИЧ-инфекции.

МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Стандартным методом диагностики ВИЧ-инфекции в России служит определение антител к ВИЧ. Для проведения этого исследования используются коммерческие диагностические наборы, зарегистрированные и разрешенные МЗСР РФ к применению на территории РФ, позволяющие определять антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех известных субтипов. Набор антигенов в этих тестах постоянно обновляется, чувствительность теста составляет более 99,5%. При лабораторной диагностике ВИЧ наличие специфических антител говорит о том, что инфицирование произошло. Результаты анализа обычно расцениваются как положительные и отрицательные. Хотя тесты, используемые для скрининга, являются исключительно чувствительными, у них отсутствует достаточная степень специфичности. Причинами ложноположительного результата могут быть наличие в сыворотке антител к аутоантигенам HLA класса II и другим аутоантигенам, болезни печени или недавняя вакцинация, и т.п. Поэтому сыворотки, дающие воспроизводимо положительный результат в ходе скрининга, должны быть проверены с использованием подтверждающего метода (иммунный блот) или группы подтверждающих методов, включая иммунный блот.

В России для массового скрининга населения используется ИФА-метод на первом этапе и подтверждающий иммунный блотинг при получении положительного результата в ИФА на первом этапе. Результаты серологических исследований используются

эпидемиологами и практическими врачами для диагностики ВИЧ-инфекции, выявления источника, путей передачи ВИЧ-инфекции и своевременного проведения профилактических, противоэпидемических мероприятий и оказания помощи инфицированному. Диагноз ВИЧ-инфекции не может быть поставлен на основании одного лишь лабораторного анализа. Для постановки диагноза ВИЧ-инфекции необходимо использовать лабораторные, эпидемиологические и клинические критерии.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

Результат тестирования на ВИЧ считают положительным при получении положительного анализа в иммунном блотинге. Подтвержденный положительный результат означает, что человек инфицирован ВИЧ. Лица, имеющие положительный результат обследования на ВИЧ в ИФА, отстраняются от донорства бессрочно. Ложноположительные результаты возникают очень редко. Они могут быть связаны с ошибкой ЛПУ, производившего забор и транспортировку материала для исследования, или ошибкой лаборатории. При взятии больного с положительным результатом исследования в иммуноблоте на диспансерный учет производится его первичное обследование, включающее забор крови и исследование образца на АТ к ВИЧ в ИФА для верификации полученных положительных результатов тестирования на ВИЧ и исключения возможности контаминации образца и ложноположительного результата. Тактика обследования на ВИЧ детей, неизбежно имеющих ложноположительный результат тестирования в ИФА и ИБ в первые месяцы жизни, приводится в инструкции по вертикальной передаче ВИЧ-инфекции.

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

Результат тестирования на ВИЧ считают отрицательным при отсутствии выявленных антител к ВИЧ в ИФА и ИБ. Отрицательный результат означает с высокой вероятностью, что человек не инфицирован ВИЧ. Человеку с низким риском инфицирования ВИЧ и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ сообщают о высокой вероятности отсутствия ВИЧ-инфекции и не рекомендуют проходить повторное тестирования в ближайшее время. Человеку с недавним высоким риском инфицирования ВИЧ и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ сообщают об отрицательном результате тестирования на ВИЧ, но, объяснив существование периода «серонегативного окна», рекомендуют пройти повторное тестирования на ВИЧ через 3 месяца. Человеку с недавним высоким риском инфицирования

ВИЧ и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ в ИБ и положительным результатом тестировании в ИФА сообщают об отрицательном результате тестирования на ВИЧ, но, объяснив существование периода «серонегативного окна», рекомендуют пройти повторное тестирования на ВИЧ через 1–3 месяца. Лица, имеющие положительный результат обследования на ВИЧ в ИФА, отстраняются от донорства бессрочно.

СОМНИТЕЛЬНЫЕ (НЕОПРЕДЕЛЕННЫЕ) РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ

При получении сомнительного результата в ИБ пациентам дается рекомендация пройти повторное обследование на ВИЧ для верификации результата через 1–3 месяца и наблюдаться в течение 6 месяцев. Если при повторном обследовании через 1 месяц получают сомнительный результат тестирования в ИБ, с высокой вероятностью человек не инфицирован ВИЧ. Если через 6 месяцев опять будут получены неопределенные результаты (отсутствие реакции с белками env ВИЧ-1 и ВИЧ-2) и при этом отсутствуют данные о недавнем риске инфицирования ВИЧ и клинические симптомы ВИЧ-инфекции, можно сделать вывод о неспецифической реакции и дать ответ обследуемому об отсутствии ВИЧ-инфекции. Лица, имеющие положительный результат обследования на ВИЧ в ИФА и/или сомнительный результат обследования в ИБ, отстраняются от донорства бессрочно.

Пока окончательный результат тестирования на ВИЧ не известен, люди с сомнительным результатом должны получить информацию о значении этого результата. Рекомендации в отношении изменения поведения должны быть такими же, как для ВИЧ-инфицированных.

ПЦР

До 2007 г. ПЦР не была утверждена в РФ как лабораторный метод для постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Вместе с этим при комбинации эпидемиологических, клинических критериев и результатов ПЦР можно сделать вывод о наличии ВИЧ-инфекции у лиц с ложноположительным, ложноотрицательным или сомнительным результатом в ИФА и ИБ. При наличии эпидемиологических критериев, свидетельствующих о недавнем риске заражения ВИЧ для пациентов и при этом предположительно ложноположительных или ложноотрицательных результатов в ИФА и ИБ, например, при обследовании детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, или пациентов в периоде «серонегативного окна», используется метод ПЦР, при котором обнаруживается генный материал ВИЧ. При выборе метода ПЦР не-

обходимо также определить целесообразность детекции РНК или ДНК вируса иммунодефицита человека с помощью различных видов ПЦР.

Рекомендации по сообщению результатов тестирования на ВИЧ изложены в инструкции по консультированию при ВИЧ-инфекции в разделе после-тестового консультирования.

ГАРАНТИИ ГОСУДАРСТВА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В данном разделе приводятся гарантии государства в отношении тестирования на ВИЧ для получения более легкого доступа к данной информации и предотвращения случаев нарушения прав и свобод населения. Гарантии государства приводятся в соответствии с Федеральным законом № 38-ФЗ 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Глава II. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ

Статья 7. Медицинское освидетельствование

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

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

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

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

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

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

7. В учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование

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

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

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

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

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

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

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

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

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

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей (в ред. Федерального закона от 12.08.1996 № 112-ФЗ).

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

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

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

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

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

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

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности

с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

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

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

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

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

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

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

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

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

ПОСЛЕДСТВИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Федеральный закон № 38-ФЗ 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Глава III. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

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

ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ), ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Действующие Правила устанавливают единый порядок обязательного медицинского освидетельствования граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства в целях предупреждения распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) и обеспечения своевременного и эффективного лечения.

Обязательное и добровольное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится бесплатно для лиц, подлежащих освидетельствованию.

Диагностические препараты для выявления ВИЧ-инфекции предоставляются лечебно-профилактическим учреждениям, осуществляющим такое освидетельствование, за счет средств федерального, регионального и муниципальных бюджетов.

Потребность в диагностических препаратах для выявления ВИЧ-инфекции определяется на основании сводных заявок, подаваемых субъектами федерации ежегодно в Федеральную службу надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Обязательному медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции подлежат:

- доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов — при каждом взятии донорского материала;

- работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров;
- беременные (при первичном обращении в медицинское учреждение по поводу беременности, на 30–34-й неделе беременности и если ранее не проведено обследование при поступлении на роды);
- дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей (при рождении, в 12 и 18 месяцев);
- иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на гражданство или видом на жительство или разрешением на работу в Российской Федерации;
- лица, поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по контракту.

Рекомендуется тестирование на ВИЧ-инфекцию с добровольного информированного согласия обследуемых:

- больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ (лихорадящие более 1 месяца, имеющие увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца, с диареей, длящейся более 1 месяца, — с необъяснимой потерей массы тела на 10 и более процентов, с затяжными и рецидивирующими пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии, с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными, паразитарными заболеваниями, сепсисом, с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц, с ворсистой лейкоплакией языка, с рецидивирующей пиодермией, женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии);
- больные с подозрением или подтвержденным диагнозом, указывающим на возможное наличие ВИЧ: саркомы Капоши, лимфомы мозга, Т-клеточного лейкоза, цитомегаловирусной инфекции, генерализованной или хронической формы простого герпеса, рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет, мононуклеоза (через 3 месяца после начала заболевания), пневмоцистной пневмонии, токсоплазмоза (центральной нервной системы), криптококоза (внелегочного), криптоспородиоза, изоспороза, гистоплазмоза, стронгилоидоза, кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких, глубоких микозов, атипичных микобактериозов, прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии, анемии различного генеза, легочного и внелегочного туберкулеза;

- больные с подозрением или подтвержденным диагнозом, указывающим на вероятное наличие риска заражения ВИЧ-инфекцией: наркомания (с парентеральным путем введения наркотиков), инфекции, передающиеся половым путем, вирусный гепатит В и С, Hbs-антигеноносительство (при постановке диагноза и через 6 месяцев);
- мужчины, имеющие секс с мужчинами;
- лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг;
- лица, имеющие большое количество половых партнеров;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы (при первичном поступлении в места лишения свободы и через 12 месяцев);
- лица, призываемые на военную службу;
- лица, имевшие риск заражения от ВИЧ-инфицированного.

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

Обязательное и добровольное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится в медицинских учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на проведение таких освидетельствований.

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.

Методика и технология проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека определяются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Обязательное и добровольное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции должно проводиться с обязательным предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики этого заболевания.

По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным. При анонимном тестировании пациенту присваивается цифровой код.

Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной

или муниципальной системы здравоохранения. При желании освидетельствованный может получить справку об обследовании на ВИЧ; справка содержит паспортные данные обследованного, если проводилось конфиденциальное тестирование, или цифровой код, если проводилось анонимное обследование.

Лицо, прошедшее обязательное или добровольное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о его результатах в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

Медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением служебных или профессиональных обязанностей стали известны сведения о результатах проведения медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции, обязаны сохранять эти сведения в тайне.

За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лица, которым эти сведения стали известны в связи с выполнением ими своих служебных или профессиональных обязанностей, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Лица, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, подлежат дальнейшему медицинскому обследованию с целью установления стадии заболевания и обеспечения антиретровирусными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции и химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

Антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции предоставляются лечебно-профилактическим учреждениям, осуществляющим такое лечение, за счет средств федерального и регионального бюджетов.

Потребность в антиретровирусных препаратах для лечения ВИЧ-инфекции определяется на основании сводных заявок, ежегодно подаваемых субъектами федерации в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Лица, у которых выявлена ВИЧ-инфекция или которые отказались от обязательного медицинского освидетельствования, бессрочно отстраняются от донорства крови, плазмы крови, спермы, других биологических жидкостей, тканей и органов.

В случае выявления ВИЧ-инфекции у работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций эти работники подлежат в соот-

ветствии с законодательством Российской Федерации переводу на другую работу, исключающую условия распространения ВИЧ-инфекции.

При отказе от прохождения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции без уважительных причин работник подлежит дисциплинарной ответственности в установленном порядке.

КОНТИНГЕНТЫ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, И КРАТНОСТЬ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КРАТНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

В Приложении 2 приводится информация о рекомендуемой кратности тестирования на антитела к ВИЧ различных групп населения, в том числе лиц с сомнительным результатом тестирования на ВИЧ. Привлечение населения к обследованию на ВИЧ и проведение тестирования представителей данных групп должно соответствовать принципам тестирования на ВИЧ в России, изложенным ранее.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ ПО КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ТЕСТИРОВАНИЮ НА ВИЧ

Осуществление внешней оценки качества лабораторной диагностики производится в соответствии с инструкциями Министерства здравоохранения и социального развития.

Все сотрудники лаборатории должны быть обучены по вопросам диагностики ВИЧ-инфекции, внешней и внутренней оценки качества лабораторной диагностики. Персонал, осуществляющий направление на тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, также должен получить соответствующее обучение в области политики тестирования на ВИЧ в России и консультирования.

Мониторинг и оценка качества мероприятий по борьбе со СПИДом, в том числе данного вида мероприятий, ведется при сборе и анализе ключевых национальных индикаторов эффективности мероприятий, обеспечивающих контроль над эпидемией ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации. К таким индикаторам в области тестирования на ВИЧ относятся:

1. Количество государственных средств, потраченных на мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации, — в разделе тестирование на ВИЧ.
2. Число прошедших тестирование представителей групп риска за последние 12 месяцев и знающих о результате тестирования.
3. Процент ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.
4. Распространенность ВИЧ среди:

- потребителей инъекционных наркотиков;
- лиц, предоставляющих сексуальные услуги за плату;
- мужчин, имеющих секс с мужчинами;
- заключенных.

5. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин.

Мониторинг и оценка качества оказываемых услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ должны проводиться на регулярной основе по следующим направлениям:

- наличие и соответствие оказываемых услуг в учреждении/организации имеющемуся уставу и лицензии;
- наличие персонала, обученного по вопросам диагностики и консультирования при ВИЧ;
- наличие необходимых помещений, оборудования и информационных материалов;
- соблюдение принципов тестирования на ВИЧ в России и инструкций Министерства здравоохранения и социального развития РФ по проведению тестирования и консультирования;
- соответствие процедур забора, обработки и утилизации биологических образцов инструкциям МЗСР РФ и требованиям санэпидрежима;

- наличие письменно оформленного информированного согласия пациентов на тестирование на ВИЧ;
- доступность услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ для населения и адекватность информационных материалов целевым группам;
- охват уязвимых групп тестированием и консультированием на ВИЧ;
- ведение и хранение документации и отчетных материалов, включая вопросы безопасности;
- наличие адекватного финансирования данного вида деятельности.

Большинство изложенных параметров можно оценить при анализе документации, для анализа некоторых параметров целесообразно проводить исследования, включающие опрос среди групп населения.

СБОР, ХРАНЕНИЕ И АНАЛИЗ ДАННЫХ

Данные о тестировании на ВИЧ и протестированных должны собираться в соответствии с утвержденными в РФ формами учетной и отчетной документации. Комплект форм учетной и отчетной документации при тестировании на ВИЧ представлен в инструкции «Статистические формы учета информации о лицах, протестированных на антитела к ВИЧ». Учетные формы должны вводиться в базу данных обследований на ВИЧ, где производится математическая обработка результатов и анализ результатов. Ежемесячно после формирования отчетных форм № 4 в сроки, утвержденные приказами МЗСР РФ и Росстата, данная документация отсылается в Федеральный научно-методический центр СПИДа. В Федеральном центре СПИДа производится анализ информации о тестировании на ВИЧ в Российской Федерации и распространение данной информации в сроки и обьеме, утвержденные приказами МЗСР РФ и Росстата.

Обеспечение качества данных является постоянным процессом и обязанностью руководителей подразделений тестирования на ВИЧ и персонала.

Приоритетами хранения данных являются их своевременная регистрация, занесение в базу данных, сохранение конфиденциальности и безопасность хранения данных. Формы учетной и отчетной документации о протестированных на антитела к ВИЧ хранятся в безопасности в течение 20 лет, после чего уничтожаются.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Основным принципом тестирования на ВИЧ является соблюдение конфиденциальности информации о проведении тестирования на антитела к ВИЧ. Персонифицированная информация обо всех лицах, проходящих или прошедших тестирование на ВИЧ, должна оставаться конфиденциальной. Персонифицированная информация об обследовании на ВИЧ может быть сообщена только с личного согласия обследованного.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты тестирования на ВИЧ в России направлены на специалистов в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и на общее население. Результаты планируется распространять в виде государственных статистических данных и научных статей всеми возможными средствами, включая публикации и презентации данных на встречах различных уровней.

Подготовлено Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом совместно с отделом организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на основании действующих нормативно-методических документов в области ВИЧ-инфекции в России и публикаций ВОЗ, UNAIDS, CDC, 2006 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Контингенты, рекомендуемые для обследования на ВИЧ-инфекцию, и кратность их обследования в Российской Федерации

Код	Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования	Ответственные за консультирование, предоставление рекомендации пройти тестирование и забор материала
119	**Обследованные в плановом порядке**		
108	Доноры (крови, биологических жидкостей, органов и тканей)	При каждой сдаче крови или любых других донорских материалов	Главные врачи СПК, ОПК, руководители ЛПУ по месту забора материала
109	Беременные	При первичном обращении в медицинское учреждение по поводу беременности, на 30–34-й неделе беременности и, если ранее обследование не проведено, при поступлении на роды	Главные врачи ЛПУ, оказывающих помощь беременным
115	Медицинский персонал, работающий с инфициированными ВИЧ или инфицированными ВИЧ материалами	1 раз в год при диспансеризации	Главные врачи ЛПУ
124	Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей	При рождении, в 12 и 18 месяцев	Главные врачи ЛПУ, оказывающие помощь детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей
126	**Обследованные добровольно с информированного согласия пациента**		
102	Употребляющие наркотики внутривенно, в том числе больные наркоманией или злоупотребляющие наркотиками с вредными последствиями	1 раз в год при наличии практики употребления наркотиков	Главные врачи наркодиспансеров, поликлиник, имеющих наркологические кабинеты, руководители учреждений и организаций, оказывающих помощь наркопотребителям.
103	Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	1 раз в год	Главные врачи ЛПУ, руководители учреждений и организаций, оказывающих помощь МСМ
104	Больные с заболеваниями, передающимися половым путем	При установлении диагноза или наличии симптомов ИППП и через 6 месяцев	Главные врачи КВД, руководители ЛПУ, оказывающие помощь больным ЗППП

Код	Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования	Ответственные за консультирование, предоставление рекомендации пройти тестирование и забор материала
105	Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг (КСР)	1 раз в 3 месяца при наличии практики оказания коммерческих сексуальных услуг	Руководители ЛПУ, оказывающих помощь КСР
106	Лица, имеющие большое количество половых партнеров	При обращении и через 6 месяцев	Руководители ЛПУ, проводящих добровольное тестирование на ВИЧ и оказывающих помощь населению
111	Лица, призываемые на военную службу, поступающие на службу по контракту, абитуриенты военных учебных заведений	При призыве на срочную военную службу, поступающие на службу по контракту, абитуриенты военных ВУЗов	Начальники учреждений Медицинской службы МО
112	Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При первичном поступлении в места лишения свободы и через 12 месяцев. В случае, если заключенный относится к одной из групп, рекомендованных для тестирования, в соответствии с показаниями для данной группы.	Начальники учреждений медицинской службы ФСИН
113	Больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ или с подозрением или подтвержденным диагнозом СПИД-индикаторного заболевания	При наличии клинических симптомов ВИЧ-инфекции или СПИД-индикаторных заболеваний при обращении за медицинской помощью	Главные врачи ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь населению
114	Вирусные гепатит В, Hbs-антигеноносительство, гепатит С	При установлении диагноза и через 6 месяцев	Главные врачи ЛПУ
116	Легочный и внелегочный туберкулез	При установлении диагноза и через 6 месяцев	Главные врачи ЛПУ
127	Обследованные анонимно	При обращении с целью обследования	Главные врачи ЛПУ
128	Обследованные добровольно по инициативе пациента (без наличия других причин обследования на ВИЧ)	При обращении с целью обследования	Главные врачи ЛПУ

Код	Контингенты	Длительность наблюдения и кратность обследования	Ответственные за консультирование, предоставление рекомендации пройти тестирование и забор материала
120	Обследованные при проведении эпидемиологического расследования	При выявлении контакта, в результате которого могло произойти заражение ВИЧ, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
121	Гетеросексуальные партнеры инфицированных ВИЧ	Так же, как по коду 120, при наличии продолжающихся рискованных контактов, 1 раз в год.	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
122	Гомосексуальные партнеры инфицированных ВИЧ	Так же, как по коду 120, при наличии продолжающихся рискованных контактов, 1 раз в год.	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
123	Партнеры по внутривенному введению наркотиков	Так же, как по коду 120, при наличии продолжающихся рискованных контактов, 1 раз в год.	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
125	Внутрибольничный контакт с ВИЧ-позитивным	При выявлении контакта, через 3, 6, 12 месяцев после контакта.	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
127	Реципиент крови, жидкостей, органов от ВИЧ-позитивного донора	При выявлении контакта, через 3, 6, 12 месяцев после получения донорского материала.	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
128	Другой контакт с ВИЧ-позитивным, при котором имелся риск заражения ВИЧ	При выявлении контакта, через 3, 6, 12 месяцев после контакта.	Главные врачи Центров СПИД, ответственные за проблему ВИЧ/СПИДа
200	Иностранные граждане и лица без гражданства	При обращении за получением разрешения на гражданство или видом на жительство или разрешением на работу в Российской Федерации	Руководители отделений иммиграционной службы

Кратность обследования лиц, состоящих на диспансерном наблюдении до установления диагноза

Группы	Место диспансеризации	Частота диспансеризации	Длительность наблюдения
Лица, серопозитивные в ИФА и отрицательные в ИБ	Центр по профилактике СПИДа	Через 1–3, 6, 12 месяцев после получения позитивного ИФА	1 год
Лица, серопозитивные в ИФА и сомнительные в ИБ	Центр по профилактике СПИДа	Через 1–3, 6, 12 месяцев после получения сомнительного ИБ	1 год

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я _____

(Фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.
- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период «серонегативного окна» (промежуток времени

между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.

- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИДа. Лечение существенно продляет жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИДа и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

— при сексуальных контактах без презерватива;

— через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

— от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только не инфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно, используя только стерильные инструменты.
- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.
- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИДа.

_____ _____

Подпись обследуемого на ВИЧ Дата

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

_____Р.А. Хальфин

06.08.2007 № 5962-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТ ПО СБОРУ ИНФОРМАЦИИ О СЛУЧАЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИДа»

Москва, 2007 г.

Настоящие методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» № 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2005 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний») при участии ФГУН ЦНИИЭ, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора (Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Е.В. Буравцова).

Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5962-РХ «Организация работ по сбору информации о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа». — Москва, 2007. — 9 с.

ОБОСНОВАНИЕ

С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции у жителя Российской Федерации в 1987 г. до 31 декабря 2006 г. в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом было сообщено о **373 718** зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции у граждан России и 8033 — у иностранных граждан. За весь период наблюдения было сообщено о 16791 случаях смертей среди ВИЧ-инфицированных лиц.

В России сбор информации о ВИЧ-инфекции начал осуществляться согласно инструкции Минздрава СССР № 04/05 от 02.02.1987 г. и приказа Минздрава СССР № 690 от 05.09.1988 г.

В Российской Федерации Министерством здравоохранения разработана и продолжает функционировать около 20 лет с 1987 г. оригинальная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, которая характеризуется:

- единым систематическим сбором данных о всех случаях ВИЧ-инфекции, СПИДа, обследованиях на ВИЧ, изменении клинического состояния пациентов и исходов ВИЧ-инфекции во всех регионах Российской Федерации;
- массовым тестированием на ВИЧ и активным выявлением ВИЧ-инфицированных при обязательном и добровольном тестировании населения, учитывающем степень риска заражения;
- обязательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая ВИЧ-инфекции (для выявления факторов риска заражения и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий).

Широкий спектр информации о ВИЧ-инфицированных, сбор которой предполагает система эпиднадзора в России, позволяет строить прогноз развития эпидемии, планировать профилактические мероприятия, планировать расходы на медицинскую помощь и лечение, расходы на поддержку ВИЧ-инфицированных. Система регистрации СПИДа позволяет охватить всех инфицированных на поздних стадиях заболевания.

Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом МЗСР РФ создана и поддерживается единая база данных и регистр случаев ВИЧ-инфекции, СПИДа, обследований на ВИЧ и исходов ВИЧ-инфекции. Практически во всех территориальных центрах СПИДа и Федеральном центре СПИДа установлено единое программное компьютерное обеспечение и регистр случаев ВИЧ-инфекции «АСОДОС», регулярная передача информации ведется по электронным каналам, из некоторых регионов информация поступает в виде факсимильных сообщений или по почте. Персонифицированные данные поступают

ежедневно, а суммарные ежемесячно из территориальных и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Единая система учета всех серологических исследований на АТ к ВИЧ и всех серопозитивных к ВИЧ действует в системе центров СПИДа и центров Госсанэпиднадзора. Информация по ВИЧ-инфекции поступает в территориальные Центры по профилактике и борьбе со СПИДом, территориальные органы и на федеральный уровень Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, департаменты здравоохранения субъектов Федерации, Росстат, отдел статистики МЗСР, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, профильная информация поступает в Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей и Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России.

В 2006 г. в системе центров СПИДа регистрировались индивидуальные данные о случаях ВИЧ-инфекции по форме № 266у-88 «Оперативное донесение о случае ВИЧ-инфекции». Во исполнение приказа № 376 МЗСР РФ от 31 мая 2005 г. в Федеральный центр СПИДа направляются внеочередные донесения о выявленных случаях ВИЧ-инфекции и летальных исходах. ЛПУ передают индивидуальную форму № 58у «Экстренное извещение» в систему Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Сведения о детях, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, поступают по формам № 309/у, № 310/у и № 311/у в Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей. Карты персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией», по форме № 263/у-ТБ направлялись в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России. Сообщения о результатах эпидемиологического расследования по случаю ВИЧ-инфекции, об изменении состояния пациента поступали в Федеральный центр СПИДа по неутвержденным формам.

Основные суммарные данные о серологических исследованиях на АТ к ВИЧ и инфицированных ВИЧ регистрировались в 2006 г. в виде отчетных форм федерального государственного статистического наблюдения:

- ежемесячный отчет территорий РФ о всех проведенных обследованиях по форме № 4, утверждена постановлением Госкомстата от 05.05.1999 г. № 30;
- сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией по форме № 61, утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г.;
- ежемесячный отчет «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», форма № 2, утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г. № 84.

Специализированная информация об инфицированных ВИЧ, получающих помощь в специализированных медицинских организациях, включена в отчетные формы, к которым относятся: форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами», утвержденная постановлением Госкомстата России 29.06.1999, № (информация по ВИЧ содержится в таблице 3000), форма № 13 «Сведения о прерывании беременности», утвержденная постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 № 49, форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», утвержденная постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 № 49.

Таким образом, на протяжении последних 20 лет, в течение которых ведется эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией, изменились характеристики развития эпидемии ВИЧ-инфекции, некоторые механизмы осуществления эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, статус и названия учреждений, принимающих в нем участие, соответственно имеется чрезвычайно высокая потребность в обновлении и совершенствовании отчетно-учетных форм.

Целью данного документа является обновление рекомендаций по сбору информации о ВИЧ-инфекции для повышения эффективности эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в России и наиболее оптимального использования ресурсов здравоохранения.

ПОРЯДОК ИНФОРМАЦИИ О ТЕСТИРОВАННЫХ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ, ВЫЯВЛЕННОМ СЕРОПОЗИТИВНОМ, ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОМ И БОЛЬНОМ СПИДом

1. При проведении исследований на антитела к ВИЧ ЛПУ направляют в лаборатории, осуществляющие диагностику ВИЧ-инфекции, совместно с образцом крови «Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в иммуноферментном анализе» по утвержденной форме.

2. При получении отрицательного результата исследования сыворотки крови в ИФА лаборатории, осуществляющие диагностику ВИЧ-инфекции, передают результаты исследования в ЛПУ отправителя сыворотки.

3. При получении положительного результата исследования на антитела к ВИЧ в ИФА или иммуноблоте учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения, выявившее положительный результат, независимо от организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность в Российской Федерации, на-

правляют сыворотку и «Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в реакции иммунного блота» для дальнейшего исследования в референс-лабораторию соответствующего центра по профилактике и борьбе со СПИДом или соответствующую референс-лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции министерств и ведомств.

4. Референс-лаборатория центра по профилактике и борьбе со СПИДом направляет информацию о результатах исследования на антитела к ВИЧ в учреждение — отправитель сыворотки. Положительный или неопределенный результат тестирования на ВИЧ сообщается руководителю ЛПУ или назначенному руководителем заведующему отделением ЛПУ, направившему сыворотку крови, при строгом соблюдении врачебной тайны. Даются рекомендации по дальнейшему наблюдению обследуемого и направлению его для верификации диагноза, консультирования и обследования в соответствующий центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

5. При каждом новом выявленном случае положительного результата исследования на антитела к ВИЧ в иммуноблоте:

   5.1. территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИДом направляется «Донесение о случае ВИЧ-инфекции» по форме 266/у в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом и соответствующий окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом в срок не более 30 дней.

   5.2. ЛПУ, выявившее положительный результат исследования на ВИЧ, направляет форму первичной документации по учету инфекционных и паразитарных заболеваний № 058-у в сроки, установленные приказами МЗСР РФ, в территориальные отделы управлений Роспотребнадзора в городах, районах (округах) городов, районах (сельских) или при их отсутствии — непосредственно в управления Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации.

   5.3. ведомственные референс-лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции направляют результат исследования по форме 266/у в соответствующий территориальной центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

6. «Донесение о случае ВИЧ-инфекции» по форме 266/у повторно предоставляется в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом и соответствующий окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом в случае:

   6.1.1. установления причин заражения ВИЧ-инфицированного;

   6.1.2. установления диагноза СПИД;

6.1.3. установления смерти ВИЧ-инфицированного или больного СПИДом;

6.1.4. смене места жительства пациента;

6.1.5. снятии диагноза ВИЧ-инфекции.

Передача донесений осуществляется в срок не позднее 30 дней после получения данных об изменении состояния пациента.

7. В системе центров СПИДа в связи с длительным течением ВИЧ-инфекции для адекватного планирования медицинских вмешательств и избегания дублирования информации учет случаев ВИЧ-инфекции осуществляется по месту постоянной регистрации инфицированного, наряду с регистрацией по месту выявления инфекционного заболевания в системе Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Центры СПИДа, выявившие ВИЧ-инфекцию у иногородних жителей Российской Федерации, обязаны в 2-дневный срок передать информацию о выявленном серопозитивном в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом, по месту постоянной регистрации.

8. Учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, имеющие лаборатории, проводящие исследования на ВИЧ независимо от организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность в Российской Федерации, представляют месячную форму № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ» федерального государственного статистического наблюдения территориальному центру по профилактике и борьбе со СПИДом субъекта Федерации, на территории которого находится лаборатория.

9. Территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИДом предоставляют сводные месячные и годовые отчеты о всех проведенных обследованиях в субъекте Федерации по форме № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ» в орган управления здравоохранением субъекта Федерации и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

10. Окружные центры по профилактике и борьбе со СПИДом предоставляют месячную и годовую форму № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ» о работе референс-лаборатории окружного центра СПИДа в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

11. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом предоставляет годовой отчет в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации Министерству здравоохранения и социального развития РФ.

12. Ежемесячные и годовые отчеты по форме № 61, № 2 составляются на основании данных о зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции на территории субъекта Федерации и направляются в соответствующие организации.

13. Сведения о детях, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, направляются в соответствии с утвержденными формами № 309/у, № 310/у и № 311/у в Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей.

14. Карты персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией», по форме № 263/у-ТБ направляются в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздрава России.

15. В случае выявления внутрибольничного случая передачи ВИЧ-инфекции в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом направляется копия карты эпидрасследования по данному случаю ВИЧ-инфекции. Копия карты эпидрасследования предоставляется в следующих случаях:

- при инфицировании реципиентов от доноров крови, других биологических жидкостей, органов и тканей;
- при передаче вируса при использовании нестерильного медицинского инструментария от пациента к пациенту, от пациента к медицинскому работнику и от медицинского работника к пациенту.

16. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом осуществляет сбор информации по ВИЧ-инфекции в РФ, ведет регистр случаев ВИЧ-инфекции и обеспечивает организационно-методическое руководство и контроль за полнотой, достоверностью и своевременностью учета случаев ВИЧ-инфекции и результатов тестирования на антитела к ВИЧ на территории субъектов Российской Федерации.

17. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом по результатам работы готовит ежемесячный и годовой отчеты по ВИЧ-инфекции в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации. Предоставляет ежемесячные отчеты не позднее 15-го числа следующего за отчетным месяца и годовой отчет не позднее 5-го апреля следующе-

го за отчетным года, в Минздравсоцразвития России, Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Росстат, окружные и территориальные центры СПИДа всех субъектов Российской Федерации.

ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ О ДИАГНОЗЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ЗАПРОСАМ УЧРЕЖДЕНИЙ И ЧАСТНЫХ ЛИЦ

Предоставление сведений о диагнозе ВИЧ-инфекции без согласия гражданина или его законного представителя допускается в соответствии с основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 года в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ или в соответствии с постановлением правительства РФ от 08.09.2000 № 696 «Изменения и дополнения, вносимые в положение о военно-врачебной экспертизе от 20.03.1995 № 390».

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

При оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, связанную с ВИЧ-инфекцией, и других медицинских документов специальные печати или штампы учреждения, организации используются без указания его профиля.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При необходимости депортации о случаях положительных результатов освидетельствования иностранцев территориальные центры СПИДа или центры Роспотребнадзора ставят в известность руководителей заинтересованных организаций и учреждений, соответствующие консульства или посольства.

Порядок информации на административной территории определяется приказом местных органов здравоохранения, в котором предусмотрены мероприятия по обеспечению сохранения врачебной тайны при передаче информации.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

_____Р.А. Хальфин

20.09.2007 № 6966-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«О ПРОВЕДЕНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО НАДЗОРА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ»

Москва, 2007 г.

Настоящие методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» № 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2005 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний)») при участии ФГУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора», Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Н.Н. Ладная, В.В. Беляева, В.В. Покровский), Национального Научного центра наркологии Минздравсоцразвития России ФГУН НИИ Наркологии (В.В. Киржанова, С.О. Мохначев), социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова Рособразования (Ю.П. Аверин), Региональной общественной организации социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит» (И.Н. Гурвич, М.М. Русакова, А.А. Яковлева); Всемирной организации здравоохранения (М.С. Корнилова); Управления по наркотикам и преступности Организации объединенных наций (К.В. Вышинский).

В данных методических рекомендациях подходы к оценке численности потребителей инъекционных наркотиков были разработаны В.В. Киржановой. Подходы к исследованиям по стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей и опросный лист по стигме и дискриминации были разработаны Ю.П. Авериным, Н.Н. Ладной и В.В. Беляевой. Опросные листы для ПИН и КСР разработаны коллективом авторов: И.Н. Гурвич, М.М. Русакова, А.А. Яковлева, Н.Н. Ладная, М.С. Корнилова, К.В. Вышинский, С.О. Мохначев.

Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от ___.09.2007 № _____-РХ «О проведении поведенческого надзора среди больных ВИЧ-инфекцией». — Москва, 2007. — 121 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений 53

Введение 54

Осуществление поведенческого и эпидемиологического надзора
за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации 57

Порядок проведения поведенческих исследований
в Российской Федерации 59

Ключевые показатели по выполнению Декларации о приверженности
делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, ЮНЭЙДС, 2007 г. 62

Национальные индикаторы Российской Федерации по мониторингу
и оценке эффективности мероприятий по профилактике и лечению
ВИЧ-инфекции 65

Изучение распространенности ВИЧ-инфекции и особенностей
поведения, связанных с ВИЧ-инфекцией, среди представителей
уязвимых групп населения (ПИН, КСР, МСМ) на территориях России 69

Оценка численности ПИН в регионах Российской Федерации 77

Оценка численности КРС и МСМ в регионах Российской Федерации 85

Оценка стадии эпидемии ВИЧ-инфекции 87

Исследование по стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей 95

ПРИЛОЖЕНИЯ 110

Приложение 1

Опросный лист для лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ПИН) . . . 111

Приложение 2

Опросный лист для работников коммерческого секса (КСР) 158

Приложение 3

Опросный лист для медицинских работников по стигме
и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей 198

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Достоверные эпидемиологические данные, в том числе данные о поведении населения, которое влечет риск заражения ВИЧ-инфекцией, необходимы для объективной оценки ситуации и планирования мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. В методических рекомендациях представлены методы и инструменты для проведения сероэпидемиологических и поведенческих исследований в области ВИЧ-инфекции. В рекомендациях впервые представлены методические подходы к проведению поведенческих исследований по ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения, подходы к исследованиям по стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей и анализу результатов исследований в сочетании с данными форм федерального государственного статистического наблюдения. Данный документ разработан на основании рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу и действующих нормативных документов в области эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в России, в том числе утвержденных форм государственной и ведомственной статистической отчетности.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Методические рекомендации предназначены для руководителей и специалистов Центров по профилактике и борьбе со СПИД, организаторов здравоохранения, социологов, эпидемиологов, дерматовенерологов, наркологов, студентов, врачей-интернов, ординаторов и аспирантов медицинских ВУЗов, слушателей циклов повышения квалификации с целью получения представлений о современных подходах к методам проведения эпидемиологических и поведенческих исследований в области ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ-препараты	—	Антиретровирусные препараты
АРТ	—	Антиретровирусная терапия
ВГ	—	Вирусный гепатит
ВИЧ	—	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ИБ	—	Иммунный блоттинг
ИППП	—	Инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	—	Иммуноферментный анализ
КСР	—	Коммерческие сексуальные работники
ЛЖВС	—	Люди, живущие с ВИЧ/СПИД
МЗСР	—	Министерство здравоохранения и социального развития РФ
МИО	—	Мониторинг и оценка
МСМ	—	Мужчины имеющие секс с мужчинами
ОИ	—	Оппортунистическая инфекция
ПИН	—	Потребитель инъекционных наркотиков
РДС	—	Выборка, управляемая респондентами
РФ	—	Российская Федерация
СПИД	—	Синдром приобретенного иммунодефицита
ЮНЭЙДС	—	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызвал глобальную эпидемию, масштабы которой в два раза превзошли прогнозы десятилетней давности. Если в начале 1980-х во всем мире насчитывалось около 100 тыс. ВИЧ-инфицированных лиц, то к концу 2005 года число лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, составило 38,6 млн. человек[1].

Современная классификация эпидемического распространения ВИЧ, предложенная UNAIDS/WHO в 2000[2] году, включает три стадии распространения ВИЧ-инфекции: стадию низкого уровня распространения, концентрированную в уязвимых группах эпидемию и генерализованную эпидемию.

На протяжении всего периода наблюдения происходило постоянное увеличение количества зарегистрированных ВИЧ-инфицированных россиян. Первой группой, вовлеченной в эпидемию ВИЧ-инфекции, были МСМ. Резкий подъем заболеваемости регистрировался в 1989 г., он был связан с передачей ВИЧ во внутрибольничных очагах на юге России; система эпиднадзора позволила быстро обнаружить и локализовать очаги инфекции, и уже в 1990 –1991 г. наблюдалось снижение заболеваемости ВИЧ. Период с 1992 по 1995 г. характеризовался стабильными, но очень низкими показателями роста числа инфицированных, наибольшее количество инфицированных регистрировалось среди МСМ и гетеросексуального населения. С начала наблюдения до 1995 г. среди всех обследованных потребителей наркотиков был выявлен лишь 1 ВИЧ-позитивный. Начиная с 1996 г. в России отмечалось лавинообразное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса в популяции потребителей наркотиков. Развитие эпидемии среди ПИН в России привело к широкому распространению ВИЧ-инфекции в стране. К концу 2005 г. 0,4% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе 18–24 года был зарегистрирован 1% ВИЧ-инфицированных. Экстраполяция числа выявленных случаев на количество населения РФ позволяет предполагать, что инфицированы не менее миллиона человек, или более 1% населения РФ в возрасте 15–50 лет.

История пандемии ВИЧ-инфекции имеет многочисленные примеры стремительного распространения вируса иммунодефицита человека среди уязвимых групп: инъекционных наркопотребителей (ПИН), коммерческих сексуальных работников (КСР), мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), и других групп населения в

[1] Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS, 2006.

[2] World Health Organization. Guide to Drug Abuse Epidemiology. Geneva, 2000. — WHO/MSD/MSB 00.3.

различных географических регионах мира. Распространение инфекции среди представителей уязвимых групп таит серьезную опасность и для основного населения регионов, поскольку через сексуальных партнеров лиц из уязвимых групп инфекция может поразить основное население страны.

Поскольку в основе развития эпидемий ВИЧ-инфекции лежит рискованное поведение представителей различных групп населения, специалистам необходимо понимать среди каких групп населения распространяется инфекция, какой уровень знаний в области ВИЧ-инфекции характерен для данных групп и какое рискованное поведение влечет за собой заражение ВИЧ-инфекцией; преимущественно это касается сексуального поведения и особенностей употребления наркотиков. Для проведения профилактических программ и оценки их эффективности необходимо иметь представление о исходных поведенческих особенностях групп населения и изменениях, произошедших в поведении населения или в уровне знаний в области ВИЧ-инфекции.

По мнению специалистов ВОЗ/ЮНЭЙДС[3] хорошая система мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции национального уровня охватывает три основных вопроса, ответы на которые должна давать система эпидемиологического надзора:

1. Каковы тенденции распространенности ВИЧ, особенно среди молодежи и уязвимых групп населения?
2. Если распространенность ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения возрастает или уменьшается, может ли это быть объяснено изменениями в сексуальном поведении, практиках инъекционного употребления наркотиков или изменением других основных определяющих факторов?
3. Если сексуальное поведение или другие основные определяющие факторы изменяются, может ли это быть следствием принятых мер?

Активное включение поведенческого компонента в эпиднадзор за ВИЧ-инфекцей было рекомендовано ВОЗ/ЮНЭЙДС[4] в рамках второго поколения эпиднадзора за ВИЧ.

Основные принципы второго поколения эпиднадзора за ВИЧ:

- Соответствовать стадии эпидемии.
- Обладать динамичностью, изменяясь вместе с эпидемией.

[3] Ввод в действие второго поколения систем эпидемиологического надзора за ВИЧ: практические методические рекомендации, ВОЗ, ЮНЭЙДС, 2002. Оригинал: на английском языке, UNAIDS/02.45E — WHO/HIV/2002.17, август 2002 г.:
Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines.

[4] Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ: WHO/CDS/CSR/2000.5, UNAIDS/00. 03R, 2000.
Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines.

- Использовать ресурсы в тех областях, которые приносят наиболее полезную информацию.
- Сопоставлять биологические и поведенческие данные для обеспечения максимальной информативности.
- Использовать информацию из других источников.
- Использовать полученные данные для усиления и совершенствования противоэпидемических мер на национальном уровне.

Основная цель второго поколения эпиднадзора состоит в осуществлении мониторинга ВИЧ-инфекции и тенденций поведения, сопряженного с высоким риском, с тем чтобы обеспечить сбор за требуемые промежутки времени важнейших данных, необходимых для разработки мероприятий в области ВИЧ-инфекции и оценки их воздействия на эпидемию.

В соответствии с публикациями ВОЗ/ЮНЭЙДС основные рекомендации для эпиднадзора второго поколения могут быть кратко сформулированы следующим образом:

- На генерализованной стадии эпидемии, когда распространенность ВИЧ составляет более 1% населения в целом, системы эпидемиологического надзора должны сосредотачиваться на мониторинге ВИЧ-инфекции и поведения высокого риска среди населения в целом.
- На концентрированной стадии эпидемии, когда распространенность ВИЧ составляет более 5% в любой группе населения, подверженной повышенному риску инфицирования (таких, как потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса; мужчины, имеющие секс с мужчинами), системы эпидемиологического надзора должны осуществлять мониторинг инфекции и поведения в таких группах, уделяя особое внимание поведенческим связям между членами этих групп и населением в целом. Категории населения, связывающие такие группы повышенного риска инфекции с остальным населением, называют «группами-проводниками».
- На начальной стадии эпидемии, когда в любых группах наблюдается относительно низкая распространенность ВИЧ (менее 5% в любой группе), системы эпиднадзора сосредотачиваются в значительной степени на типах поведения и ВИЧ-инфекции в группах, подверженных повышенному риску, отслеживая изменения в поведении, которые могут привести к росту показателя заболеваемости.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ эпиднадзор второго поколения опирается на уже существующую систему сбора данных страны и дополняет ее новыми полезными данными.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На территории Российской Федерации первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина страны был выявлен в 1987 г., и с этого времени осуществляется эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. В Российской Федерации Министерством здравоохранения разработана и продолжает функционировать около 20 лет, с 1987 г. оригинальная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, которая характеризуется единым централизованным и систематическим сбором и учетом данных о всех случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа, обследований на ВИЧ, исходов ВИЧ-инфекции во всех регионах Российской Федерации, а также массовым тестированием на ВИЧ и обязательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая ВИЧ-инфекции (для выявления факторов риска заражения и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий). Таким образом, ценную оперативную информацию, полученную стандартизованными методами, о тенденциях развития эпидпроцесса ВИЧ-инфекции на каждой из территорий Российской Федерации мы можем почерпнуть из рутинных данных государственного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией.

Однако из данных государственного эпиднадзора довольно затруднительно получить показатель пораженности ВИЧ-инфекцией групп населения и особенно пораженности уязвимых групп, поскольку часто представители уязвимых групп избегают контакта с государственными структурами.

Рутинный государственный эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией может эффективно отслеживать новые случаи ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, расчет же показателей распространенности ВИЧ-инфекции в некоторых группах населения остается весьма затруднительным. В настоящее время имеются данные государственной статистической отчетности, позволяющие рассчитать показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и ПИН, состоящих на наблюдении в учреждениях наркологического профиля. Для расчета показателей пораженности таких уязвимых групп населения, как КРС, МСМ, ПИН не получающих помощь в медицинских учреждениях целесообразно применение выборочных серологических обследований представителей уязвимых групп на ВИЧ.

Поведенческие данные собираются в рамках рутинного эпиднадзора обычно при проведении эпидрасследования случаев ВИЧ-инфекции, при этом остаются неизвестными особенности поведения неинфицированных лиц и лиц, у которых пока не была выявлена ВИЧ-инфекция.

Выборочные поведенческие исследования среди представителей групп населения имеют высокую ценность для понимания особенностей поведения, приводящих к

заражению ВИЧ-инфекцией. Обычно исследовательский поведенческий компонент осуществляется совместно с серологическим обследованием представителей уязвимых групп на ВИЧ. Особенную ценность имеют поведенческие исследования среди сероконвертеров (людей, недавно инфицированных ВИЧ), поскольку они могут давать наиболее оперативную информацию о факторах риска заражения ВИЧ для населения в текущий момент.

В 1995 году в России был принят Государственной Думой «Федеральный закон о предупреждении распространения в российской федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Закон о СПИД был создан с соблюдением основных международных принципов противодействия эпидемии и защищает права инфицированных ВИЧ. В 1993 году верховным советом РФ была утверждена первая национальная программа по профилактике и борьбе со СПИДом — «Анти-ВИЧ/СПИД», впоследствии эта программа неоднократно продлевалась. В настоящее время действует подпрограмма «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера 2002–2006 годы». В рамках подпрограммы Анти-ВИЧ/СПИД осуществляются в том числе мероприятия по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией.

Дозорные и поведенческие исследования среди уязвимых групп и сероконвертеров до 2006 г. проводились в РФ в малых объемах, преимущественно по инициативе зарубежных исследователей или доноров. Большая часть выборочных серологических и поведенческих исследований по ВИЧ-инфекции в рамках эпиднадзора второго поколения в России до 2006 г. проводилось по инициативе Всемирной организации здравоохранения под руководством Т.Т. Смольской, Северо-западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

В 2005–2006 гг. средства на борьбу с ВИЧ-инфекцией были выделены в рамках Приоритетного национального Проекта в области здравоохранения в объеме 3,1 миллиарда рублей на 2006 г., в 2007 г. объем средств был удвоен. Кроме того, в России осуществлялись программы по борьбе со СПИДом в рамках займа, взятого у Всемирного Банка (около 50 миллионов долларов на пять лет), двух проектов по грантам, предоставленным Глобальным Фондом по борьбе с ВИЧ/СПИДом (в сумме около 200 миллионов долларов на пять лет), и около 150 других международных проектов.

Стандартизованная государственная система проведения дозорных и поведенческих исследований в настоящее время в Российской Федерации отсутствует. В связи с этим существует и определенный риск того, что отечественные и зарубежные средства, направляемые на исследования, будут истрачены с невысоким эффектом, или что определенное количество средств будет израсходовано на аналогичные ме-

роприятия, в то время как некоторые области деятельности не будут охвачены вмешательствами. Программы плановых систематических поведенческих исследований и дозорных исследований в труднодоступных уязвимых группах по единой стандартизованной методике целесообразно внедрять в России, поскольку это позволит глубже понимать особенности и предпосылки развития эпидемии ВИЧ-инфекции в стране, оперативно корректировать профилактические вмешательства и оценивать эффективность профилактических вмешательств. Определение уязвимых групп и численности лиц в данных группах очень важны для понимания возможных масштабов распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе прогнозирования развития эпидемии.

Для адекватной оценки статуса эпидемии ВИЧ-инфекции в России, построения прогнозов развития ситуации, а также мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, необходимо регулярное проведение в регионах Российской Федерации исследований по определению поведенческих особенностей населения, влияющих на распространение ВИЧ-инфекции, распространенности ВИЧ-инфекции в целевых группах населения и оценке численности уязвимых по ВИЧ групп населения, таких как ПИН, КСР, МСМ и других групп населения.

К другим группам населения, среди которых рекомендуется проводить социологические исследования при возможности сопровождаемые серологическими выборочными обследованиями, могут относиться «группы-проводники», через которые происходит передача ВИЧ-инфекции от уязвимых групп населения в основную гетеросексуальную популяцию. На различных территориях страны это могут быть различные группы, но в целом в стране к ним можно отнести сексуальных партнеров ПИН и сексуальных партнеров КСР. Поскольку часто бывает весьма затруднительно выделить данные группы среди населения по формальным признакам, рекомендуется проводить исследования поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ среди военнослужащих, водителей-«дальнобойщиков» и молодежи.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Проведение сероэпидемиологических и поведенческих исследований среди групп населения в Российской Федерации должно планироваться при составлении федеральных и региональных программ анти-ВИЧ/СПИД и программ осуществления различных проектов в области ВИЧ/СПИДа как государственных, так и международных. План проведения исследований в области ВИЧ-инфекции на срок от 2 до 5 лет и более должна составлять рабочая группа по мониторингу и оценке национального координирующего органа высокого уровня. В 2006 г. данную функции вы-

полняла аналитическая группа по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Организации-исполнители должны предоставлять информацию о планируемых поведенческих и эпидемиологических исследованиях по ВИЧ-инфекции в аналитическую группу по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД Роспотребнадзора на этапе планирования исследования, но не позднее, чем за 12 месяцев до проведения исследования. Отчеты о всех завершенных исследованиях в России в области оценки численности уязвимых групп и/или пораженности уязвимых групп ВИЧ-инфекцией должны быть предоставлены в течение отчетного года после завершения исследования организациями-исполнителями в аналитическую группу по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД Роспотребнадзора и Центры по профилактике и борьбе со СПИДом, курирующие субъект Федерации, в котором было проведено исследование.

Регулярное и стандартизованное предоставление отчетности о проведенных исследованиях позволит повысить эффективность профилактических вмешательств, скорректировать мероприятия по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции и непосредственно увеличить значимость усилий по проведению исследования. Таким образом, система поведенческих исследований приобретет статус государственной и предоставит важную информацию для мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции в РФ.

В исследовательскую группу по проведению поведенческих и сероэпидемиологических исследований по ВИЧ-инфекции включаются специалисты в области эпидемиологии ВИЧ-инфекции, социологических исследований, наркологии, лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С и ИППП. К проведению исследования в регионах РФ привлекаются такие организации, как Департамент здравоохранения, Центр СПИД, Наркологический диспансер, Дермато-венерологический диспансер, НПО, осуществляющие профилактические программы среди уязвимых групп населения, при необходимости другие организации.

Сероэпидемиологические и поведенческие исследования среди уязвимых групп населения (ПИН, КСР, МСМ) в регионах Российской Федерации при наличии финансирования рекомендуется проводить не чаще 1 раз год.

Обязанности сторон при осуществлении стандартизованных поведенческих исследований:

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральный центр СПИД, донорские организации и организации, проводящие исследования совместно на заседании ра-

бочей группы по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ежегодно составляют план проведения стандартизованных поведенческих исследований в регионах Российской Федерации.

- Рабочая группа по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека согласовывает данный план с организациями-исполнителями и обеспечивает поиск финансирования необходимых исследований, не покрытых финансовой поддержкой государственных или международных доноров.

- Рабочая группа по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечивает ведение базы данных планируемых и осуществленных исследований и предоставляет аналитический обзор по планируемым и проведенным исследованиям. Также на основании предоставленных данных группа по МиО подготавливает ежегодный страновой отчет Российской Федерации по выполнению декларации о приверженности делу борьбы со СПИДом и распространяет его среди специалистов, вовлеченных в противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. С учетом полученных данных рабочая группа по мониторингу и оценке при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека готовит рекомендации по коррекции мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации и распространяет их среди специалистов, вовлеченных в противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

- Организации-исполнители, независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности, как государственные, так и неправительственные или международные организации должны предоставлять информацию о планируемых поведенческих и эпидемиологических исследованиях в группу по мониторингу и оценке национального координирующего органа высокого уровня на этапе планирования исследования, но не позднее, чем за 12 месяцев до проведения исследования. Организации-исполнители предоставляют отчеты о всех завершенных исследованиях в России в области ВИЧ-инфекции в рабочую группу по мониторингу и оценке при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Центры по профилактике и борьбе со СПИДом курирующие регион, где проводилось исследование.

- Территориальные центры СПИДа обеспечивают сбор информации о планируемых и проведенных исследованиях в курируемом ими регионе Российской Федерации. Территориальные центры СПИДа предоставляют в межведомственные комитеты субъектов Российской Федерации по проблеме ВИЧ-инфекции, а также окружные центры СПИДа информацию о запланированных и проведенных поведенческих и сероэпидемиологических исследованиях в области ВИЧ-инфекции.
- Окружные центры СПИДа анализируют данные по планируемым и проведенным исследованиям в курируемом регионе, предоставляют аналитический обзор и рекомендации в территориальные центры СПИД.
- Межведомственные комитеты субъектов Российской Федерации по проблеме ВИЧ-инфекции на заседании заслушивают и анализируют информацию о запланированных и проведенных поведенческих исследованиях и при необходимости производят коррекцию мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в субъектах Российской Федерации.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ, ЮНЭЙДС, 2007 Г.

В 2007 г. ЮНЭЙДС произвел переработку списка индикаторов мониторинга и оценки эффективности мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. В результате данной работы индикаторы были унифицированы для всех стран, включая страны с эпидемиями низкого уровня, концентрированными и генерализованными эпидемиями ВИЧ-инфекции[5]. Кроме того, новая версия индикаторов мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции позволяет более точно оценивать ситуацию по ВИЧ-инфекции как в странах, так и на мировом уровне, и способствует лучшему пониманию эффективности мер противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Вместе с тем, по некоторым из обновленных индикаторов недостаточно отработана методика расчета, и вероятно будет проведена дополнительная работа в данной области.

Ниже приводится список ключевых показателей по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом по версии 2007 г.

[5] Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting, UNAIDS, 2007.

Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне

1. Расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования.
2. Национальный комбинированный индекс политики.

Показатели для национальных программ

3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества.
4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию.
5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку.
6. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ.
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
8. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ.
10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.
11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года.

Показатели, характеризующие знания и поведение

12. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет.
13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем, и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем, и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.

18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.

19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта.

21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

Показатели, характеризующие воздействие

22. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ.

23. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ.

24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала.

25. Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В данном разделе проводится обобщенные национальные индикаторы по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для Российской Федерации, полученные в результате синтеза индикаторов разработанных рабочей экспертной группой по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2006 г.; индикаторов, позволяющих отслеживать выполнение национальных целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, и индикаторов, предложенных ЮНЭЙДС в 2007г. для отчета стран по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
ПРОФИЛАКТИКА		
1. Доля населения (мужчины и женщины) 15–49 лет, которые правильно называют пути предотвращения передачи ВИЧ и отрицают неправильные представления о ВИЧ-инфекции • в том числе молодежь 15–25 лет • в том числе представители уязвимых групп	1 раз в год	Специальные исследования
2. Охват населения (мужчины и женщины) 15–49 лет, в том числе молодежи в возрасте 15–24 лет профилактическими программами по ВИЧ-инфекции	1 раз в год	Специальные исследования
3. Процент представителей уязвимых групп: • ПИН • КСР • МСМ охваченных профилактическими программами	1 раз в год	Специальные исследования
4. Охват полным курсом химиопрофилактики беременных ВИЧ-позитивных женщин, закончивших беременность родами	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
5. Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей, в том числе: • во время беременности • в родах • новорожденных	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
6. Доступность тестирования, сопровождаемого до- и послетестовым консультированием для всех нуждающихся	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
8. Процент представителей уязвимых групп населения, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты ВИЧ	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
9. Процент школ, которые проводили обучение по вопросам ВИЧ-инфекции на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года	1 раз в год	Специальные исследования
10. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 года, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	1 раз в год	Специальные исследования
11. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	1 раз в год	Специальные исследования
12. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта	1 раз в год	Специальные исследования
13. Процент работников секс-бизнеса, сообщивших о регулярном использовании презервативов	1 раз в год	Специальные исследования
14. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время сексуального контакта с последним клиентом	1 раз в год	Специальные исследования

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
15. Процент МСМ, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	1 раз в год	Специальные исследования
16. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	1 раз в год	Специальные исследования
17. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	1 раз в год	Специальные исследования
18. Процент предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочем месте	1 раз в год	Специальные исследования
19. Процент населения, которые толерантно относятся к ЛЖВС	1 раз в год	Специальные исследования
20. Распространенность употребления наркотиков среди населения	1 раз в год	Специальные исследования
21. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения, в том числе: • в возрасте 15–49 лет, • в возрасте 15–24 лет, • среди беременных женщин, • среди осужденных, • среди ПИН, • среди КСР, • среди МСМ	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
ЛЕЧЕНИЕ		
22. Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВС, в том числе: • взрослые, • дети, • ПИН, • заключенные	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
23. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев после его начала	1 раз в год	Специальные исследования
24. Охват диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний нуждающихся ЛЖВС • в том числе туберкулеза	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
25. Количество ЛПУ, осуществляющих антиретровирусную терапию	1 раз в год	Специальные исследования
26. Процент ЛЖВС, имеющих первично-резистентные к АРВ-препаратам штаммы ВИЧ, за последние 12 месяцев	1 раз в год	Специальные исследования
27. Процент ЛЖВС, имеющих резистентные к АРВ-препаратам штаммы ВИЧ, среди получающих терапию первой линии спустя 12 месяцев после начала АРВ-терапии	1 раз в год	Специальные исследования
28. Процент умерших среди инфицированных ВИЧ	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
УХОД И ПОДДЕРЖКА		
1. Процент ЛЖВС, находящихся на диспансерном наблюдении (регулярное обследование не менее 1 раза в год) • в том числе ПИН	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
2. Охват психосоциальной (ПС) помощью нуждающихся ВИЧ-позитивных лиц и членов их семей	1 раз в год	Специальные исследования
3. Охват паллиативной помощью нуждающихся ВИЧ-позитивных лиц	1 раз в год	Специальные исследования
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
29. Количество государственных средств, которые потрачены на мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа	1 раз в год	Специальные исследования
30. Количество негосударственных средств, которые потрачены на мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа	1 раз в год	Специальные исследования
31. Комбинированный национальный индекс в области политики ВИЧ/СПИДа	1 раз в год	Специальные исследования
32. Функционирует правительственная и региональные комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека	1 раз в год	Специальные исследования

В соответствии вышеприведенными национальными индикаторами по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для Российской Федерации были разработаны инструменты для проведения поведенческих и сероэпидемиологических исследований в Российской Федерации, представленные в данном руководстве.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ (ПИН, КСР, МСМ) НА ТЕРРИТОРИЯХ РОССИИ

Для адекватной оценки статуса эпидемии ВИЧ-инфекции в России, построения прогнозов развития ситуации а также мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции целесообразно провести исследования по распространенности ВИЧ-инфекции и особенностях поведения среди уязвимых групп: ПИН, КСР, МСМ. Эти исследования предоставят дополнительную или отсутствующую информацию для комплексного анализа ситуации по ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации и в целом в стране.

Безусловно, особую ценность данные о поведении населения связанном с риском заражения ВИЧ-инфекцией имеют для разработки и оценки эффективности профилактических программ, поскольку как в условиях низкой, так и высокой распространенности ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения при наличии рискованного поведения создаются благоприятные условия для распространения ВИЧ-инфекции. Нельзя будет признать эффективными профилактические программы, в результате которых не повысился уровень знаний в области ВИЧ-инфекции и пропорция лиц, практикующих безопасное или менее опасное в плане заражения ВИЧ поведения, к которым чаще всего относят малое количество половых партнеров, использование презервативов и стерильного инструментария для употребления наркотиков.

Фактически, социологические исследования могут показать специалистам насколько серьезные изменения происходят в поведении населения под влиянием профилактических программ в области ВИЧ-инфекции и, наоборот, на какое поведение нужно воздействовать для предотвращения распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.

Поведенческие исследования могут предоставить дополнительную информацию, позволяющую объяснить причины снижения или повышения заболеваемости и пораженности ВИЧ и определить группы населения, наиболее нуждающиеся во внедрении профилактических вмешательств. Кроме того, данные о заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции среди групп населения в России обычно мы получаем исходя из результатов массового тестирования населения на антитела к ВИЧ.

В России тестируется на ВИЧ более 15% населения ежегодно, однако не все группы населения одинаково вовлечены в тестирование на ВИЧ и часто особенно уязвимые группы могут избегать тестирования на ВИЧ. В целом и поведенческие дан-

ные в отношении ВИЧ-инфекции и данные о распространенности ВИЧ-инфекции можно получить двумя основными методами: обследования населения в целом, и обследования определенных, представляющих интерес для специалистов групп населения. Исходя из результатов массового тестирования на ВИЧ данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди КСР и МСМ в настоящее время фактически получить невозможно. Массовые исследования среди населения в целом весьма дорогостоящие, поэтому данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения целесообразно дополнить выборочными серологическими и поведенческими исследованиями среди уязвимых групп населения. Дополнительными индикаторами опасного поведения, которое могло повлечь за собой и заражение ВИЧ-инфекцией является распространенность ИППП и гепатитов В и С. В связи с этим рекомендуется тестирование биологических образцов уязвимых групп не только на ВИЧ, но и на сопутствующие инфекции.

Одним из методов, рекомендованных ВОЗ/ЮНЭЙДС[6] для определения распространенности ВИЧ-инфекции в группах населения является дозорный серологический надзор.

Задача дозорного серологического надзора за ВИЧ состоит в слежении за уровнем распространенности ВИЧ-инфекции среди населения, осуществляемом с помощью «дозорных» учреждений. Эти учреждения выбираются главным образом исходя из соображений доступа к группам населения, которые либо представляют особый интерес в связи с эпидемией, либо репрезентативны для более крупных групп населения.

Обычно, дозорные учреждения уже занимаются забором крови для других целей. Почти все пациенты с ИППП, лица, употребляющие наркотики, и беременные женщины сдают кровь для диагностических целей. Кровь, которую сдают на станциях переливания, также проверяется для определения уровня инфекции среди доноров. Строго говоря, эти группы не относятся к дозорным, однако данные, полученные в результате такого регулярного скрининга, можно использовать так же, как и данные дозорного эпиднадзора.

Если кровь берется для других целей, сохранившиеся образцы сыворотки крови могут быть очищены от всех маркёров-идентификаторов, связывающих образец с определенным человеком и их содержимое может быть протестировано на ВИЧ-инфекцию без ведома лица, сдавшего кровь. Такой метод называется несвязанным анонимным тестированием. Поскольку при этом согласие пациента не требуется, такие препятствия, как отказ некоторых лиц от тестирования их крови на ВИЧ, сводятся к минимуму.

---

[6] Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ: WHO/CDS/CSR/2000.5, UNAIDS/00. 03R, 2000.

Обычно дозорные участки выбираются по рекомендациям зарубежных авторов из числа клиник ИППП (в России им соответствуют дермато-венерологические диспансеры); клиник оказывающих помощь наркопотребителям (в России — наркологические диспансеры), женских консультаций и в отношении КСР и МСМ — медицинских учреждений, оказывающих помощь данным категориям населения. Однако при применении такого метода обычно оказывается невозможным собрать данные о особенностях поведения групп населения.

Существует множество подходов к сбору данных об особенностях поведения населения, наиболее часто для выявления поведения целевых групп, связанного с заражением ВИЧ-инфекцией, используют одномоментные или сквозные исследования. Исследование[7], которое включает в качестве объектов всех людей в популяции в некий момент, или репрезентативную выборку всех подобных людей, включая тех, кто имеет заболевание, и имеет своей целью описать популяцию в данный момент, обычно обозначается как одномоментное (или кросс-секционное) исследование. Одномоментное исследование, которое выполняется для того, чтобы определить распространенность, называется исследованием распространенности. Обычно информация о воздействии анализируется вместе с информацией о заболевании таким образом, чтобы субпопуляции с различным воздействием могли бы быть сравнены в соответствии с распространенностью у них заболеваний.

Для проведения сквозного серологического обследования требуется информированное согласие респондентов. При этом возникает риск, что наиболее пораженные ВИЧ-инфекцией или имеющие наиболее рискованное поведение представители уязвимых групп откажутся от участия в исследовании. В соответствии с Методическими рекомендациями по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ6 ВОЗ/ЮНЭЙДС обычно, число отказов представителей уязвимых групп от участия в исследовании снижается когда исследование осуществляется при активном содействии представителей групп риска, и если эти представители связаны с оказанием услуг, отвечающих конкретным нуждам самих групп. Нередко сквозные серологические обследования осуществляются через неправительственные организации (НПО) или другие учреждения, занимающиеся профилактикой передачи ВИЧ-инфекции, и оказывающие помощь группам высокого риска, таким как работники коммерческого секса, употребляющие наркотики инъекционным способом.

С учетом того, что тестирование обычно проводится добровольно и анонимно, контакт с сообществом, который очень важен для такого типа эпиднадзора, дает возможность предлагать консультирование и конфиденциальное тестирование

[7] Типы эпидемиологических исследований. K. Rothman and S. Greenland. Types of Epidemiologic Studies. In: Rothman K., Greenland S. Modern Epidemiology. 2nd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1998. — p. 67–78.

всем желающим. Необходимо проявлять осторожность при экстраполяции результатов на более широкие группы населения.

Какие бы методы ни использовались, установление необходимых контактов в сообществе и определение критериев сбора образцов часто требует значительных затрат времени и средств. Несмотря на то, что затраты на каждый последующий цикл обычно снижаются, частое повторное проведение сквозных обследований групп риска может оказаться дорогостоящим, что ограничивает возможность их использования в качестве элемента систем текущего эпиднадзора.

Задачами выборочных обследований являются:

- Определение распространенности ВИЧ-инфекции, ИППП, гепатитов В и С в целевых группах ПИН, МСМ и КСР.
- Изучение распространенности и тенденций изменения практики сексуального рискованного поведения и поведения, связанного с потреблением наркотиков и передачей ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний.

Отбор респондентов и их включение в сероэпидемиологическое исследование

При проведении выборочных исследований среди уязвимых групп населения основной сложностью является обеспечение репрезентативности выборки, то есть возможности переноса обобщенных результатов наблюдения на примере выборки на изучаемую конкретную группу населения.

Примером неслучайной выборки респондентов среди уязвимых групп является «снежный ком»; при этом затруднительно предположить, что охвачены самые разнообразные представители целевой группы, поскольку изначально предполагается, что все включенные в выборку лица связаны друг с другом. Методы неслучайной выборки обычно используются только в случаях, когда невозможно осуществить вероятностную выборку.

Вероятностные выборки являются предпочтительными при проведении поведенческих исследований среди целевых групп населения. В случае, если состав целевой группы населения остается достаточно стабильным применяются стратифицированная или гнездовая (кластерная) выборки. В случае проведения исследования среди групп населения с постоянно изменяющимся составом или скрытых контингентов, к числу которых относятся КСР и ПИН рекомендуется использовать выборку с привязкой ко времени и месту или выборку управляемую респондентами (РДС).

Для получения основы выборки применительно к труднодоступным группам населения необходимо организовать картирование или специальное формативное исследование, предваряющее надзорные поведенческие исследования. При этом должны быть определены типы отбора респондентов и участки, на которых будет проводится сбор информации.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ В ВЫБОРКУ

Обязательным условием включения представителей уязвимых групп в выборку является их добровольное информированное согласие на участие в исследовании, отсутствие опыта участия лица в данном исследовании и наличие особенностей поведения, характерных для целевой группы:

1. Респонденты ПИН — лица мужского и женского пола от 15 до 49 лет, практикующие употребление наркотиков инъекционным путем, и употреблявшие наркотики инъекционно в течение месяца, предшествующего исследованию.
2. Респонденты КСР — лица женского пола от 15 до 49 лет, оказывающие сексуальные услуги за плату, и имевшие такой опыт в течение месяца, предшествующего исследованию.
3. Респонденты МСМ — лица мужского пола от 15 до 49 лет, практикующие анальный секс с мужчинами и имевшие такой опыт в течение месяца, предшествующего исследованию.

Предпочтительным подходом является проведение одновременного поведенческого и серологического исследования в целевой группе. При этом проводится связанное анонимное тестирование тестирование, которое, помимо информированного согласия, требует проведения до-тестового и после-тестового консультирования. Лица, не удовлетворяющие критериям включения и не согласившиеся с условиями исследования, не должны включаться в выборку.

КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении надзорных или качественных исследований необходимо достигнуть выборки достаточного размера для обнаружения изменений, произошедших с течением времени. Чем точнее мы хотели бы измерять изменения, тем больше должна быть выборка. Стандартный статистический метод определения объема выборки требует наличия:

- оценки распространенности ВИЧ-инфекции в группе;
- допустимого предела погрешности;
- требуемого уровня достоверности.

ФОРМУЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВЫБОРКИ

$$\mathbf{N = 4\ z\ \alpha^2\ P\ (1-P) \div W^2}$$

Где:

- $z\ \alpha$ — фактор, который соответствует требуемому доверительному интервалу (для 95% доверительного интервала $z\ \alpha = 1{,}96$).
- P — ожидаемая доля пациентов с изучаемым исходом (например, P = ожидаемая распространенность ВИЧ).
- W — ширина интервала, например, ширина допустимого предела погрешности +/- 3%, что соответствует 0,06.

ФОРМУЛА РАСЧЕТА РАЗМЕРА ВЫБОРКИ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ГРУППУ И ИЗМЕНЯЮЩИМИСЯ С ТЕЧЕНИЕМ ВРЕМЕНИ

$$n = D\frac{\left[\sqrt{2P(1-P)}Z_{1-\alpha} + \sqrt{P_1(1-P_1)+P_2(1-P_2)}Z_{1-\beta}\right]^2}{\Delta^2}$$

Где:

- D — Эффект дизайна.
- P_1 — Расчетная пропорция явления в точке отсчета (например распространенность ВИЧ или % использования презервативов).
- P_2 — Расчетная пропорция явления на период проведения следующего цикла наблюдений $P = (P_1 + P_2)/2$.
- $Z_{1-\alpha}$ — Z-статистика, соответствующая ожидаемому уровню статистической значимости.
- $Z_{1-\beta}$ — Z-статистика, соответствующая ожидаемому уровню мощности.

Желательно обеспечивать 95% доверительные интервалы для наблюдаемой распространенности с распределением по размеру выборки.

СТИМУЛИРОВАНИЕ УЧАСТНИКОВ

Для поддержания интереса к исследованию необходимо разработать систему стимулирования. Система стимулирования включает в себя подарок для респондента за каждое интервью и сдачу крови, а также бесплатные информационные материалы и презервативы. Материальное вознаграждение — это знак признательности тем, кто сумел найти время для прохождения анкетирования. Стоимость подарка должна быть весьма скромной, чтобы не принуждать человека, и в то же время достаточной, чтобы компенсировать затраты на участие в обследовании и стимулировать само участие.

МЕТОД СБОРА БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для исследования могут применяться методики забора венозной (по стандартной методике) и капиллярной (при помощи системы микроветте) крови. Пробы крови должны кодироваться единым кодом с анкетой от того же респондента и направляться в лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции, предпочтительно в лабораторию Центра СПИД. Для проведения выборочных исследований подходит также сбор проб слюны для последующего тестирования на ВИЧ с помощью тестов, разрешенных к применению Минздравсоцразвития России.

Сыворотки крови уязвимых групп населения рекомендовано тестировать методом ИФА: на антитела к ВИЧ, к вирусу гепатита В и С, Tr.Pallidum в лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции. При возможности целесообразно провести подтверждение положительного результата в ИФА методом иммунного блотинга. Данные о результатах лабораторного исследования заносятся в базу данных и имеют общий с анкетой идентификационный номер.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ИНТЕРВЬЮ

Со всеми участниками проводится структурированное количественное интервью сразу после вступления в исследование. Во время интервью собираются данные по таким категориям как: социально-демографическая характеристика; тестирование на ВИЧ; инъекционное рискованное поведение; социальная поддержка; сексуальное поведение; употребление алкоголя и наркотиков; общее состояние здоровья; дискриминация; и экономический статус. Продолжительность интервью составляет от 30 мин до 1 часа. Рекомендуемые авторами вопросники для проведения исследования среди ПИН и КСР приведены в приложениях № 1, 2.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

Приоритетами хранения данных являются их своевременная доставка в главный офис, занесение в базы данных и их сохранение. В процессе исследования рекомендуется сформировать необходимое количество баз данных. Базы данных находятся в центральном офисе исследования и местных исследовательских пунктах. Доступ к базам данных должен быть ограничен, и они должны быть защищены паролями.

Анализ данных лабораторных исследований образцов крови участников исследования проводится специалистами в области лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и применением международной методик интерпретации данных. Анализ результатов исследования и написание отчета исследование проводится совместно специалистами в области эпидемиологии, лабораторной диагностики и социологии.

Статистическую обработку данных целесообразно производить при использовании программ SPSS, Excel и других пакетов программ.

В соответствии с задачами исследования обычно проводится:

- Однофакторный анализ: распределение вероятностных значений, расчет средних и медианных значений), расчет доверительных интервалов.
- Анализ с двумя переменными: проверка на статистическую значимость взаимосвязи между двумя переменными.
- Многофакторный анализ: проверка воздействия каждого прогностического фактора на другие переменные.

При использовании множества источников информации, в том числе поведенческих и биологических данных, для обеспечения достоверности выводов целесообразно использовать метод триангуляции данных.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Все методы и инструменты исследования, обработка данных и получение информированного согласия должны быть обязательно согласованы с Этическим комитетом. Вопросники, биологические образцы и результаты лабораторных исследований должны быть связаны с респондентом единым цифровым анонимным кодом. По данному коду респондент при желании может получить результаты тестировании. Имя респондента никогда не должно указываться ни на вопросниках, ни на образцах крови, собранных в ходе исследования. Все документы в печатном виде должны храниться в запертых шкафах. Базы данных должны быть защищены паролями, ограниченное количество персонала исследования будет иметь к ним доступ.

У всех лиц, изъявивших желание принять участие в исследовании должно быть получено информированное согласие на включение в исследование.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Одной из обязанностей исследователей является распространение результатов проведенных исследований. Результаты исследования должны быть распространены среди специалистов в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и лиц, принимающих решения. Результаты также могут быть распространены на конференциях, встречах и в виде публикаций.

Организации-исполнители (государственные, неправительственные или международные организации) предоставляют информацию о планируемых поведенческих и эпидемиологических исследованиях в рабочую группу по мониторингу и оценке Роспотребнадзора и соответствующие центры по профилактике и борьбе со СПИДом. Копия отчета о всех завершенных исследованиях в России в области оценки численности уязвимых групп и/или пораженности уязвимых групп ВИЧ направляется в те же две организации.

Рабочая группа по мониторингу и оценке национального координирующего органа высокого уровня обеспечивает ведение базы данных планируемых и осуществленных исследований и распространяет аналитический обзор, содержащий информацию о планируемых и проведенных исследованиях во все заинтересованные организации. Территориальные центры СПИДа обеспечивают распространение информации на территории курируемого региона Российской Федерации. Окружные центры СПИД анализируют данные по планируемым и проведенным исследованиям в курируемом регионе, предоставляют аналитический обзор и рекомендации в территориальные центры СПИД.

ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ПИН В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Данный раздел рекомендаций был разработан специалистом Национального Научного центра Наркологии Минздравсоцразвития России ФГУН НИИ Наркологии В.В. Киржановой и апробирован в рамках проведения российско-британской научно-исследовательской программы «Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации».

ПОВТОРНЫЙ ЗАХВАТ

Традиционные методы исследования среди населения не позволяют точно определить численность труднодоступных групп, особенно тех, которые могут быть вовлечены в нелегальную или полулегальную деятельность, например потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Эту задачу можно решить с использованием непрямых методов оценки, таких как метод «повторного захвата». Данная методика предусматривает получение из различных источников списков с данными, в которых регистрируются контакты ПИН с учреждениями различного профиля. Оценочная численность ПИН определяется на основании числа совпадений между этими источниками и рассчитывается с помощью специальных математических формул. На основе полученного числа совпадений и при применении соответствующей расчетной модели для каждого изучаемого города оценивалась предполагаемая численность ПИН[8].

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

Для решения первой задачи необходимо составить 2 или более списков потребителей инъекционных наркотиков на местном уровне. Для составления списков ПИН следует определить источники информации. Для того, чтобы обеспечить в дальнейшем возможность экстраполяции данных на регион необходимым источником являются наркологические учреждения, где составляются списки ПИН, находящихся на диспансерном или профилактическом наблюдении у психиатра-нарколога, ведущего амбулаторный прием. В отдельных регионах, как, например, в Иркутской области, где наркологическая служба объединена с психиатрической, эти списки могут быть получены в психоневрологических учреждениях.

Второй, третий, при необходимости четвертый и пятый списки, могут быть предоставлены следующими службами и учреждения: Центры СПИД (списки обратившихся потребителей инъекционных наркотиков или списки ВИЧ+), МВД (списки лиц, задержанных или арестованных в связи с незаконным оборотом наркотиков), Скорая помощь (списки имевших передозировки инъекционных наркотиков), экспертиза наркотического опьянения (положительный тест на опиаты), инфекционные больницы (например, сведения о ВИЧ+ или позитивные результаты на гепатит С), токсикологические и реанимационные отделения (сведения о передозировках наркотиков), а также травматологические отделения, родильные дома, гинекологические отделения, противотуберкулезные и кожно-венерологические диспансеры и т.п. Также могут использоваться списки клиентов ПОШ, если тако-

[8] Отчет по результатам научно-исследовательского проекта «Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации», Москва, 2006.

вые будут доступны исследователям. В каждом регионе источники списков определяются исходя из конкретных местных условий.

ИДЕНТИФИКАТОРЫ ДВОЙНОГО УЧЕТА

Идентификаторами двойного учета могут являться: фамилия, имя, отчество или сокращенные варианты этих идентификаторов (начальные буквы Ф.И.О.), год рождения (возраст), пол, место проживания (название города, района или улицы города, название поселка, села или деревни). Конкретные методы идентификации выбираются исследователем исходя из местных условий. Например для регионов Российской Федерации авторы рекомендуют применить кодировку состоящую из 2х первых букв фамилии, 2х первых букв имени, 2х первых букв отчества, года рождения и пола.

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СПИСКОВ

Сведения выкопировываются из документации учреждений за определенный промежуток времени (как правило, календарный год). При этом разные списки должны быть выкопированы за равные промежутки времени. Признаком, в соответствии с которым то или иное лицо включается в список, является инъекционное употребление наркотиков.

Важным фактором является соблюдение условий метода[9].

Во-первых, списки должны быть репрезентативными для исследуемой популяции, которая должна быть «закрытой» (т.е. делается предположение, что индивидуумы не попадают и не выходят из популяции в период проведения исследования). В связи с этим в списки должны включаться только лица, постоянно проживающие на данной территории (как правило, не менее 3 месяцев). Из списков должны быть исключены лица, в течение изучаемого периода находящиеся в местах заключения или временно не проживающие на изучаемой территории, а также умершие лица. Следует исключить лиц, привлеченных за сбыт наркотических веществ, но наркотики не употребляющих, а также иногородних жителей, задержанных на данной территории. Эти условия трудно соблюсти в крупных городах, где велики неучтенные миграционные потоки.

[9] Доминго-Сальвани А. Оценка распространенности употребления наркотиков: метод повторного захвата. Материалы совместного научного семинара Группы Помпиду и EMCDDA, публикация Группы Помпиду, Страсбург, 1996, 16 с. 29.

Во-вторых, каждый список должен быть гомогенным, т.е. вероятность попадания в список должна быть одинаковой для всех индивидуумов.

В-третьих, списки должны быть независимыми друг от друга, т.е. присутствие индивидуума в одном списке не должно уменьшать или увеличивать вероятность его присутствия в другом списке. Это может случиться со списками МВД и наркологических диспансеров, поскольку известно, что подвергшиеся арестам или задержаниям потребители наркотиков направляются на освидетельствование в наркологические учреждения, что часто влечет за собой их регистрацию в данных учреждениях.

РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ ДАННЫХ

Репрезентативность для изучаемого региона обеспечивается проведением исследования в нескольких типичных районах каждого из изучаемых субъектов РФ. Районы должны включать городское и сельское население в пропорциях, близких к изучаемому региону. Какие районы должны быть включены и их число — определяется исследователем в каждом конкретном случае.

ВЫЯВЛЕНИЕ СОВПАДЕНИЙ (ИТЕРАЦИЙ) МЕЖДУ ИСТОЧНИКАМИ ДАННЫХ

Небольшие по объему списки по смысловым критериям могут быть объединены в единый список (например, списки токсикологических и реанимационных отделений и т.п.). Оптимальным для анализа является база из 3–4 списков.

Полученные списки лучше всего сопоставлять вручную. Но если в списки включены тысячи респондентов — методом выбора являются компьютерные программы. Из списков должны быть сформированы компьютерные базы данных. Выявлять совпадения можно с помощью электронных таблиц или баз данных, которые позволяют по-разному сгруппировать источники данных, с тем чтобы выявить лиц, включенных в обе базы данных. Например, можно взять два списка в разбивке по полу и датам рождения и определить, имеются ли еще лица с таким же именем или инициалами; либо взять списки в разбивке по полу и фамилиям и определить, имеются ли в них одинаковые даты рождения и т.п.

МЕТОД ДВОЙНОГО ЗАХВАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХ ИСТОЧНИКОВ

После идентификации совпадений (итераций) полученные данные представляются в табличном виде. Таблица 1 является примером таблицы сопряженности — простейшей четырехпольной таблицы. Таблица неполная, так как неизвестно число лиц, не включенных в оба источника данных (x) т. е. «скрытых» или ненаблюдаемых лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Другими словами, оба источника данных не полностью охватывают целевую популяцию, т.е. общее число лиц, употребляющих наркотики путем инъекций.

Таблица 1.
Перекрестная таблица для анализа методом повторного захвата из двух источников

		Список 1		
		Присутствуют	Отсутствуют	Всего в выборке 1
Список 2	Присутствуют	a	b	a + b
	Отсутствуют	c	x	
	Всего в выборке 2	a + c		

a — число лиц, присутствующих одновременно и в списке 1, и в списке 2;
b — число лиц, присутствующих в списке 1, отсутствующих в списке 2;
c — число лиц, присутствующих в списке 2, отсутствующих в списке 1;
x — число лиц, отсутствующих и в списке 1, и в списке 2 (неизвестное значение).

Наблюдаемое число $N = a + b + c$

Скрытое число определяется составлением пропорции: $x = b * c / a$

Оценка общей целевой популяции: $O = a + b + c + x$

При применении метода двойного захвата с использованием двух источников особенно важно соблюдать условие независимости двух списков, что в исследованиях, связанных с определением численности ПИН, не всегда возможно.

МЕТОД ДВОЙНОГО ЗАХВАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕХ ИСТОЧНИКОВ

Использование трех источников является более предпочтительным при оценке численности ПИН. Последовательным сопоставлением различных комбинаций выбо-

рок (1 и 2; 2 и 3; 1 и 3; 1 и 2 и 3) определяются лица, идентифицированные одновременно в нескольких списках. Эти данные могут быть представлены в таблице 2.

Таблица 2.
Перекрестная таблица для анализа методом повторного захвата из трех источников

		Список 1			
		Присутствуют		Отсутствуют	
		Список 2			
		Присутствуют	Отсутствуют	Присутствуют	Отсутствуют
Список 3	Присутствуют	a	b	e	f
	Отсутствуют	c	d	g	x

В приведенной таблице количество людей, идентифицированных во всех трех списках, обозначено как «a». Те, кто идентифицирован в 1 и 2 списках, но отсутствует в списке 3, обозначен как «c». Присутствующие только в списке 3 обозначены как «f». И так далее. Число скрытых потребителей обозначено как «x» — это то количество инъекционных потребителей, которое должно быть определено.

Количество человек в каждом из списков может быть определено следующим образом:

$N1 = a + b + c + d$

$N2 = a + c + e + g$

$N3 = a + b + e + f$

Где N1 — количество человек в списке 1;
N 2 — количество человек в списке 2;
N 3 — количество человек в списке 3.

Наблюдаемое число потребителей рассчитывается следующим образом:

$N = a + b + c + d + e + f + g$

Таким образом, N — общее количество потребителей наркотических веществ, определенных по данным трех различных источников.

Полученные таким образом данные анализируются на основе регрессии Пуассона или программы логарифмически-линейного моделирования. Для такого моделирования, как правило, используются пакеты статистических программ (например, SPSS).

Таким образом, вычислить искомую незаполненную клетку возможно, используя для обработки данных статистический пакет SPSS. Для этого полученные результаты необходимо представить в виде следующей таблицы:

Таблица 3.
Подготовка данных для обработки в SPSS[10]

Список 1	Список 2	Список 3	Количество	Обозначения
1	1	1	6	a
2	1	1	4	e
1	2	1	81	b
2	2	1	167	f
1	1	2	34	c
2	1	2	77	g
1	2	2	757	d
2	2	2	x	x

В приведенной таблице символ «1» означает присутствие в соответствующей выборке, а «2» — отсутствие. В таком виде данные помещаются в статистический пакет SPSS для вычисления искомой величины.

ПОДБОР МОДЕЛИ

Подбор модели к данным из нескольких источников осуществляется следующим образом:

а) проводится анализ таблицы с использованием регрессии Пуассона;

б) осуществляется подбор модели с различными видами взаимодействия между источниками данных к возможным видам зависимости;

в) выбирается оптимальная модель по стандартным замерам неадекватности (в этой связи следует проконсультироваться со статистиком или математиком);

г) с помощью модели оценивается число лиц, составляющих ненаблюдаемую часть популяции, и рассчитываются доверительные интервалы;

д) весь анализ повторяется по возможности по различным подгруппам (мужчины, женщины, различные возрастные группы и т.д.).

Аналогичные методы применяются при исследовании, включающем 4–5 источников данных.

[10] Кошкина Е.А., Корякин С.А., Царев С.А. Исследование «скрытого» контингента потребителей наркотических веществ методом «повторного захвата» в г. Чапаевске Самарской области в 2000–2001 гг. // *Вопросы наркологии*, 2002, № 4, с. 46–53.

ЭКСТРАПОЛЯЦИЯ ДАННЫХ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА

В данном исследовании планируется применить метод множительного коэффициента. При использовании этого метода применяются данные, которые были получены в отношении изучаемого явления, распространенного в обследуемой популяции ПИН, например число произведенных органами правопорядка арестов за употребление или хранение наркотиков, или число больных наркоманией, находившихся на лечении, или число смертей, связанных с наркотиками. Эта информация называется опорной информацией. На ее основе рассчитываются доли лиц, которые испытали это явление (подвергались аресту, лечились или умерли и т.д.), при этом величина, обратная этой доле, называется множительным коэффициентом[11].

В планируемой работе в качестве опорной информации предполагается применить сведения, полученные в результате проводимого обследования популяции ПИН методом повторного захвата. В районах, в которых проводилось обследование, будет рассчитан коэффициент, определенный на основании численности ПИН, наблюдавшихся и не наблюдавшихся у психиатра-нарколога по поводу зависимости (таблица 4). Эти данные впоследствии будут использованы для экстраполяции на районы, в которых обследование не проводилось.

Таблица 4.
Сведения, необходимые для проведения экстраполяции

Результаты обследования популяции ПИН
Всего ПИН
из них: зарегистрировано у нарколога
• удельный вес зарегистрированных у нарколога ПИН (в %)
• 95% ошибка репрезентативности
не зарегистрировано у нарколога
• удельный вес не зарегистрированных у нарколога ПИН (в %)
• 95% ошибка репрезентативности
Множительный коэффициент – соотношение числа больных, наблюдавшихся и не наблюдавшихся у психиатра-нарколога
Необходимые дополнительные сведения:
Число потребителей инъекционных наркотиков, зарегистрированных в наркологических учреждениях

[11] ООН, Оценка распространенности — косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков, Нью-Йорк, 2003 г. 83 с.

Для проведения экстраполяции районы изучаемого субъекта РФ следует разделить на группы, схожие по ряду ключевых показателей, что является прерогативой исполнителей исследования в конкретном регионе. Для этого могут быть использованы данные медицинских учреждений о распространенности и смертности, связанной с инъекционным употреблением наркотиков, сведения о произведенных органами правопорядка арестах в связи с употреблением или хранением наркотиков и иная доступная информация о ПИН во всех районах региона. Необходимая информация должна быть собрана в процессе проведения исследования на местном уровне. Разделение районов на группы может быть проведено также по формальным признакам, например по уровню распространенности наркомании или по другому иному признаку, с использованием кластерного анализа (для этого следует обратиться к статистику или математику).

Для каждой группы районов (кластеров) выбирается наиболее приемлемый множительный коэффициент, полученный в результате данного исследования для исследованных районов, который и используется для расчета скрытой численности ПИН в районах, где обследование не проводилось. Расчет величины 95% ошибки репрезентативности позволит рассчитать доверительные интервалы для оценочных данных по районам. Оценочные данные по региону в целом будут получены путем суммирования чисел по всем районам данного субъекта РФ.

ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ КРС И МСМ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Оценка размера популяции КСР и МСМ в регионах РФ и на уровне страны является очень актуальной. Кроме планирования профилактических вмешательств и оценки их эффективности, эта работа необходима для адвокации проблемы ВИЧ-инфекции и необходимости профилактических вмешательств в уязвимых группах населения и финансирования данных вмешательств.

Однако до настоящего времени в России отсутствуют публикации серьезных научных исследований в области численности таких уязвимых групп населения, как МСМ и КСР.

В соответствии рекомендациями UNAIDS к методикам оценки численности уязвимых групп населения[12] обычно относят:

1. Перепись населения.
2. Выборочные обследования населения.

[12] Estimating the Size of Populations at Risk for HIV Issues and Methods, UNAIDS/IMPACT/FHI, 2003.

3. Метод коэффициентов.
4. Номинационный метод.
5. Методы «захват — повторный захват».
6. Комбинация различных методов.

Наиболее легко применимым для группы ПИН и КСР как России, так и вдругих странах мира является метод коэффициентов. Метод множественных коэффициентов может основываться на совмещении данных поведенческих исследований в уязвимых группах населения и данных официальной медицинской статистики или статистики правонарушений в области оказания сексуальных услуг и оборота наркотиков, а также данных учета клиентов программ снижения вреда для ПИН и КСР. Таким образом, данные как минимум из двух источников накладываются друг на друга. Оценки получают, умножая пропорцию респондентов, которые ответили положительно на вопрос о получении какого либо рода услуг в учреждениях или службах на количество зарегистрированных в данных службах представителей этих групп.

Для реализации оценки численности группы ПИН методом коэффициентов используются результаты анкетирования респондентов ПИН и данных официальной статистики в том же регионе, в тот же временной промежуток, при этом изучается:

- Число лиц, не анонимно обратившихся за в свизи с употреблением наркотиков в наркологический диспансер в течение года.
- Число лиц, получивших экстренную (скорую) медицинскую помощь в связи с передозировкой наркотическими препаратами в течение года.
- Число ПИН, получающих лечение при ВИЧ-инфекции.
- Число лиц, получивших услуги в программах снижения вреда для ПИН в течение года.

Для реализации оценки численности группы КСР методом коэффициентов используются результаты анкетирования респондентов КСР и данных официальной статистики в том же регионе, в тот же временной промежуток, при этом изучается:

- Число лиц, привлеченных к ответственности за административное правонарушения по статье связанной с занятием проституцией.
- Число лиц, получивших услуги в программах снижения вреда для КСР в течение года.

Пример расчета реального количества ПИН в городе N

Получали антиретровирусную терапию при ВИЧ-инфекции в последние 12 месяцев 400 ПИН — жителей города. При поведенческом исследовании было выяснено,

что 5% из опрошенных ПИН получали такую терапию в последние 12 месяцев. Количество ПИН в городе = 400 X (100/5) = 8000.

ОЦЕНКА СТАДИИ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ В РОССИИ

Для определения стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе в первую очередь можно воспользоваться имеющимися данными государственного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией. Необходимо определить, какова распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных. В России беременные женщины подвергаются тестированию на ВИЧ, а также ведется учет случаев беременности у ВИЧ-позитивных женщин. Исходя их данных о количестве беременных в регионе и данных о количестве беременных среди ВИЧ инфицированных, мы можем рассчитать показатель распространенности ВИЧ среди беременных за последний год.

Показатель распространенности рассчитывается по формуле:

$$P = \frac{d}{N} \times 100$$

де P — показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в регионе,
d — количество беременных ВИЧ-позитивных женщин в регионе в изучаемом году,
N — общее количество беременных женщин в регионе в изучаемом году.

Поскольку практически все беременные женщины в Российской Федерации обследуются на ВИЧ, показатель распространенности легко рассчитать на основании данных форм государственной статистической отчетности. Количество беременных ВИЧ-позитивных женщин в городах региона в изучаемом году можно получить из данных государственной статистики, форма № 61 и формы № 32 и № 13. Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией беременных женщин рассчитывается по формуле:

ПП ВИЧ беременных женщин =	Число инфицированных ВИЧ среди беременных на изучаемой территории в изучаемом году / Число беременностей в регионе в изучаемом году = число принятых родов всего + число прерываний беременности всего	× 100 000
ПП ВИЧ беременных женщин =	ф.61 стр. 1006, п. 1 / ф.32, т.2210 стр.1, гр.01 + ф.13 т.1000 стр.1, гр.04	× 100 000

Данные о количестве инфицированных ВИЧ беременных женщин можно также получить из форм № 32 и № 13, однако в данном случае, предпочтительным источником является форма № 61, как указано в формуле. Расчет показателя распространенности ВИЧ-инфекции можно также провести отдельно для беременных, закончивших беременности родами и искусственно прервавших беременность аналогично приведенной выше методике, на основании данных представленных в формах № 32 и № 13.

Если этот показатель составляет в городах менее 1%, то решается вопрос о стадии низкого уровня распространения, или стадии концентрированной эпидемии, в данном регионе. Если показатель распространенности составляет 1% или более, то делается вывод о генерализованной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в данном регионе.

Исходя из данных скринингового тестирования уязвимых групп населения, в частности потребителей наркотиков, можно предположить нахождение территории в стадии концентрированной эпидемии. В частности если в регионе в одном из последних нескольких лет количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции в уязвимой группе составляло более 5%, то с высокой вероятностью можно предположить, что распространенность ВИЧ-инфекции в данной группе более 5%. Эти данные можно верифицировать при проведении выборочных серологических обследований представителей уязвимых групп на ВИЧ. В действительности государственная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в России очень оперативно позволяет отслеживать изменения в заболеваемости ВИЧ-инфекцией групп населения, в том числе ПИН. В частности, государственная система отчетности позволила обнаружить эпидемию ВИЧ-инфекции среди ПИН в г. Санкт-Петербурге в тот же месяц, когда были получены результаты дозорного исследования в этом городе. Однако часто ценная информация из многих источников, в том числе из форм государственной статистической отчетности, игнорируется.

К сожалению, тестирование КРС не включено в статистическую отчетность и данной информации мы не имеем.

В России группой, где регистрируется стабильный рост показателей количества выявленных, являются беременные, рис. 1. К 2002 г. количество новых случаев ВИЧ-инфекции возросло до 119,2 выявленных ВИЧ-позитивных на 100 тыс. тестированных с 0,2 в 1995 г., то есть регистрировалось ухудшение показателя в 560 раз. Показатель выявленных ВИЧ-позитивных на 100 000 обследованных беременных в 2004 г. и 2005 г. оказался даже чуть ниже, чем в 2003 г. (111,3 и 112,0 против 113,3), однако в действительности новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных было обнаружено в 2005 и 2004 гг. больше (4251 и 3940 против 3490 в 2004 г.). На нескольких территориях РФ в 2002–2004 гг. выявляемость новых случаев ВИЧ среди бере-

менных составляла около 0,5%, такой показатель свидетельствует о близости этих территорий к генерализованной эпидемии ВИЧ.

При этом мы должны учитывать, что при скрининговом тестировании на ВИЧ мы регистрируем только новые случаи ВИЧ-инфекции. Общее количество беременных в 2004 г. в стране составляло 2,9 млн., и у ВИЧ-инфицированных, по данным И.И. Баранова ГУ НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН было зарегистрировано всего в 2004 г. 11 105 беременностей. То есть показатель пораженности среди беременных составил 0,4% в 2004 г. Это означает, что страна в целом не находится в стадии генерализованной эпидемии, вместе с тем наиболее пораженные регионы страны (к ним относились: Самарская, Ленинградская, Московская, Свердловская, Ульяновская области и г. Санкт-Петербург) стоят на пороге генерализованной эпидемии, а возможно, переступили этот порог в 2005 г. Необходимо провести более подробное региональное исследование по данному вопросу.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ В РОССИИ

В России до 2005 г. инъекционное употребление наркотиков является основным путем заражения ВИЧ — 85% всех ВИЧ-инфицированных заразились инъекционным путем.

Опыт ряда стран показывает, что достигнув 10-процентного уровня распространенности среди инъекционных наркопотребителей, удельный вес пораженных в этой группе может в течение 4 лет достигнуть 40–50%[13]. Фактически это было подтверждено исследованиями во всем мире: в Эдинбурге в 1983 году распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составляла 0%, а в 1985 превысила 50%. Похожие по стремительности вспышки ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей были зарегистрированы в Нью-Йорке[14], Бангкоке[15] и других регионах. Исследования популяций потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), проведенные в Российской Федерации различными группами исследователей, показали, что удельный вес ВИЧ-инфицированных в этой группе риска варьирует от

[13] Des Jarlais D.C., Dehne K.L., Casabona J. HIV surveillance among injecting drug users // AIDS, 2001 (Apr). — Vol. 15, Suppl 3. — p. S13–22.

[14] Des Jarlais D.C., Choopanya K., Vanichseni S., Friedmann P., Raktham S., Friedman S.R. High HIV seroprevalence epidemics among injecting drug users; New York City and Bangkok // J Drug Issues, 1997. — Vol. 27(1). — p. 87–95.

[15] Stimson G.V. Global overview of injecting drug use and HIV infection: epidemic situation and effective responses // Presentation on the Intercountry Consultation for Policy Makers. London, December 7–8, 2000.

0,5 до 70% на разных территориях[16, 17]. По данным государственного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в 2001–2005 гг. выявляемость новых случаев ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей варьирует на территориях РФ от 0 до 31%.

Большой интерес представляют статистические данные о количестве ВИЧ-инфицированных среди потребителей инъекционных наркотиков, зарегистрированных в специализированных наркологических учреждениях (эти данные были впервые включены в статистическую отчетность в 2005 г.). По данным ННЦ наркологии, В.В. Киржанова наиболее высокий уровень пораженности ВИЧ-инфекцией среди ПИН в 2005 г. имел место в Калининградской и Ленинградской областях (46,2% и 33,6% соответственно), несколько ниже — в Свердловской и Челябинской областях (22,3% и 25,1% соответственно).

Среди факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией путем инъекций зарубежные авторы особое значение придают совместному использованию инъекционного оборудования, а именно: шприцев и игл. Важно, что кроме инъекционного инструментария (шприцев и игл) серьезную опасность представляют средства и инструменты, используемые в процессе приготовления и дележа раствора (емкости, ложка/крышка, фильтр, пипетка и вода), особенно, если в этом процессе используют кровь[18]. Несмотря на то, что большинством исследователей инъекционный путь передачи признается наиболее значимым в распространении ВИЧ среди наркопотребителей, имеются убедительные доказательства того, что сексуальные отношения без использования презерватива способны значительно ускорять распространение ВИЧ среди наркопотребителей и их сексуальных партнеров.

Источником данных о распространенности ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных в наркологической службе ПИН является госстатистика форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами», подтабличная строка с кодом 3000.

Показатель характеризует степень распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся за наркологической помо-

---

16 Smolskaya, T. Dehne, K.L., Development, adaptation and field testing of the tools for measuring of biological and behavioural markers used in HIV surveillance in the groups of intravenous drug users in the selected cities of the Russian Federation. UNAID/WHO, Editor. 2002, UNAIDS/WHO: St Petersburg. p. 108.

17 Смольская Т.Т., В.И. Третьякова, С.В. Огурцова, Э.А. Шилова. Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией среди потребителей наркотиков инъекционным способом. Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2002.

18 Shah S.M., Shapshak P., Rivers J.E., Stewart R.V., Weatherby N.L., Xin K.-Q., Page J.B., Chitwood D.D., Mash D.C., Vlahov D., and McCoy C.B. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary report // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1996. — Vol. 11, suppl. 3. — p. 301–306.

щью в специализированные (наркологические и психиатрические) учреждения Росздрава. Рассчитывается на основании данных в табл. 3000 формы 11. Выражается в процентах.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН (общий показатель) (в %) =	таблица 3000, графа 3, строка 1 / таблица 3000, графа 1, строка 1	× 100

В 2005 г. из общего числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) 9,3% имели ВИЧ-позитивный статус. Высокий уровень инфицирования ВИЧ (более 5%) этой категории больных зарегистрирован в 37 регионах, что составляет почти половину территорий (47%). Более 20% ПИН инфицированы ВИЧ в 9 субъектах РФ: Республика Бурятия — 81,7%, Калининградская — 46,2%, Ленинградская — 33,6%, Тверская — 32,9%, Рязанская — 32,9%, Орловская — 29,0%, Челябинская — 25,1%, Свердловская — 22,3% и Московская области — 20,2%.

Таким образом, все имеющиеся эпидемиологические данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН указывают на концентрированную стадию эпидемии в России, однако некоторые территории РФ, вероятно, находятся на начальной стадии эпидемии. Данные об увеличении заболеваемости в данной группе являются индикатором продолжающейся эпидемии в данной популяции.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МСМ

В России проводилось немного исследований пораженности данной группы ВИЧ-инфекцией. По данным рутинного тестирования в 2005 г., среди МСМ было обнаружено 0,6% ВИЧ-позитивных.

С 1991 по 1995 г. мужчины, имеющие секс с мужчинами, доминировали в общей структуре инфицированных в РФ и составляли 48,6%. Несмотря на снижение в 1999–2003 г. доли зараженных при гомосексуальных контактах среди всех инфицированных до менее 1%, в то же время ежегодно увеличивается абсолютное количество зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ. Имеются данные о продолжающемся развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в популяции мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Сокращающаяся ежегодно выборка обследованных мужчин, имевших половые контакты с мужчинами, продемонстрировала более чем двукратное в 2004–2005 гг. увеличение вероятности обнаружения ВИЧ-инфекции в этой группе по сравнению с 2003 г. Число случаев с установленным риском заражения при гомосексуальных

контактах также возрастает ежегодно. За весь период регистрации 1254 мужчины были инфицированы при гомосексуальных контактах.

Кроме того не стоит забывать, что эта группа остается труднодоступной для исследователей, поэтому как в рамках скринингового, так и в рамках дозорного исследования иногда может тестироваться нерепрезентативная часть группы МСМ.

С точки зрения ВИЧ-инфекции особенностью группы МСМ в России является широкое распространение феномена бисексуальности МСМ. По некоторым данным, 72–78% МСМ в России имеют сексуальные контакты с женщинами, с которыми часто состоят в зарегистрированном браке[19]. Таким путем ВИЧ может распространяться в гетеросексуальную часть популяции, хотя варианты профилактической работы с этой группой известны достаточно хорошо[20].

В результате дозорных исследований, проведенных в 2004–2005 гг. в Екатеринбурге, Томске и Волгограде было выяснено, что среди МСМ распространенность ВИЧ-инфекции на различных территориях составляет от 0 до 14%[21, 22].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ КСР

Коммерческий секс в РФ не запрещен, но проституция не легализована. Закон запрещает только содержание публичных домов и вовлечение несовершеннолетних. Главные особенности поведения, приводящие к заражению в этой группе, — большое количество случайных половых партнеров, незащищенный секс и потребление наркотиков. По данным всех выборочных обследований в России, пораженность группы КСР составила более 5%: Тольятти — 62%[23], Москва — 15%[24],

[19] Покровский В.В., Ерамова И.Ю. Проникновение ВИЧ в популяцию московских гомосексуалистов и распространение в ней // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1990, № 4 с. 27–30.*

[20] Johnson W.D., Hedges L.V., Diaz R.M. Interventions to modify sexual risk behaviors for preventing HIV infection in men who have sex with men (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

[21] ДОЗОРНЫЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ГРУППАХ ЛИЦ С РИСКОВАННЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРОЕКТА ООН «КОМПЛЕКСНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ/ИППП СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». СМОЛЬСКАЯ Т.Т. И СОАВТ., ВОЛГОГРАД, 2005.

[22] Исследование распространенности ВИЧ/ИППП и поведенческих факторов риска среди женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату, и мужчин, имеющих секс с мужчинами. Смольская Т.Т., Яковлева А.А., Шегай М.М., и др., презентация, г. Суздаль, 30 сентября, 2004 г.

[23] Lowndes C.M., Rhods T., Judd A., Mikhailova L., Sarang A., Rylkov A., Tichonov M., Platt L., Renton A. Female injection drug users who practice sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behavior. Abstracts of XIV International AIDS Conference, Barcelona, 2002.

Санкт-Петербург — 48%, Екатеринбург — 15%[25], Волгоград — 14%[26]. Результаты, полученные в ходе проведенных исследований, подтвердили предварительные оценки о концентрированной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в России.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОЦЕНКЕ ЧИСЛЕННОСТИ УЯЗВИМЫХ ВИЧ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Оценка численности ПИН в России

По официальным данным в 2005 г. в России было зарегистрировано 500 508 потребителей наркотиков, из них ПИН составили 369 649 человек. По данным Министерства внутренних дел, число лиц, употребляющих наркотики в России, оценивалось от 2,5–3 млн. (при темпах роста около 5% в год) [МВД, 1998] до 4 млн. по данным других исследователей[27]. В начале 2003 года в Москве официально были зарегистрированы 29 тысяч больных наркоманией и 15 тысяч состояли на учете как лица, употребляющие наркотики, однако при предъявлении этих данных официальные лица всегда сопровождали свои слова оценочными представлениями о размерах этой популяции. Так на тот же период комитет здравоохранения г. Москвы оценивал число наркозависимых и наркопотребителей в 150 тысяч и 1 миллион соответственно [Сельцовский А., 2003]. По данным других авторов, доля охваченных лечебными и профилактическими мероприятиями потребителей наркотиков не превышает 15–30% там, где проводятся специфические мероприятия по выявлению и поддержанию контакта с наркопотребителями[28]. Там же, где специфические мероприятия не проводятся, уровень охвата значительно ниже.

---

[24] Г.Г. Саламов. Уровень знаний факторов риска заражения ВИЧ у лиц, занимающихся проституцией на улицах Москвы // *Эпидемиология и инфекционные болезни, 1998, № 5 — с. 23–24.*

[25] Исследование распространенности ВИЧ/ИППП и поведенческих факторов риска среди женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату, и мужчин, имеющих секс с мужчинами. Смольская Т.Т., Яковлева А.А., Шегай М.М., и др., презентация, г. Суздаль, 30 сентября, 2004 г.

[26] Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением в Волгоградской области в рамках проекта ООН «Комплексные стратегии противодействия распространению ВИЧ/ИППП среди молодежи в Российской Федерации». Смольская Т.Т. и соавт., Волгоград, 2005.

[27] Рюль К., Покровский В., Виноградов В. Компьютерная модель «Экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России», 15 мая 2002. Источник: http://www.worldbank.org.ru/rus/statistics/hiv/

[28] Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Ружников Ю.Н., Богданов С.И., Карпец А.В., Корчагина Г.А., Шамота А.З., Колесников В.В., Койкова И.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Аменицкий В.Е., Михалева Л.Д., Мельников В.Ф., Селедцов А.М., Теркулов Р.А., Паронян И.Д., Гуртовенко В.М., Константинова Н.Я., Царев С.А. Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков под ред. Е.А. Кошкиной. М.: ННЦ Наркологии, 2005. — 246 с.

Исследований, посвященных оценке численности потребителей инъекционных наркотиков, в регионах России проведено недостаточно. Среди них следует отметить два исследования, проведенных в Самарской области. Первое проведено в Чапаевске методом повторного захвата в 1999 г.[29], в котором авторы определили распространенность употребления инъекционных наркотиков на уровне 3% среди населения в г. Чапаевске. Второе проведено в Тольятти, где распространенность инъекционного потребления составила 2,8% среди населения[30]. И в том, и в другом случае соотношение между выявленными и невыявленными ПИН составило 1:3. В Москве исследование, проведенное одностадийным номинационным методом, показало, что на каждого состоящего на наркологическом учете ПИН приходится 7 ПИН в сообществе[10]. В 2003 г. было проведено два исследования в Барнауле и Волгограде методом повторного захвата[12]. Соотношение выявленных и невыявленных ПИН составили в Волгограде 1:11, в Барнауле — 1:7,5. Распространенность инъекционного употребления наркотиков определена авторами в 2,3% среди населения в Волгограде и 2,1% среди населения в Барнауле.

Оценка численности КСР в России

Количество КСР в России неизвестно, поскольку их учет не ведется[31]. Так, по оценкам СПИД-инфосвязь (2001), только в Москве — от 30 до 150 тыс. КСР[32], Проституция в большей степени является феноменом крупных городов, по оценочным данным специалистов территориальных центров СПИДа и центров госсанэпиднадзора (ЦГСЭН), в городах КСР составляют 0,3–0,4% всего населения. Исходя из этих данных, количество КСР в России может составлять от 500 до 700 тыс. человек (0,3–0,4% городского населения).

Оценка численности МСМ в России

Поскольку СПИД как новое явление был выявлен в среде гомосексуалистов, эта группа исторически стала первой уязвимой группой. Численность этой группы населения является активно дискутируемой. В СМИ приводятся данные о 7–10% МСМ среди мужского населения. По некоторым оценкам[33], в России их доля со-

[29] Кошкина Е.А., Корякин С.А., Царев С.А. // *Вопросы наркологии. 2002. № 6. С. 46–53.*

[30] Platt L., Hickman M., Rhodes T., Mikhailova L., Vlasov A., Tilling K. et al. The prevalence of injecting drug use in a Russian city: implications for harm reduction and coverage. Addiction 2004;99:1430–1438.

[31] ОЭСР. Измерение ненаблюдаемой экономики: Руководство. М., 2003, гл. 9, п. 9.4.

[32] Estimating the Size of Populations at Risk for HIV. Issues and Methods. A joint UNAIDS/IMPACT/FHI workshop: Report and Conclusions. Report prepared by Elizabeth Pisani, May 2002.

[33] Ерамова И.Ю. Распространение ВИЧ-инфекции среди гомо- и бисексуалистов в СССР. Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н., Москва, 1991; Кон И.С. О нормализации гомосексуальности // *Сексология и сексопатология, 2003, № 2, с. 2–12.*

ставляет от 2 до 5%, или не менее 4% мужского населения, то есть 1350–3400 тыс. человек. Специалисты Федерального центра СПИДа принимают за базовое число МСМ в России 2 700 000 человек (4% мужского населения).

На основании проведенного анализа имеющейся информации о численности групп уязвимых по ВИЧ-инфекции и распространенности ВИЧ-инфекции среди населения РФ можно констатировать факт концентрированной стадии для эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. При этом эпидемия характеризуется распространенностью ВИЧ-инфекции более 5% в уязвимых группах. ВИЧ-инфекция распространяется среди ПИН, КСР и МСМ. Лица из данных групп имеют опасное в плане заражения ВИЧ поведение. В настоящий момент происходит переход ВИЧ-инфекции из групп риска в основное гетеросексуальное население. Среди беременных женщин распространенность ВИЧ составляет менее 1%. Однако ситуация быстро меняется, и 13 территорий РФ стоят на пороге генерализованной эпидемии.

Очевидным также является необходимость проведения дополнительных научнообоснованных исследований по оценке численности групп уязвимых по ВИЧ-инфекции, особенно в группах МСМ и КСР, где ранее такие исследования не были проведены.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СТИГМЕ И ДИСКРИМИНАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ

Подходы к проведению исследования по стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей были разработаны совместно специалистами социологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова Рособразования Ю.П. Авериным и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Н.Н. Ладной, В.В. Беляевой.

ВВЕДЕНИЕ

Выработка и осуществление мер на национальном уровне в ответ на распространение ВИЧ-инфекции предполагает не только проведение мероприятий по профилактике, лечению и уходу в связи с этим заболеванием, особенно среди молодежи, но и проведение коммуникационных компаний, направленных на создание для ВИЧ-инфицированных людей благоприятной социальной среды проживания и лечения, характеризующейся терпимостью, отсутствием стигматизации и дискриминации по отношению к этим людям со стороны населения, работодателей и медицинских работников.

Организация коммуникационной кампаний для решения столь сложной проблемы — создания для ВИЧ-инфицированных людей благоприятной социальной среды проживания и лечения — предполагает научно обоснованный подход к разработке её параметров. Для этого необходима оценка базовых значений стигматизации и дискриминации, с одной стороны, и, с другой стороны, терпимости по отношению к ВИЧ-инфицированным людям.

Стигматизация и дискриминация по отношению к ВИЧ-инфицированным людям проявляется как на уровне межличностного взаимодействия, так и на институциональном уровне, то есть при взаимодействии этих людей с организациями. При этом непосредственное взаимодействие происходит там, где работают и где лечатся ВИЧ-инфицированные люди. Поэтому необходима оценка базовых значений стигматизации и дискриминации, с одной стороны, и с другой стороны, терпимости по отношению к этим людям среди населения, работодателей и медицинских работников.

Цель исследования — определить уровень стигматизации, дискриминации и терпимости медицинских работников по отношению к ВИЧ-инфицированным людям для последующей коррекции программ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и в частности программ лечения ЛЖВС.

В качестве **Объектов исследования** выступают врачи, вовлеченные в оказание помощи инфицированным ВИЧ пациентам, а также средний медицинский персонал, работающий в поликлиниках и стационарах.

Предметом исследования является уровень стигматизации, дискриминации и терпимости медицинских работников по отношению к ВИЧ-инфицированным людям.

Эмпирическими объектами исследования являются:

- все категории врачей, в первую очередь инфекционисты, наркологи, дерматовенерологи, фтизиатры, акушеры, гинекологи, стоматологи, терапевты, хирурги и другие специалисты, вовлеченные в оказание помощи инфицированным ВИЧ в исследуемых регионах России;
- средний медицинский персонал, работающий в тех же учреждениях, где и врачи.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОНЯТИЙ

1. Определение Стигматизации

Стигма применительно к ВИЧ-инфицированным людям означает такое отношение к ним других людей, которое характеризуется восприятием ВИЧ-инфекции у зара-

женных ею людей как позора, «темного пятна» для них, приписыванием им в связи с их инфицированностью качеств, которые в действительности отсутствуют. **Стигматизация** по отношению к ВИЧ-инфицированным людям представляет собой усвоение населением и представителями институциональных структур (медицинскими работниками, работодателями) предвзятого негативного отношения к этим людям.

Стигматизация может происходить на эмоциональном и рациональном уровнях.

На эмоциональном уровне стигматизация означает расширение предубеждений о зараженности ВИЧ-инфекцией как о свидетельстве недостойных, неприличных, отвратительных качеств у человека, свидетельстве его развращенности, «грязного» состояния души и поведения.

На рациональном уровне стигматизация означает расширение представлений о зараженности ВИЧ-инфекцией как о свидетельстве опасности этого человека для здоровья окружающих.

Причиной стигматизации по отношению к ВИЧ-инфицированным людям часто является отсутствие знаний, распространение упрощенных, схематизированных и искаженных представлений о способах заражения человека ВИЧ-инфекцией, путях её передачи.

Протокол предназначен для определения уровня стигматизации на эмоциональном и рациональном уровнях, выявления причин её распространения.

Стигматизация по отношению к ВИЧ-инфицированным людям является одной из причин их произвольной дискриминации и нетерпимости к ним.

2. Определение Дискриминации[34]

Дискриминация вообще означает проведение различий, исключение или ограничение действий человека из-за присущих ему неотъемлемых свойств не зависимо от того, существуют или нет оправдывающие обстоятельства для таких мер.

Понимание **законной дискриминации** отличается от понимания дискриминации вообще. Понимание законной дискриминации основывается на том, что проведение различий, исключение или ограничение действий в общении между людьми происходит в связи с оправдывающими обстоятельствами, и такие действия могут быть допустимы. Право на дискриминацию может быть ограничено только законными целями и действиями, которые оговариваются в соответствующих официальных документах. В качестве таковых могут выступать, например, общественное здоро-

[34] Протокол для определения дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ/ЮНЭЙДС. Лучшие практические документы. 2000.

вье, права других людей, мораль, общественный порядок и национальная безопасность.

Принципы не допущения дискриминации предполагают, что со всеми людьми в той же самой ситуации необходимо обращаться одинаково, если не существует законных причин на дискриминацию.

Произвольная дискриминация представляет собой проведение различий, исключение или ограничение действий человека из-за присущих ему неотъемлемых свойств, несмотря на то, что отсутствуют оправдывающие обстоятельства в виде законных причин, которые оговорены в соответствующих официальных документах.

Протокол предназначен для определения произвольной дискриминации.

3. Определение толерантности

В общем смысле толерантность рассматривается как терпимость, стремление и способность к установлению и поддержанию общности с людьми, которые отличаются социальным и материальным положением, образом жизни, национальной принадлежностью, «способность к признанию или практическое признание и уважение убеждений и действий других людей»[35].

Применительно к толерантности по отношению к ВИЧ-инфицированным людям её целесообразно рассматривать как стремление и способность других людей к установлению и поддержанию общности с ВИЧ-инфицированными людьми, признание или практическое признание и уважение прав и действий ВИЧ-инфицированных людей, равных с другими людьми.

В качестве концепции измерения в рамках данного социологического исследования принята теория коммуникативной[36] толерантности. В соответствии с ней, **толерантность по отношению к ВИЧ-инфицированным людям** — это характеристика отношения личности к ним, показывающая степень переносимости ею неприятных или неприемлемых, по ее мнению, состояний, качеств и поступков ВИЧ-инфицированных людей, выступающих в качестве партнеров по взаимодействию; признание или практическое признание и уважение прав и действий ВИЧ-инфицированных людей, равных с другими людьми.

Чем меньше неприятных и неприемлемых для себя состояний находит личность в ВИЧ-инфицированных людях, тем выше у неё уровень толерантности, тем реже он осуждает ВИЧ-инфицированных людей или раздражается по поводу их отличительных особенностей.

---

[35] American Heritage Dictionary.

[36] Научно-аналитический обзор современных исследований по проблемам толерантности. Составитель и редактор Никитин В.Н. / Международный университет бизнеса и управления. 2002 г.

В рамках данного протокола исследования рассматриваются два уровня толерантности.

Первый уровень — **ситуативная толерантность,** в рамках которой фиксируется отношение данной личности к конкретному ВИЧ-инфицированному человеку, например, к соседу по дому или случайному попутчику в магазине.

Второй уровень — **типологическая толерантность,** в рамках которой фиксируется отношение данной личности к ВИЧ-инфицированному человеку как собирательному типу.

Ситуативная и типологическая толерантность обусловлена стереотипизацией отношения людей к ВИЧ-инфицированному человеку, то есть наличием в их сознании устойчивых схематических типов отношений к нему.

Протокол позволяет выявить различные схематических типы отношений к ВИЧ-инфицированному человеку, что позволит разработать мероприятия по их разрушению.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ИЗМЕРЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ИНДИКАТОРОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Состав показателей и индикаторов стигматизации и дискриминации разделен на основные дополнительные показатели и индикаторы. Основные показатели и индикаторы позволяют прямо оценить уровень стигматизации и дискриминации, дополнительные — позволяют раскрыть их причины и взгляды людей на способы снижения числа ВИЧ-инфицированных людей.

В состав предлагаемых показателей и индикаторов входят некоторые из тех, которые представлены в Предварительном перечне национальных индикаторов МиО в Российской Федерации[37] и Руководящих принципах по разработке ключевых показателей, созданных в рамках мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу[38].

[37] Предварительный перечень национальных индикаторов МиО эффективности мероприятий, обеспечивающих контроль над эпидемией ВИЧ/СПИД в Российской Федерации.

[38] Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Руководящие принципы по разработке ключевых показателей. Июль 2005 г.

Основные показатели и индикаторы

Показатели и индикаторы Стигматизации

- **Эмоциональный уровень**

Показатели и индикаторы Стигматизации на эмоциональном уровне позволяют оценить степень распространения взглядов среди медицинских работников на ВИЧ-инфицированных людей как на носителей недостойных, отвратительных качеств, свидетельствующих об их развращенности, «грязном» состоянии души и образцов поведения.

Показатель 1. Отношение среди медицинских работников к ВИЧ-инфицированным людям как к развращенным людям.

Метод измерения — вопросы:

1. ВИЧ-инфицированные люди ведут беспорядочную половую жизнь.
2. ВИЧ-инфицированные люди — это наркоманы.
3. ВИЧ-инфицированные люди — это проститутки или гомосексуалисты.
4. ВИЧ-инфицированные люди — это отбросы общества.
5. ВИЧ-инфицированные люди — это те, кто изменяют женам/мужьям.
6. ВИЧ-инфицированные люди — такие же люди как я.

Показатель 2. Чувства, которое испытывают к ВИЧ-инфицированным людям медицинские работники.

Метод измерения — вопросы:

1. Желание помочь.
2. Сочувствие.
3. Безразличие.
4. Напряжение.
5. Беспокойство.
6. Тревога.
7. Страх.
8. Брезгливость.

- **Рациональный уровень**

Показатели и индикаторы Стигматизации на рациональном уровне позволяют оценить степень распространения взглядов среди медицинских работников на ВИЧ-инфицированных людей как на опасных для здоровья окружающих из-за их зараженности.

Показатель 1. Отношение медицинских работников к ВИЧ-инфицированным людям как к людям, опасным для здоровья окружающих из-за их зараженности.

Метод измерения — вопросы:

1. ВИЧ-инфицированные люди — это разносчики смертельной заразы.
2. ВИЧ-инфицированные люди — это носители инфекции, которая легко распространяется.
3. ВИЧ-инфицированные люди могут быстро заразить каждого.
4. Если с ВИЧ-инфицированным не вступать в половой контакт или не употреблять совместно наркотики, риска заражения отсутствует

Показатели и индикаторы произвольной Дискриминации

Показатели и индикаторы произвольной Дискриминации позволяют оценить степень распространения взглядов среди медицинских работников на необходимость проведения различий между ВИЧ-инфицированными и другими людьми, на необходимость исключения из общества или ограничения действий ВИЧ-инфицированных людей.

Показатель 1. Проведение различий медицинскими работниками между ВИЧ-инфицированными и другими людьми.

Метод измерения — вопросы:

1. Способны ли ВИЧ-инфицированные люди:
   - а) Исполнять обязанности на работе, так же как и другие люди.
   - б) Заводить семью, так же как и другие люди.
   - в) Занимать общественные должности, так же как и другие люди.
   - г) Заниматься спортом, так же как и другие люди.
2. Должны ли работодатели при решении о приеме на работу учитывать ВИЧ-инфицированность.

3. Имеет ли смысл получать или продолжать образование ВИЧ-инфицированным людям.

Показатель 2. Исключение медицинскими работниками из общества ВИЧ-инфицированных людей.

Метод измерения — вопросы:

1. Могут ли ВИЧ-инфицированные люди:
   - а) Работать на общих основаниях вместе с другими людьми.
   - б) Находится на отдыхе на общих основаниях вместе с другими людьми.
   - в) Пребывать в больнице на общих основаниях вместе с другими людьми.
   - г) Отбывать наказание на общих основаниях вместе с другими людьми.
   - д) Получать медицинскую помощь, там же где все другие люди (или в специальных кабинетах в обычных поликлиниках, в специальных поликлиниках).
2. Государство должно изолировать ВИЧ-инфицированных людей в специальных учреждениях.
3. Будут ли другие люди разрешать детям ходить в детские сады, дошкольные учреждения, школы, если узнают, что в них находятся ВИЧ-инфицированные люди.
4. Что будут делать медработники, если узнают, что на приеме находится ВИЧ-инфицированный пациент.

Показатель 3. Ограничение медицинскими работниками действий ВИЧ-инфицированных людей.

Метод измерения — вопросы:

1. Если я узнаю, что в общественном месте находится ВИЧ-инфицированный человек, то я отнесусь к этому спокойно.
2. Я постараюсь уйти как можно быстрее, если рядом окажется ВИЧ-инфицированный человек.
3. ВИЧ-инфицированные люди не должны прикасаться к здоровым людям.
4. Рукопожатие с ВИЧ-инфицированным не представляет опасности для здоровых людей.
5. Нужно ли учить за государственный счет ВИЧ-инфицированных людей в вузе.

6. Может ли ВИЧ-инфицированная женщина вступать в брак со здоровым мужчиной.

7. Может ли ВИЧ-инфицированный мужчина вступать в брак со здоровой женщиной.

Показатель 4. Отношение медицинских работников к необходимости обеспечить защищенность ВИЧ-инфицированных людей.

Метод измерения — вопросы:

1. При приеме на работу:

   а) должны ли люди говорить о своей инфицированности ВИЧ;

   б) должны ли работодатели требовать справку об отсутствии ВИЧ-инфекции.

2. Должны ли списки больных ВИЧ:

   а) передаваться в больницы;

   б) распространяться во всех учебных заведениях.

3. Должны ли ВИЧ-инфицированные люди честно и открыто рассказать другим людям о своей болезни.

4. Когда медработники назначают людям анализ крови на ВИЧ-инфекцию, должны ли они информировать и получать согласие на тестирование.

Показатели и индикаторы Толерантности

Показатели и индикаторы Толерантности позволяют оценить на ситуативном и типологическом уровне степень переносимости другими людьми неприятных или неприемлемых, по их восприятию, состояний, качеств и поступков ВИЧ-инфицированных людей, выступающих в качестве партнеров по взаимодействию; признание или практическое признание и уважение прав и действий ВИЧ-инфицированных людей, равных с другими людьми.

Ситуативная толерантность

Показатель. Толерантное отношение медицинских работников к конкретным ВИЧ-инфицированным людям (процентное соотношение).

Метод измерения — вопросы:

1. ЕСЛИ БЫ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ ЗАБОЛЕЛ СПИДОМ, ЗАБОТИЛИСЬ БЫ ВЫ О НЕМ ИЛИ О НЕЙ В ВАШЕМ ДОМЕ.

2. ЕСЛИ БЫ ВЫ ЗНАЛИ, ЧТО ПРОДАВЕЦ ИЛИ ХОЗЯИН ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО МАГАЗИНА, В КОТОРЫЙ ВЫ ХОДИТЕ, БОЛЕН ВИЧ, СТАЛИ БЫ ВЫ ПОКУПАТЬ У НЕГО СВЕЖИЕ ОВОЩИ.
3. ЕСЛИ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ ЗАРАЗИЛСЯ ВИЧ, ВЫ БЫ СТАЛИ ДЕРЖАТЬ ЭТО В СЕКРЕТЕ.
4. ЕСЛИ БЫ ВЫ УЗНАЛИ, ЧТО ВАШ ЗНАКОМЫЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ, СТАЛИ БЫ ВЫ ПРОДОЛЖАТЬ С НИМ ПОДДЕРЖИВАТЬ ОТНОШЕНИЯ.

Типологическая толерантность

Показатель. Толерантное отношение медицинских работников к ВИЧ-инфицированным людям как собирательным типам (процентное соотношение).

Метод измерения — вопросы:

1. ЕСЛИ УЧИТЕЛЬ ИМЕЕТ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС, НО ХОРОШО СЕБЯ ЧУВСТВУЕТ, МОЖЕТ ЛИ ОН ИЛИ ОНА ПРОДОЛЖАТЬ ПРЕПОДАВАТЬ В ШКОЛЕ.
2. ЕСЛИ ВРАЧ ИМЕЕТ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС, НО ХОРОШО СЕБЯ ЧУВСТВУЕТ, МОЖЕТ ЛИ ОН ИЛИ ОНА ПРОДОЛЖАТЬ ПРИНИМАТЬ БОЛЬНЫХ И ПРОИЗВОДИТЬ МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.
3. ЕСЛИ СПОРТИВНЫЙ ИНСТРУКТОР ИМЕЕТ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС, НО ХОРОШО СЕБЯ ЧУВСТВУЕТ, МОЖЕТ ЛИ ОН ИЛИ ОНА ПРОДОЛЖАТЬ ПРОВОДИТЬ ТРЕНИРОВКИ С ЛЮДЬМИ.

Дополнительные показатели

Показатели и индикаторы правильного представления о путях передачи ВИЧ

Показатели и индикаторы правильного представления о путях передачи ВИЧ позволяют оценить наличие правильных знаний о них как одной из важнейших причин, снижающих уровень стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей, а так же оценить, какие неверные представления о передаче ВИЧ-инфекции существуют у медицинских работников.

ПОКАЗАТЕЛЬ. ПРОЦЕНТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРАВИЛЬНО НАЗВАВШИХ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И В ТО ЖЕ ВРЕМЯ ПРАВИЛЬНО УКАЗАЛИ НА ОСНОВНЫЕ НЕВЕРНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ВИЧ.

Метод измерения — вопросы:

1. МОЖНО ЛИ СНИЗИТЬ РИСК ПЕРЕДАЧИ ВИЧ, ЕСЛИ ИМЕТЬ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ ТОЛЬКО С ОДНИМ ВЕРНЫМ НЕИНФИЦИРОВАННЫМ ПАРТНЕРОМ.
2. МОЖНО ЛИ СНИЗИТЬ РИСК ПЕРЕДАЧИ ВИЧ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЗЕРВАТИВЫ.
3. МОЖЕТ ЛИ ЗДОРОВЫЙ НА ВИД ЧЕЛОВЕК ИМЕТЬ ВИЧ.
4. МОЖНО ЛИ ЗАРАЗИТСЯ ВИЧ ЧЕРЕЗ УКУС КОМАРА.
5. МОЖНО ЛИ ЗАРАЗИТСЯ ВИЧ ЧЕРЕЗ УКУС СОБАКИ.
6. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным людьми.
7. Можно ли заразиться ВИЧ, если пользоваться одной и той же ванной или туалетом, что и ВИЧ-инфицированный человек.
8. Можно ли заразиться ВИЧ, если съесть пищу, предложенную ВИЧ-инфицированным.

Показатель и индикаторы отношения к передаче ВИЧ от матери к ребенку

Показатель и индикаторы отношения медицинских работников к передаче ВИЧ от матери к ребенку позволяют оценить их готовность к профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции и правильность представлений о вероятности такой передачи.

Показатель. Отношение медицинских работников к мерам, которые необходимо предпринять для предотвращения заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери.

Метод измерения — вопросы:

1. Какие меры должна предпринять ВИЧ-инфицированная женщина, чтобы предотвратить заражение ребенка:
   - **а)** сделать аборт;
   - **б)** попросить сделать специальную обработку родовых путей;
   - **в)** попросить сделать кесарево сечение;
   - **г)** не использовать грудное вскармливание;

д) принимать самой и дать ребенку после рождения специальные лекарственные препараты для лечения ВИЧ-инфекции (антиретровирусные препараты);

е) сделать операцию по стерилизации, после которой она уже не сможет иметь детей.

2. Должны ли врачи предлагать ВИЧ-инфицированной женщине аборт как средство предотвращения заражения ребенка ВИЧ.

3. Должна ли ВИЧ-инфицированная женщина рожать детей.

4. Если ВИЧ-инфицированная женщина родила, всегда ли от нее заражается ребенок.

Показатели и индикаторы мнения и умонастроения медицинских работников по поводу возможности лечения ВИЧ-инфекции

Показатели и индикаторы мнения и умонастроения медицинских работников позволяют оценить их отношение к лечению ВИЧ-инфицированных людей, их готовность активно участвовать в этом.

Показатель. Отношение медицинских работников к способности эффективно бороться с распространением ВИЧ-инфекции.

Метод измерения — вопросы:

1. Как медицинские работники оценивают возможность появления профилактических вакцин для ВИЧ-инфекции.

2. Считают ли медицинские работники, что:

а) есть способы лечения для сохранения здоровья ВИЧ-инфицированных людей;

б) есть случаи излечения ВИЧ-инфицированных людей;

в) статистика, в соответствие с которой в России мало ВИЧ-инфицированных людей, является достоверной;

г) необходима социальная и социально-психологическая поддержка со стороны государственных структур для ВИЧ-инфицированных людей;

д) в России доступна помощь для ВИЧ-инфицированных людей;

е) можно что-либо сделать, чтобы помощь для ВИЧ-инфицированных людей была доступна.

3. Знание медицинских работников о порядке проведения постконтактной профилактики ВИЧ.
4. Готовы ли медицинские работники оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированныхм людям такую же, как другим больным.
5. Готовы ли медицинские работники тратить больше времени на ВИЧ-инфицированных людей по сравнению с обычными больными.

Показатели и индикаторы ощущения медицинскими работниками опасности заразиться ВИЧ-инфекцией

Показатель и индикаторы ощущения медицинскими работниками опасности заразиться ВИЧ-инфекцией позволяют оценить их отношение к риску заражения ВИЧ, и влияют на их готовность активно участвовать в его профилактике.

Показатель. Оценка медицинских работников вероятности заражения ВИЧ-инфекцией.

Метод измерения — вопросы:

1. Имеют ли медицинские работники среди знакомых ВИЧ-инфицированных людей.
2. Какова оценка медицинских работников вероятности (возможности) заразиться ВИЧ-инфекцией.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение генеральной совокупности

Стигматизация и произвольная дискриминация могут существовать на индивидуальном и институциональном уровнях, т.е. как при повседневном, так и при профессиональном общении. Протокол предназначен для определения произвольной дискриминации среди медицинских работников в процессе профессионального общения с ВИЧ-инфицированными людьми.

В качестве генеральной совокупности по отношению к медицинским работникам выступают места их профессиональной деятельности — больницы, поликлиники, центры по профилактике и борьбе со СПИДом и медицинские учреждения в системе исполнения наказания. В рамках данных учреждений опросу подлежат следующие категории медицинских работников: акушеры, хирурги, терапевты, инфекционисты, педиатры и средний медицинский персонал.

Определение выборочной совокупности

Метод формирования выборочной совокупности медицинских работников — целенаправленная выборка

В рамках данного исследования рекомендовано провести опрос 166 врачей и среднего медицинского персонала в отобранных случайным образом районах городов — центров субъектов Федерации и 104 медработника в городах, отобранных случайным образом из списка больших и средних городов субъекта Федерации. В каждом субъекте РФ будут отобраны центр по профилактике и борьбе со СПИДом и, по возможности, медицинское учреждение в системе исполнения наказания. В каждом районе отобранного в выборочную совокупность города будет выбрана одна больница и одна поликлиника (если они есть).

Список учреждений, рекомендуемых для включения в исследование в центре субъекта Федерации:

- **Одна** женская консультация и **один** родильный дом
- **Две** поликлиники
- **Один** стационар
- **Одно** дерматовенерологическое учреждение
- **Один** наркодиспансер
- **Один** тубдиспансер
- **Один** Центр СПИД

Список учреждений, рекомендуемых для включения в исследование в большом или среднем городе субъекта Федерации:

- **Одна** женская консультация и один родильный дом
- **Две** поликлиники
- **Один** стационар
- **Одно** дерматовенерологическое учреждение
- **Один** наркодиспансер
- **Один** тубдиспансер

В данных учреждениях рекомендовано опросить врачей и сопутствующий им средний медицинский персонал. Численность медицинских работников данных категорий, попавших в выборочную совокупность, будет зависеть от их действительной численности в отобранных медицинских учреждениях.

Анализ и обобщение первичных данных

Обработку и анализ данных рекомндуется проводить с помощью специального пакета программ SPSS (Statistical Package for Social Sciences), являющегося международным стандартом обработки социологической информации.

Для каждого из индикаторов необходимо рассчитать процентное распределение ответов в соответствии с принятыми шкалами. На основе значений индикаторов необходимо будет провести расчет обобщающих индексов, который будут использоваться в исследовании для оценки значений показателей.

В результате обобщения полученных данных необходимо получить ответ на следующие вопросы:

а) Каков уровень стигматизации медицинских работников по отношению к ВИЧ-инфицированным людям на эмоциональном и рациональном уровнях?

б) Каков уровень произвольной дискриминации ВИЧ-инфицированных людей со стороны медицинских работников с точки зрения проведения различий, исключения из общества, ограничения действий и обеспечения защищенности?

в) Каков уровень ситуативной и типологической толерантности медицинских работников по отношению к ВИЧ-инфицированным людям?

г) Каков уровень правильных представлений среди медицинских работников о путях профилактики передачи ВИЧ?

д) Каково отношение медицинских работников к рождению детей у ВИЧ-позитивных матерей и готовность медицинских работников к профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку?

е) Каково мнение и умонастроение медицинских работников по поводу возможности лечения ВИЧ-инфекции?

ж) Каков уровень ощущений медицинских работников опасности заразиться ВИЧ-инфекцией?

Данные исследования необходимо представить в нескольких социальных срезах: в целом по субъекту РФ и с разбивкой по отдельным социальным группам.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Опросники для групп населения:

1. **ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ (ПИН)**
2. **ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА (КСР)**
3. **ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО СТИГМЕ И ДИСКРИМИНАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ**

В руководстве приведены опросные листы для ПИН, КСР разработанные коллективом авторов:

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

Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит» Гурвич И.Н., Русакова М.М., Яковлева А.А.,

Управление по наркотикам и преступности Организации объединенных наций К.В. Вышинский,

Всемирной организации здравоохранения М.С. Корнилова,

Национальный Научный центр наркологии Минздравсоцразвития России ФГУН НИИ Наркологии С.О. Мохначев.

При разработке опросных листов для ПИН и КСР были использованы вопросники, приведенные в «Руководстве по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ» FHI, IMPACT, USAID, DFID, WHO, 2004, а также вопросники, созданные под руководством проф. Т.Т. Смольской, при участии специалистов Северо-Западного окружного ценра по профилактике и борьбе со СПИД.

Опросный лист для медицинских работников по стигме и дискриминации вич-инфицированных людей был разработан совместно специалистами социологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова Рособразования Ю.П. Авериным и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Н.Н. Ладной, В.В. Беляевой.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ (ПИН)

Разработан для проведения исследования «ВЕГА» коллективом авторов:

Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит» Гурвич И.Н., Русакова М.М., Яковлева А.А.,

Федеральный научно-методического центр по профилактике и борьбе со СПИДом Н.Н. Ладная,

Управление по наркотикам и преступности Организации объединенных наций К.В. Вышинский,

Всемирной организации здравоохранения М.С. Корнилова,

Национальный Научный центр наркологии Минздравсоцразвития России ФГУН НИИ Наркологии С.О. Мохначев.

При разработке опросных листов для ПИН и КСР были использованы вопросники, приведенные в «Руководстве по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ» FHI, IMPACT, USAID, DFID, WHO, 2004, а также вопросники, созданные под руководством проф. Т.Т. Смольской, при участии специалистов Северо-Западного окружного ценра по профилактике и борьбе со СПИД и апробированные в регионах Российской Федерации.

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МОСКОВСКИЙ ОФИС	ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ	РОО СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ «СТЕЛЛИТ»
(495) 787 2167	(495) 365 3009	(812) 445 2893

«ВЕГА»: ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЯЗВИМЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЯ — 2007

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН)

001 ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР [___] [___] [___] [___] [___] [___] [___]

002 ГОРОД (НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ) [___]

003 МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСА [___] [___]

Здравствуйте!

Всемирная организация здравоохранения и Федеральный центр СПИД России проводят в нашем городе исследование. Цель исследования — изучение поведения, связанного с риском заражения ВИЧ. Исследование предполагает интервью о Ваших знаниях, поведении и мнениях относительно проблемы ВИЧ/СПИДа. Результаты исследования позволят более эффективно осуществлять профилактические и лечебные программы по ВИЧ/СПИДу.

ДАННЫЙ ПУТЕВОДИТЕЛЬ ИНТЕРВЬЮ ДОЛЖЕН ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ **ТОЛЬКО** ДЛЯ ОПРОСА **АКТУАЛЬНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ**, КОТОРЫЕ **НЕ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ В ДАННОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ТЕКУЩЕМ ГОДУ**. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ РЕСПОНДЕНТА КРИТЕРИЯМ ОТБОРА ЗАДАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

004. Употребляли ли Вы наркотики при помощи инъекций в течение прошлого месяца?

(В данном исследовании под «наркотиками» подразумеваются психоактивные вещества, использование которых не связано с медицинскими показаниями, является нарушением закона и вызывает зависимость).

	1. Да	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ 005
	2. Нет	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ А

005. Скажите, не являлись ли Вы участником данного исследования в текущем году?

	1. Да, являлся(ась)	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ А
	2. Нет, не являлся(ась)	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ СОГЛАСИЯ

Конфиденциальность и согласие:

В рамках интервью, мы поговорим с Вами о Вашем здоровье, образе жизни и знаниях в контексте ВИЧ-инфекции. Интервью охватит широкий круг вопросов, поэтому наша беседа займет около получаса.

Мне необходимо задать Вам довольно личные вопросы, на которые некоторым людям бывает трудно отвечать. Ваши ответы на вопросы нам очень важны; это поможет нам лучше понять, что люди думают, говорят и делают относительно интересующей нас проблемы. Однако, если по каким-то причинам Вам будет неудобно отвечать на какой-то вопрос, Вы можете не отвечать на него, и можете прекратить нашу беседу, в любой момент, когда захотите.

Ваше участие в исследовании является полностью анонимным: Ваши имя и фамилия нигде не будут указаны, и Вы никогда не будете упомянуты где-либо в связи с теми сведениями, которые Вы мне сообщите. Мы гарантируем полную конфиденциальность той информации, которую Вы мне сообщите: Ваши ответы ни в коем случае не будут разглашены. Мы будем очень благодарны Вам за помощь в проведении исследования. Согласны ли Вы участвовать в исследовании?

_____

Подпись интервьюера, подтверждающая получение устного информированного согласия респондента)

006 ИНТЕРВЬЮЕР: Код [__] [__] Ф.И.О. _____

007 ОПРОС ПРОВЕДЕН Дата ___ / ___ / _____

ПРОВЕРЕНО (Подпись руководителя сбора данных) _____ Дата ___ / ___ / ____

РАЗДЕЛ 1: СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

101. *(Отметьте пол респондента).*

	1. Мужской		2. Женский

102. Назовите, пожалуйста, Ваш возраст.

Число исполнившихся лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

103. **Давно ли Вы живете в** _____? *(Название города, в котором проводится исследование).*

(Если респондент проживает в данном городе с рождения, то поставьте число, равное количеству исполнившихся лет; если менее года — поставьте «00»).

Число лет проживания [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **104–106** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ПРОЖИВАЮТ В ДАННОМ ГОРОДЕ С РОЖДЕНИЯ (КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНИВШИХСЯ ЛЕТ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВУ ЛЕТ ПРОЖИВАНИЯ В ГОРОДЕ). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **106**.

104. Укажите место, откуда Вы прибыли в наш город. *(Впишите для России — название региона, для других стран — страны).* _____

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

105. Вы приехали …

	1. … из сельской местности		5. … из столичного города
	2. … из поселка городского типа		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. … из районного центра		99. Ответа нет
	4. … из областного центра		

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

106. Ваше образование? (*Уже полученное на момент проведения интервью*).

	1. Начальное		6. Высшее
	2. Среднее общее		7. Аспирантура, ученая степень
	3. Профессионально-техническое		88. Не помню / не желаю отвечать
	4. Среднее специальное		99. Ответа нет
	5. Незаконченное высшее		

107. Назовите количество лет, в течение которых Вы, в общей сложности, учились. (*Включая общеобразовательную школу*)

Число лет обучения [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

108. Состоите ли Вы в зарегистрированном браке или проживаете с кем-либо в гражданском сожительстве?

	1. Состоит в зарегистрированном браке и проживает совместно с супругой(ом)		4. Не состоит в зарегистрированном браке, но проживает с партнером в гражданском сожительстве
	2. Состоит в зарегистрированном браке, но проживает с другим партнером в гражданском сожительстве		5. Не состоит в зарегистрированном браке и не проживает с партнером в гражданском сожительстве
	3. Состоит в зарегистрированном браке, но проживает отдельно от супруги(а) или иного партнера		88. Не помню / не желаю отвечать
			99. Ответа нет

109. **Имеете ли Вы постоянное место работы?** (*«Постоянное место работы» предполагает оформление сотрудника согласно трудовому законодательству и является источником его постоянного дохода*).

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ

СЛЕДУЮЩИЕ НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАШЕМ ОПЫТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОПЬЯНЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ.

201. Можно ли Вас отнести к полным трезвенникам, т.е. к людям, не употреблявшим никаких, даже слабых, алкогольных напитков в течение всей своей жизни?

	1. Да, можно		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, нельзя		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **202–205** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КТО КОГДА-ЛИБО В ЖИЗНИ УПОТРЕБЛЯЛ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **206**.

202. Назовите свой возраст, когда Вы впервые попробовали алкоголь, включая разовое или случайное употребление. *(В данном случае имеется ввиду разовое употребление как минимум одной дозы алкоголя, а именно: около 50 грамм или стопка водки или иного крепкого алкоголя, около 0,5 л или бутылка/банка пива или слабоалкогольного коктейля, около 150 грамм или бокал вина.)*

(Впишите число полных лет)

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

203. Употребляли ли Вы какие-либо алкогольные напитки, даже легкие, в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **204–205** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КТО В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ УПОТРЕБЛЯЛ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **206**.

204. Употребляли ли Вы алкоголь в течение последних 30-и дней?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **205** — ТОЛЬКО ДЛЯ УПОТРЕБЛЯВШИХ АЛКОГОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **206**.

205. Укажите частоту употребления Вами алкоголя в течение последних 30-и дней.

	1. Практически каждый день		5. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Около одного раза в неделю		99. Ответа нет
	4. Реже одного раза в неделю		

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ (продолжение)

ВОПРОСЫ — ДЛЯ ВСЕХ!

206. Давно ли Вы употребляете наркотики? Укажите время, прошедшее с момента первой пробы наркотиков до нашей беседы. *(В данном исследовании под «наркотиками» подразумеваются психоактивные вещества, использование которых не связано с медицинскими показаниями, является нарушением закона и вызывает зависимость).*

(Впишите число полных лет и месяцев. Поставьте «00», если респондент употребляет наркотики менее месяца).

Число лет [___] [___]

Число месяцев [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

207. Употребляли ли Вы наркотики любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом когда-либо в течение жизни?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **208–211** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ЛЮБЫМ НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ КОГДА-ЛИБО В ТЕЧЕНИИ ЖИЗНИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **214**.

208. Употребляли ли Вы наркотики любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом в течение последних 12 месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **208–211** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ЛЮБЫМ НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **214**.

209. Назовите наркотические вещества, использовавшиеся Вами любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом в течение последних 12 месяцев.

(Прочитайте сначала весь перечень. Респондент может назвать несколько наркотиков. Отметьте ответ по каждой строке. Впишите другие варианты, названные респондентом).

	Да	Нет
1. Героин	1	2
2. Опий-сырец, маковая соломка	1	2
3. Кулинарный мак	1	2
4. Дезоморфин	1	2
5. Кодеин	1	2
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	1	2
7. Терпинкод, пенталгин	1	2
8. Метадон	1	2
9. Кокаин и крэк	1	2
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	1	2
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	1	2
12. Реланиум, феназепам	1	2
13. Винт, первитин, спид, фенамин	1	2
14. ЛСД	1	2
15. Кетамин	1	2
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	1	2
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	1	2
18. Димедрол, пипальфен	1	2
19. Другое (*впишите*)_____	1	2
20. Другое (*впишите*)_____	1	2
21. Другое (*впишите*)_____	1	2

210. Употребляли ли Вы наркотики любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом в течение последних 30-и дней?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ (продолжение)

ВОПРОС **211** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-и ДНЕЙ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ЛЮБЫМ НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **212**.

211. Часто ли за последние 30-и дней Вы употребляли различные наркотические вещества любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом? (*Отметьте ответ по каждой строке. Впишите другие варианты, названные респондентом, в В209*).

	Ни разу	Однократно	2–3 раза	Приблизительно раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Практически ежедневно	2–3 раза в день	4 раза в день и чаще	Не помню / не желаю отвечать	Ответа нет
1. Героин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
2. Опий-сырец, маковая соломка	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
3. Кулинарный мак	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
4. Дезоморфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
5. Кодеин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
7. Терпинкод, пенталгин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
8. Метадон	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
9. Кокаин и крэк	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
12. Реланиум, феназепам	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
13. Винт, первитин, спид, фенамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
14. ЛСД	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
15. Кетамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99

	Ни разу	Однократно	2–3 раза	Приблизительно раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Практически ежедневно	2–3 раза в день	4 раза в день и чаще	Не помню / не желаю отвечать	Ответа нет
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
18. Димедрол, пипальфен	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
19. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
20. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
21. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ (продолжение)

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

212. Давно ли Вы употребляете наркотики ИНЪЕКЦИОННО? Укажите время, прошедшее от первой инъекции до момента нашей беседы.

(Впишите число полных лет и месяцев. Поставьте «00», если респондент употребляет наркотики инъекционно менее месяца).

Число лет [___] [___]

Число месяцев [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

213. Назовите свой возраст, когда Вы впервые использовали наркотики при помощи инъекции (сделали себе укол сами или его сделал кто-то другой).

(Впишите число полных лет. Сравните с ответом на предыдущий вопрос и укажите здесь наиболее точный ответ.)

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

214. Назовите наркотики, использовавшиеся Вами при помощи ИНЪЕКЦИЙ в течение последних 12 месяцев. *(Прочитайте сначала весь перечень. Респондент может назвать несколько наркотиков. Отметьте ответ по каждой строк).*

	Да	Нет
1. Героин	1	2
2. Опий-сырец, маковая соломка	1	2
3. Кулинарный мак	1	2
4. Дезоморфин	1	2
5. Кодеин	1	2
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	1	2
7. Терпинкод, пенталгин	1	2
8. Метадон	1	2
9. Кокаин и крэк	1	2
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	1	2
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	1	2
12. Реланиум, феназепам	1	2
13. Винт, первитин, спид, фенамин	1	2
14. ЛСД	1	2
15. Кетамин	1	2
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	1	2
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	1	2
18. Димедрол, пипальфен	1	2
19. Другое (*впишите*)_____	1	2
20. Другое (*впишите*)_____	1	2
21. Другое (*впишите*)_____	1	2

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ (продолжение)

215. Часто ли за последние 30-и дней Вы употребляли различные наркотические вещества любым ИНЪЕКЦИОННЫМ способом? *(Отметьте ответ по каждой строке. Впишите другие варианты, названные респондентом, в В209).*

	Ни разу	Однократно	2–3 раза	Приблизительно раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Практически ежедневно	2–3 раза в день	4 раза в день и чаще	Не помню / не желаю отвечать	Ответа нет
1. Героин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
2. Опий-сырец, маковая соломка	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
3. Кулинарный мак	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
4. Дезоморфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
5. Кодеин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
7. Терпинкод, пенталгин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
8. Метадон	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
9. Кокаин и крэк	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
12. Реланиум, феназепам	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
13. Винт, первитин, спид, фенамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
14. ЛСД	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
15. Кетамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
18. Димедрол, пипальфен	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
19. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
20. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
21. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99

216. Обращались ли Вы когда-либо за помощью в связи с употреблением Вами наркотиков в государственный наркологический диспансер или кабинет, расположенный в ЛЮБОМ городе нашей страны, безотносительно, по своей ли инициативе или по направлению каких-либо учреждений?

	1. Да, обращался (ась)		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не обращался (ась)		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **217–218** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ КОГДА-ЛИБО ОБРАЩАЛИСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **219**.

217. Укажите год, когда Вы обращались в государственное наркологическое учреждение в последний раз? *(Впишите год.)*

Год [_] [_][_] [_]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

218. Обращались ли Вы по своей инициативе или по инициативе других людей или организаций (например, правоохранительных органов и пр.) за получением помощи/экспертизы в государственный наркологический диспансер или кабинет, расположенный в НАШЕМ городе, в течение последних 12 месяцев?

	1. Да, обращался (ась)		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не обращался (ась)		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

219. Не было ли у Вас явлений передозировки наркотика в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да, были		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **220–221** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, У КОГО БЫЛИ ЯВЛЕНИЯ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАРКОТИКИ, ХОТЯ БЫ ОДНАЖДЫ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **РАЗДЕЛУ 3.**

220. Оказывали ли Вам в НАШЕМ городе скорую или неотложную медицинскую помощь из-за передозировки наркотика хотя бы однажды, в течение последних 12 месяцев?

	1. Да, обращался (ась)		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не обращался (ась)		99. Ответа нет

ВОПРОС **221** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КТО ОБРАЩАЛСЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ИЗ-ЗА ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАРКОТИКАМИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **РАЗДЕЛУ 3.**

221. Лечились ли Вы в течение последних 12-и месяцев из-за передозировки наркотика в больнице?

	1. Да, лечился (лась)		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не лечился (лась)		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 3: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГЛ И ШПРИЦЕВ

ТЕПЕРЬ МНЕ НУЖНО ЗАДАТЬ ВАМ НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ ОБ ИНЪЕКЦИЯХ, КОТОРЫЕ ВЫ ДЕЛАЕТЕ СЕБЕ САМИ ИЛИ КОТОРЫЕ ВАМ ДЕЛАЕТ КТО-ТО ДРУГОЙ.

301. Вспомните свою ПОСЛЕДНЮЮ инъекцию. Использовали ли Вы иглу и/или шприц, которыми до Вас пользовался кто-то другой?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

302. Вспомните о введении Вами наркотиков инъекционно в течение последних 30-и дней. Часто ли Вы за это время использовали иглу и/или шприц, которыми до Вас пользовался кто-то другой?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **303–305** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ИСПОЛЬЗОВАЛИ «ЧУЖОЙ» ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **306**.

303. Укажите, хотя бы приблизительно, количество человек, которые пользовались инструментарием для инъекций совместно с Вами в течение последних 30-и дней. (*Впишите число*).

Количество человек [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

304. Назовите, пожалуйста, тех лиц, с которыми Вы пользовались одной и той же иглой и/или одним и тем же шприцем в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Постоянный половой партнер	1	2
2. Непостоянный половой партнер	1	2
3. Приятель, друг, подруга	1	2
4. Кто-то из компании употребляющих наркотики	1	2
5. Знакомый по тюремному заключению	1	2
6. Кто-то другой	1	2

305. Назовите, пожалуйста, где именно Вы делали инъекции уже использованными кем-то иглой и/или шприцем в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. У себя дома	1	2
2. Дома у приятеля, друга, подруги	1	2
3. Дома у наркодилера	1	2
4. Дома у малознакомых или незнакомых людей	1	2
5. В клубе, на дискотеке, на концерте	1	2
6. В общественном туалете	1	2
7. В транспорте	1	2
8. На улице, на бульваре, в парке	1	2
9. В подъезде	1	2
10. В школе, училище, ВУЗе	1	2
11. В местах лишения свободы	1	2
12. В другом месте	1	2

306. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы промывали или очищали перед инъекцией уже использованные кем-то иглы и/или шприцы?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОС **307** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ПРОМЫВАЛИ ИЛИ ОЧИЩАЛИ УЖЕ ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИГЛЫ И/ИЛИ ШПРИЦЫ ПЕРЕД ИНЪЕКЦИЕЙ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **308**.

307. Назовите, пожалуйста, как именно Вы обычно промывали или очищали уже использованные иглы и/или шприцы перед инъекцией?

(Не зачитывайте варианты ответов. Отметьте все ответы, названные респондентом).

	Да	Нет
1. Промывал (а) холодной водой	1	2
2. Промывал (а) горячей водой	1	2
3. Кипятил (а)	1	2
4. Использовал (а) хлорсодержащие растворы (отбеливатель)	1	2
5. Использовал (а) спирт, водку или иной содержащий алкоголь раствор	1	2
6. Другое (впишите, что именно) _____ _____ _____	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

308. Часто ли в течение последних 30-и дней для внутривенного введения наркотика Вы использовали стерильные иглы и/или шприцы, т.е. те, которыми до Вас никто не пользовался?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОС **309** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ИМЕЛИ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕРИЛЬНЫХ ИГЛ И/ИЛИ ШПРИЦЕВ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАРКОТИКОВ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **310**.

309. Назовите, пожалуйста, где именно Вы делали инъекции стерильными иглой и/или шприцем в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. У себя дома	1	2
2. Дома у приятеля, друга, подруги	1	2
3. Дома у наркодилера	1	2
4. Дома у малознакомых или незнакомых людей	1	2
5. В клубе, на дискотеке, на концерте	1	2
6. В общественном туалете	1	2
7. В транспорте	1	2
8. На улице, на бульваре, в парке	1	2
9. В подъезде	1	2
10. В школе, училище, ВУЗе	1	2
11. В местах лишения свободы	1	2
12. В другом месте	1	2

РАЗДЕЛ 3: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГЛ И ШПРИЦЕВ (продолжение)

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

310. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы отдавали, одалживали или продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы другим потребителям наркотиков?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **311–312** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ПЕРЕДАВАЛИ СВОИ ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИГЛЫ И/ИЛИ ШПРИЦЫ ДРУГИМ ЛЮДЯМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **313**.

311. Укажите, хотя бы приблизительно, количество человек, которым в течение последних 30-и дней Вы отдавали, одалживали или продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы.

Количество человек [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

312. Назовите, пожалуйста, тех лиц, которым Вы отдавали, одалживали или продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Постоянный половой партнер	1	2
2. Непостоянный половой партнер	1	2
3. Приятель, друг, подруга	1	2
4. Кто-то из компании употребляющих наркотики	1	2
5. Знакомый по тюремному заключению	1	2
6. Кто-то другой	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

313. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы использовали для инъекции шприц, уже наполненный наркотиком (т.е. Вы не видели, как наполнялся шприц)?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

314. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы наполняли свой шприц раствором наркотика из общей емкости (например, из общего шприца-дозатора, чужого шприца, ложки, кружки, флакона и т.д.)?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

315. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы пользовались общей посудой, флаконами и/или контейнерами, ватой и/или фильтрами при приготовлении и внутривенном введении наркотиков?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

316. Часто ли в течение последних 30-и дней для промывки своего шприца и/или иглы Вы пользовались общей емкостью с водой вместе с другими людьми?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

317. Пользовались ли Вы стерильной иглой и/или шприцем во время последнего употребления инъекционных наркотиков?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

318. Можете ли Вы получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы, когда они Вам нужны?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **319** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ МОГУТ ПРИОБРЕСТИ СТЕРИЛЬНЫЕ ИГЛЫ И/ИЛИ ШПРИЦЫ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **320**.

319. Уточните, пожалуйста, места и лиц, у которых Вы можете получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы. *(Не читайте варианты ответов! Уточните полноту их перечня дополнительным вопросом: «где-то еще?». Отметьте ответ по каждой строке.)*

	Да	Нет
1. В аптеке	1	2
2. У медицинского работника	1	2
3. В каком-то магазине, торговой точке	1	2
4. В больнице	1	2
5. У работника фармацевтической фирмы	1	2
6. У родственника или члена семьи	1	2
7. У сексуального партнера	1	2
8. У друзей	1	2
9. У других потребителей наркотиков	1	2
10. По программе обмена шприцев	1	2
11. Украсть там, где они выдаются для работы	1	2
12. Купить на улице	1	2

ВОПРОС **320** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ НЕ МОГУТ ПРИОБРЕСТИ СТЕРИЛЬНЫЕ ИГЛЫ ИЛИ ШПРИЦЫ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **321**.

320. Назовите, пожалуйста, одну основную причину, по которой Вы обычно не можете получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы.

	1. Нет денег		3. Места, где можно приобрести инструментарий, не работают в нужное время
	2. Нет времени		4. Другое (*впишите*) _____ _____
	99. Ответа нет		88. Не помню / не желаю отвечать

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

321. Вспомните, пожалуйста, компанию людей, совместно с которыми Вы обычно употребляете наркотики. Нет ли среди них ВИЧ-инфицированных?

	1. Да, есть		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

401. Вступали ли Вы когда-либо в жизни в половую связь? *(Под «половой связью» в данном исследовании подразумевается оральный, вагинальный и анальный, т.е. проникающий, сексуальный контакт).*

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ КОГДА-ЛИБО В ЖИЗНИ ВСТУПАЛИ В ПОЛОВУЮ СВЯЗЬ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 5**.

402. Укажите, пожалуйста, свой возраст на момент Вашего первого вступления в половую связь. *(Впишите число полных лет).*

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

403. Вступали ли Вы в половую связь в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ВСТУПАЛИ В ПОЛОВУЮ СВЯЗЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 5**.

404. Были ли у Вас половые контакты за последний месяц?

	1. Да, были		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было		99. Ответа нет

405. Вспомните, пожалуйста, Ваш последний по времени половой контакт. Пользовались ли Вы и Ваш партнер презервативом?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

406. ФОРМУЛИРОВКА ВОПРОСА ДЛЯ МУЖЧИН: Вспомните женщин, с которыми у Вас были сексуальные отношения в течение последних 12-и месяцев.

ФОРМУЛИРОВКА ВОПРОСА ДЛЯ ЖЕНЩИН: Вспомните мужчин, с которыми у Вас были сексуальные отношения в течение последних 12-и месяцев.

Укажите общее количество Ваших сексуальных партнеров за последние 12-и месяцев.

(Впишите число. Если Не помню / не желаю отвечать, попросите назвать примерное количество).

Количество сексуальных партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

407. Среди всех Ваших сексуальных партнеров за последние 12 месяцев было…?

(Впишите число. Сравните с ответом на предыдущий вопрос).

А) «ПОСТОЯННЫХ» партнеров *(включаются официальный(ая) или гражданский(ая) муж/жена, «молодой человек» / «девушка», «бойфренд» / «гелфрэнд», «любовник» / «любовница»)*

Количество «ПОСТОЯННЫХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

Б) «КОММЕРЧЕСКИХ» партнеров *(включаются лица, у которых получали сексуальные услуги в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение — «проститутки», «секс-работницы/работники» и т.п.; или которым продавали сексуальные услуги в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение — «клиенты»)*

Количество «КОММЕРЧЕСКИХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

В) «СЛУЧАЙНЫЕ» партнеры *(включаются лица, с которыми не состоят в гражданском или официальном браке либо иных близких отношениях, не проживают совместно, не продают или покупают сексуальные услуги в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение)*

Количество «СЛУЧАЙНЫХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **408–411** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УКАЗАЛИ НА НАЛИЧИЕ «ПОСТОЯННЫХ» СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ (см. вопрос 407А). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **412**.

408. Вспомните Вашего последнего «ПОСТОЯННОГО» сексуального партнера и последний половой контакт с ним. Употребляли ли Вы перед этим наркотики?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

409. Вспомните, пожалуйста, использовали ли Вы и Ваш «постоянный» партнер презерватив при этом последнем половом контакте?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **410** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ С «ПОСТОЯННЫМ» ПАРТНЕРОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **411**.

410. Укажите причину, по которой Вы и Ваш «постоянный» партнер не использовали презерватив при последнем половом контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

411. В целом, часто ли Вы использовали презерватив при половых контактах с «постоянными» партнерами в течение последних 12-и месяцев?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (продолжение)

ВОПРОСЫ **412–416** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УКАЗАЛИ НА НАЛИЧИЕ «КОММЕРЧЕСКИХ» СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ (см. вопрос 407Б). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **417**.

412. Вспомните Ваших «КОММЕРЧЕСКИХ» сексуальных партнеров за последние 12 месяцев. В общем, много ли было… *(Впишите число. Сравните с ответом на вопрос 404Б).*

А) Партнеров, которым Вы продавали сексуальные услуги за деньги, наркотики или иное вознаграждение

Количество партнеров, которым ПРОДАВАЛИ [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

Б) Партнеров, у которых Вы покупали сексуальные услуги за деньги, наркотики или иное вознаграждение

Количество партнеров, у которых ПОКУПАЛИ [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

413. Вспомните Вашего последнего «коммерческого» сексуального партнера и последний половой контакт с ним. Употребляли ли Вы перед этим наркотики?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

414. Вспомните, пожалуйста, использовали ли Вы и Ваш «коммерческий» партнер презерватив при этом последнем половом контакте?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **415** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ С «КОММЕРЧЕСКИМ» ПАРТНЕРОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **416**.

415. Укажите причину, по которой Вы и Ваш «коммерческий» партнер не использовали презерватив при последнем половом контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

416. В целом часто ли Вы использовали презерватив при половых контактах с «коммерческими» партнерами в течение последних 12-и месяцев?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **416–420** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УКАЗАЛИ НА НАЛИЧИЕ «СЛУЧАЙНЫХ» СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ (см. вопрос 407С). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **421**.

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (продолжение)

416. Вспомните Вашего последнего «СЛУЧАЙНОГО» сексуального партнера и последний половой контакт с ним. Употребляли ли Вы перед этим наркотики?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

417. Вспомните, пожалуйста, использовали ли Вы и Ваш «случайный» партнер презерватив при этом последнем половом контакте?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **418** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ СО «СЛУЧАЙНЫМ» ПАРТНЕРОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **419**.

418. Укажите причину, по которой Вы и Ваш «случайный» партнер не использовали презерватив при последнем половом контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

419. Часто ли Вы использовали презерватив при половых контактах со «случайными» партнерами в течение последних 12 месяцев?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **420–431** — ТОЛЬКО ДЛЯ РЕСПОНДЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА! ПРИ ОПРОСЕ РЕСПОНДЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **432**.

420. Перед этим мы говорили о Ваших сексуальных партнерах-женщинах. Были ли у Вас когда-либо половые контакты с партнерами-МУЖЧИНАМИ? (*В данном случае под «половыми контактами» подразумеваются только анальные контакты — проникающие сексуальные контакты с введением полового члена в заднепроходное отверстие*).

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **421–431** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ МУЖЧИН, У КОТОРЫХ КОГДА-ЛИБО В ЖИЗНИ БЫЛИ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С ПАРТНЕРАМИ-МУЖЧИНАМИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **432**.

421. Были ли у Вас половые контакты с партнерами-мужчинами в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **422–431** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ МУЖЧИН, У КОТОРЫХ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ БЫЛИ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С ПАРТНЕРАМИ-МУЖЧИНАМИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **432**.

422. Укажите общее число сексуальных партнеров-мужчин, с которыми у Вас были половые контакты за последние 12 месяцев.

Число партнеров-МУЖЧИН [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (продолжение)

423. Пожалуйста, вспомните, были ли у Вас в течение последних 12 месяцев ОРАЛЬНЫЕ половые контакты с мужчинами, т.е. такие, когда Вы или Ваш партнер вводили половой член в рот?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **424–425** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ МУЖЧИН, У КОТОРЫХ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ БЫЛИ ОРАЛЬНЫЕ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С ПАРТНЕРАМИ-МУЖЧИНАМИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **426**.

424. Вспомните Ваш последний оральный половой контакт с последним партером — мужчиной из числа тех, с которым у Вас был оральный секс. Использовали ли Вы и Ваш партнер презерватив?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **425** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ОРАЛЬНОМ КОНТАКТЕ С ПАРТНЕРОМ-МУЖЧИНОЙ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **426**.

425. Укажите причину, по которой Вы и Ваш партнер-мужчина не использовали презерватив при последнем оральном контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

426. Пожалуйста, вспомните, были ли у Вас в течение последних 12 месяцев АНАЛЬНЫЕ половые контакты с мужчинами, т.е. такие, когда Вы или Ваш партнер вводили половой член в анальное отверстие?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (окончание)

ВОПРОСЫ **427–429** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ МУЖЧИН, У КОТОРЫХ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ БЫЛИ АНАЛЬНЫЕ ПОЛОВЫЕ КОНТАКТЫ С ПАРТНЕРАМИ-МУЖЧИНАМИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **430**.

427. Пожалуйста, укажите, частоту случаев, когда Вы были «вводящим» («активным») или «принимающим» («пассивным») партнером в течение последних 12 месяцев.

	1. Всегда только «вводящим»
	2. В большинстве случаев «вводящим»
	3. Приблизительно в половине случаев «вводящим», а в половине — «принимающим»
	4. В большинстве случаев «принимающим»
	5. Всегда только «принимающим»
	88. Не помню / не желаю отвечать
	99. Ответа нет

428. Вспомните Ваш последний анальный половой контакт с последним партнером — мужчиной из числа тех, с которыми у Вас был анальный секс. Использовали ли Вы и Ваш партнер презерватив при этом последнем анальном контакте?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **429** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ АНАЛЬНОМ КОНТАКТЕ С ПАРТНЕРОМ-МУЖЧИНОЙ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **430**.

429. Укажите причину, по которой Вы и Ваш партнер-мужчина не использовали презерватив при последнем анальном контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

430. Вспомните Вашего последнего сексуального партнера-мужчину и последний половой контакт с ним. Употребляли ли Вы перед этим наркотики?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

431. Вспомните, пожалуйста, всех Ваших РАЗЛИЧНЫХ половых партнеров за последние 12 месяцев. Были ли среди них лица, никогда в жизни не употреблявшие наркотики инъекционным путем?

	1. Да, были		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было		99. Ответа нет

432. Вспомните, пожалуйста, всех Ваших РАЗЛИЧНЫХ половых партнеров за последние 12 месяцев. Были ли среди них лица, никогда в жизни не употреблявшие наркотики инъекционным путем?

	1. Да, были		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было		99. Ответа нет

433. А были ли среди всех Ваших партнеров, с которыми Вы вступали в половые контакты за последние 12 месяцев, ВИЧ-инфицированные?

	1. Да, были		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 5: ИНФЕКЦИИ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАРАЖЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, И ИМЕЮЩИЕ СХОДНЫЕ С НЕЙ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

501. Слышали ли Вы когда-либо об инфекциях, передающихся половым путем (ИППП)?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

502. Был ли Вам поставлен диагноз ИППП в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **503–505** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫМ БЫЛ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ ИППП В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **506**.

503. Укажите, какой именно диагноз ИППП Вам был поставлен в течение последних 12-и месяцев? (*Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке*).

	Да	Нет
1. Трихомониаз	1	2
2. Гонорея	1	2
3. Хламидиоз	1	2
4. Сифилис	1	2
5. Герпес генитальный	1	2
6. Другое (*впишите*) _____	1	2

504. Лечили ли Вы ИППП в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **505** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ЛЕЧИЛИ ИППП В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **506**.

505. Укажите, пожалуйста, каким образом Вы лечили ИППП.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в государственное стационарное или амбулаторное медицинское учреждение	1	2
2. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в коммерческое стационарное или амбулаторное медицинское учреждение	1	2
3. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в аптеку	1	2
4. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в благотворительную организацию или профилактическую программу	1	2
5. Принимал(а) медицинские препараты из домашней аптечки	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

506. Слышали ли Вы когда-либо о вирусных гепатитах (гепатиты В, С)?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

507. Был ли Вам поставлен диагноз «вирусный гепатит» в течение последних 12-и месяцев? *(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).*

	Да	Нет
1. Вирусный гепатит В	1	2
2. Вирусный гепатит С	1	2

РАЗДЕЛ 6: КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

601. Знаете ли Вы, куда следует обратиться, если Вы хотите пройти тестирование на ВИЧ?

	1. Да, знаю		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не знаю		99. Ответа нет

602. Мне не нужно знать результат, но Вы когда-либо в жизни проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **603–608** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ КОГДА-ЛИБО В ЖИЗНИ ПРОХОДИЛИ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ. ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ ПРОХОДИЛ ТЕСТИРОВАНИЕ НЕСКОЛЬКО РАЗ, ТО ДАЛЕЕ ИМЕЕТСЯ ВВИДУ ПОСЛЕДНЕЕ ПО ВРЕМЕНИ ТЕСТИРОВАНИЕ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 7**.

603. Давно ли Вы последний раз проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?

	1. В течение последних 12 месяцев		4. Более 4 лет назад
	2. Около 1–2 лет назад		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Более 2, но менее 4 лет назад		99. Ответа нет

604. Было ли это тестирование на ВИЧ-инфекцию добровольным?

	1. Да, было добровольным		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было добровольным		99. Ответа нет

605. Укажите, пожалуйста, место, где Вы проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?

	1. В больнице		7. В анонимном кабинете
	2. В поликлинике		8. В местах лишения свободы
	3. В наркологическом диспансере		9. Другое (*Впишите*) _____
	4. В кожно-венерологическом диспансере		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. В Центре СПИДа		99. Ответа нет
	6. В женской консультации		

606. Проводилось ли с Вами до-тестовое консультирование во время проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию? (*Под до-тестовым консультированием понимается специфическая беседа, проводящаяся специалистом до забора крови для тестирования на ВИЧ, в ходе которой обсуждаются причины обращения пациента за тестированием, его знания о ВИЧ, путях инфицирования и индивидуальных способах профилактики, а также его поведение в контексте возможного инфицирования ВИЧ*).

	1. Да, проводилось		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не проводилось		99. Ответа нет

607. Знаете ли Вы результат своего последнего тестирования на ВИЧ-инфекцию?

	1. Да, узнавал(а)		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не узнавал(а)		99. Ответа нет

ВОПРОС **608** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УЗНАВАЛИ РЕЗУЛЬТАТ СВОЕГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 7**.

608. Проводилось ли с Вами после-тестовое консультирование в момент сообщения Вам результата тестирования на ВИЧ-инфекцию? (*Под после-тестовым консультированием понимается специфическая беседа, проводящаяся специалистом после сообщения результата тестирования на ВИЧ, включающая разъяснение значения результата тестирования, а также обсуждения дальнейших принципов снижения риска инфицирования ВИЧ и/или лечения*).

	1. Да, проводилось		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не проводилось		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 7: УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

701. Знаете ли Вы что-либо о программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых в Вашем городе специально для потребителей инъекционных наркотиков?

	1. Да, знаю		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не знаю		99. Ответа нет

ВОПРОС **702** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ, КТО ЗНАЕТ ЧТО-ЛИБО ОБ ЭТИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ. ОСТАЛЬНЫЕ ПЕРЕХОДЯТ К ВОПРОСУ **703**.

702. Ваше знакомство с этими программами основано на том, что Вы…

	1. ... сами когда-либо принимали участие в этих программах
	2. ... слышали от друзей, подруг, знакомых об этих программах
	88. Не помню / не желаю отвечать
	99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **703–705** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ САМИ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **706**.

703. Принимали ли Вы сами участие в этих специализированных профилактических программах для потребителей наркотиков в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **704–705** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ САМИ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **706**.

704. Являетесь ли Вы постоянным клиентом профилактической программы для наркопотребителей, т.е. имеете ли Вы свой личный код?

	1. Да, являюсь и имею код		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не являюсь и не имею код		99. Ответа нет

705. Часто Вы пользовались помощью этих программ в течение последних 12-и месяцев?

	1. Только однажды		5. Примерно раз в неделю
	2. Примерно раз в полгода		6. Практически ежедневно
	3. Один раз в несколько месяцев		88. Не помню / не желаю отвечать
	4. Примерно раз в месяц		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

706. Часто ли Вы слушали радио в течение последних 30-и дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

707. Часто ли Вы смотрели телевизор в течение последних 30-и дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

ВОПРОС **708** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ СМОТРЕЛИ ТЕЛЕВИЗОР В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-И ДНЕЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **709**.

РАЗДЕЛ 7: УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ (продолжение)

708. Наиболее часто Вы смотрели телевизор...

	1. ...с 7 до 8 часов утра		5. ...с 23 часов вечера до 7 часов утра
	2. ...с 8 до 12 часов утра		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. ...с 12 часов дня до 19 часов вечера		99. Ответа нет
	4. ...с 19 до 23 часов вечера		

709. Часто ли Вы читали журналы или газеты в течение последних 30-и дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

ВОПРОС **710** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ЧИТАЛИ ГАЗЕТЫ ИЛИ ЖУРНАЛЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-И ДНЕЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **711**.

710. Укажите, какие именно газеты и журналы Вы читали в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Газеты центральной и региональной печати	1	2
2. Бесплатные газеты информационно-рекламного характера	1	2
3. Женские и/или мужские журналы	1	2
4. Молодежные журналы	1	2
5. Научно-популярные журналы	1	2
6. Спортивные газеты и журналы	1	2
7. Другое	1	2

711. Часто ли Вы пользовались Интернетом в течение последних 30-дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

ВОПРОС **712** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ИНТЕРНЕТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-И ДНЕЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **713**.

712. Укажите, какие именно сайты Вы просматривали в сети Интернет в течение последних 30-и дней. *(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).*

	Да	Нет
1. Развлекательные сайты (юмор, игры, гороскопы и т.п.)	1	2
2. Сайты знакомств и чаты	1	2
3. Индивидуальные страницы пользователей (блоги)	1	2
4. Новостные и поисковые сайты	1	2
5. Тематические сайты медико-социального характера	1	2
6. Тематические сайты об учебе и трудоустройстве	1	2
7. Тематические сайты по новым технологиям и программному обеспечению	1	2
8. Тематические бизнес-сайты (недвижимость, финансы, реклама и т.п.)	1	2
9. Другое	1	2

713. Знаете ли Вы места и порядок получения в нашем городе следующих видов помощи?

(*Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке*).

	Да	Нет
1. Бесплатное тестирование на ВИЧ	1	2
2. Анонимное тестирование на ВИЧ	1	2
3. Получение лечения при ВИЧ-инфекции	1	2
4. Бесплатное тестирование на ИППП	1	2
5. Бесплатное лечение ИППП	1	2
6. Информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа	1	2
7. Группы самопомощи для ВИЧ-позитивных людей	1	2
8. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом	1	2
9. Выдача стерильных игл и/или шприцев	1	2
10. Бесплатная наркологическая помощь	1	2
11. Платные наркологические услуги	1	2
12. Реабилитация наркозависимых	1	2
13. Получение презервативов	1	2
14. Группы самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.)	1	2
15. Помощь по восстановлению документов	1	2
16. Бесплатные консультации по юридическим вопросам	1	2
17. Бесплатная психологическая помощь	1	2

714. Укажите, пожалуйста, те виды помощи, которые Вы лично получали в течение последних 12-и месяцев?

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Бесплатное тестирование на ВИЧ	1	2
2. Анонимное тестирование на ВИЧ	1	2
3. Получение лечения при ВИЧ-инфекции	1	2
4. Бесплатное тестирование на ИППП	1	2
5. Бесплатное лечение ИППП	1	2
6. Информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа	1	2
7. Группы самопомощи для ВИЧ-позитивных людей	1	2
8. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом	1	2
9. Выдача стерильных игл и/или шприцев	1	2
10. Бесплатная наркологическая помощь	1	2
11. Платные наркологические услуги	1	2
12. Реабилитация наркозависимых	1	2
13. Получение презервативов	1	2
14. Группы самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.)	1	2
15. Помощь по восстановлению документов	1	2
16. Бесплатные консультации по юридическим вопросам	1	2
17. Бесплатная психологическая помощь	1	2

715. Смогли бы Вы в случае необходимости предъявить в медицинской организации…? (*Отметьте ответ по каждой строке*).

	Да, смог (ла) бы	Нет, не смог (ла) бы
1. ...паспорт гражданина Российской Федерации	1	2
2. ...полис обязательного медицинского страхования	1	2

РАЗДЕЛ 8: ЗНАНИЯ О ВИЧ/СПИДе

801. Слышали ли Вы когда-нибудь о ВИЧ-инфекции или СПИДе?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

802. Знаете ли Вы лично кого-нибудь, кто заразился ВИЧ-инфекцией или умер от СПИДа?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

803. Есть ли среди Ваших родных, близких, друзей или подруг кто-нибудь, кто заразился ВИЧ-инфекцией или умер от СПИДа?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

804. Может ли внешне здоровый человек быть инфицирован ВИЧ?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

805. Может ли человек снизить риск инфицирования ВИЧ, если постоянно использовать презервативы при сексуальных контактах?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

806. Может ли человек заразиться ВИЧ через укус комара?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

807. Может ли человек снизить риск инфицирования ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним неинфицированным партнером, у которого нет других партнеров?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

808. Может ли человек снизить риск заражения ВИЧ, воздерживаясь от половых контактов?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

809. Может ли человек заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

810. Может ли человек заразиться ВИЧ при рукопожатии с ВИЧ-инфицированным?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

811. Может ли человек заразиться ВИЧ при инъекции иглой, уже кем-то использованной до него?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

812. Может ли человек, использующий наркотики инъекционно, частично обезопасить себя от ВИЧ, перейдя на неинъекционное употребление наркотиков?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

813. Существует ли хотя бы минимальный риск заражения ВИЧ при оральных сексуальных контактах без использования презерватива?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

814. Повышают ли риск заражения ВИЧ язвенные повреждения и воспалительные проявления на половых органах, сопровождающие ряд инфекций, передающихся половым путем?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

815. Может ли беременная женщина, инфицированная ВИЧ, передать этот вирус своему будущему ребенку?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

816. Может ли такая беременная женщина снизить вероятность передачи ВИЧ плоду, принимая специальные антивирусные препараты?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

817. Может ли женщина, инфицированная ВИЧ, родить здорового неинфицированного ребенка?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

818. Может ли кормящая женщина, зараженная ВИЧ, передать вирус новорожденному через грудное молоко?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

819. Существует ли лечение, которое позволяет ВИЧ-инфицированному человеку продлить жизнь, сохранить привычный образ жизни и работоспособность?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

820. Может ли ВИЧ-инфицированный человек, принимающий наркотики, бесплатно получать лечение при ВИЧ-инфекции?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

821. Какая дополнительная информация о ВИЧ/СПИДе и ИППП была бы, по Вашему мнению, полезной для Вас?

(Запишите ответ, данный респондентом).

_____

_____

_____

_____

822. Есть ли у Вас какие-либо вопросы по темам, которые мы обсуждали, ко мне?

(Запишите ответ, данный респондентом).

_____
_____
_____
_____

Мы закончили нашу беседу.

Благодарим Вас за участие в исследовании!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА (КСР)

Разработан для проведения исследования «ВЕГА» коллективом авторов:

Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит» Гурвич И.Н., Русакова М.М., Яковлева А.А.,

Федеральный научно-методического центр по профилактике и борьбе со СПИДом Н.Н. Ладная,

Управление по наркотикам и преступности Организации объединенных наций К.В. Вышинский,

Всемирной организации здравоохранения М.С. Корнилова,

Национальный Научный центр наркологии Минздравсоцразвития России ФГУН НИИ Наркологии С.О. Мохначев.

При разработке опросных листов для ПИН и КСР были использованы вопросники, приведенные в «Руководстве по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ» FHI, IMPACT, USAID, DFID, WHO, 2004, а также вопросники, созданные под руководством проф. Т.Т. Смольской, при участии специалистов Северо-Западного окружного ценра по профилактике и борьбе со СПИД и апробированные в регионах Российской Федерации.

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МОСКОВСКИЙ ОФИС	ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ	РОО СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ «СТЕЛЛИТ»
(495) 787 2167	(495) 365 3009	(812) 445 2893

«ВЕГА»: ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЯЗВИМЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЯ — 2007

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ КОММЕРЧЕСКИЕ СЕКС-РАБОТНИЦЫ (КСР)

001 ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР [___] [___] [___]

002 ГОРОД (НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ) [___]

003 РАЙОН [___] [___]

004 МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСА [___] [___]

Здравствуйте!

Всемирная организация здравоохранения и Федеральный центр СПИД России проводят в нашем городе исследование. Цель исследования — изучение поведения, связанного с повышенным риском заражения ВИЧ. Исследование предполагает интервью о Ваших знаниях, поведении и мнениях относительно проблемы ВИЧ/СПИДа. Результаты исследования позволят более эффективно осуществлять профилактические и лечебные программы по ВИЧ/СПИДу.

ДАННЫЙ ПУТЕВОДИТЕЛЬ ИНТЕРВЬЮ ДОЛЖЕН ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ **ТОЛЬКО** ДЛЯ ОПРОСА **АКТУАЛЬНЫХ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА**, КОТОРЫЕ **НЕ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ В ДАННОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ТЕКУЩЕМ ГОДУ**. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ РЕСПОНДЕНТА КРИТЕРИЯМ ОТБОРА ЗАДАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

005. Продавали ли Вы сексуальные услуги в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение в течение последнего месяца?

	1. Да	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ 006
	2. Нет	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ А

006. Скажите, не являлись ли Вы участником данного исследования в текущем году?

	1. Да, являлся(ась)	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ А
	2. Нет, не являлся(ась	=> ПЕРЕХОДИТЕ К ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ СОГЛАСИЯ

Конфиденциальность и согласие:

В рамках интервью, мы поговорим с Вами о Вашем здоровье, образе жизни и знаниях в контексте ВИЧ-инфекции. Интервью охватит широкий круг вопросов, поэтому наша беседа займет около получаса.

Мне необходимо задать Вам довольно личные вопросы, на которые некоторым людям бывает трудно отвечать. Ваши ответы на вопросы нам очень важны; это поможет нам лучше понять, что люди думают, говорят и делают относительно интересующей нас проблемы. Однако, если по каким-то причинам Вам будет неудобно отвечать на какой-то вопрос, Вы можете не отвечать на него, и можете прекратить нашу беседу, в любой момент, когда захотите.

Ваше участие в исследовании является полностью анонимным: Ваши имя и фамилия нигде не будут указаны, и Вы никогда не будете упомянуты где-либо в связи с теми сведениями, которые Вы мне сообщите. Мы гарантируем полную конфиденциальность той информации, которую Вы мне сообщите: Ваши ответы ни в коем случае не будут разглашены. Мы будем очень благодарны Вам за помощь в проведении исследования. Согласны ли Вы участвовать в исследовании?

_____

Подпись интервьюера, подтверждающая получение устного информированного согласия респондента)

007 ИНТЕРВЬЮЕР: Код [__] [__] ФИО _____

008 ОПРОС ПРОВЕДЕН Дата ___ / ___ / _____

ПРОВЕРЕНО (Подпись руководителя сбора данных) _____ Дата ___ / ___ / ____

РАЗДЕЛ 1: СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

101. Назовите, пожалуйста, Ваш возраст.

Число исполнившихся лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

102. Давно ли Вы живете в _____? *(Укажите название населенного пункта, в котором проводится исследование).*

(Если респондент проживает в данном населенном пункте с рождения, то поставьте число, равное количеству исполнившихся лет; если менее года — поставьте «00»).

Число лет проживания [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **103–104** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ПРОЖИВАЮТ В НАСЕЛЕННОМ ПУНКТЕ С РОЖДЕНИЯ (КОЛИЧЕСТВО ИСПОЛНИВШИХСЯ ЛЕТ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВУ ЛЕТ ПРОЖИВАНИЯ В НАСЕЛЕННОМ ПУНКТЕ). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **105**.

103. Укажите место, откуда Вы прибыли в наш город. *(Впишите для России — название региона, для других стран — страны).* _____

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

104. Вы приехали …

	1. … из сельской местности		5. … из столичного города
	2. … из поселка городского типа		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. … из районного центра		99. Ответа нет
	4. … из областного центра		

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

105. Ваше образование? *(Уже полученное на момент проведения интервью).*

	1. Начальное		6. Высшее
	2. Среднее общее		7. Аспирантура, ученая степень
	3. Профессионально-техническое		88. Не помню / не желаю отвечать
	4. Среднее специальное		99. Ответа нет
	5. Незаконченное высшее		

106. Назовите количество лет, в течение которых Вы, в общей сложности, учились. *(Включая общеобразовательную школу)*

Число лет обучения [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

107. Состоите ли Вы в зарегистрированном браке или проживаете с кем-либо в гражданском сожительстве?

	1. Состоит в зарегистрированном браке и проживает совместно с супругой(ом)		4. Не состоит в зарегистрированном браке, но проживает с партнером в гражданском сожительстве
	2. Состоит в зарегистрированном браке, но проживает с другим партнером в гражданском сожительстве		5. Не состоит в зарегистрированном браке и не проживает с партнером в гражданском сожительстве
	3. Состоит в зарегистрированном браке, но проживает отдельно от супруги(а) или иного партнера		88. Не помню / не желаю отвечать
			99. Ответа нет

108. Зарабатываете ли Вы деньги каким-либо еще способом, кроме продажи сексуальных услуг? *(Имеются ввиду только легальные средства получения дохода).*

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

109. Если у Вас свои дети?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ

СЛЕДУЮЩИЕ НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАШЕМ ОПЫТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОПЬЯНЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ.

201. Можно ли Вас отнести к полным трезвенникам, т.е. к людям, не употреблявшим никаких, даже слабых, алкогольных напитков в течение всей своей жизни?

	1. Да, можно		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, нельзя		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **202–205** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КТО КОГДА-ЛИБО В ЖИЗНИ УПОТРЕБЛЯЛ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **206**.

202. Назовите свой возраст, когда Вы впервые попробовали алкоголь, включая разовое или случайное употребление. (*В данном случае имеется ввиду разовое употребление как минимум одной дозы алкоголя, а именно: около 50 грамм или стопка водки или иного крепкого алкоголя, около 0,5 л или бутылка/банка пива или слабоалкогольного коктейля, около 150 грамм или бокал вина.*)

(Впишите число полных лет)

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

203. Употребляли ли Вы какие-либо алкогольные напитки, даже легкие, в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **204–205** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КТО В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ УПОТРЕБЛЯЛ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **206**.

204. Употребляли ли Вы алкоголь в течение последних 30-и дней?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **205** — ТОЛЬКО ДЛЯ УПОТРЕБЛЯВШИХ АЛКОГОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **206**.

205. Укажите частоту употребления Вами алкоголя в течение последних 30-и дней.

	1. Практически каждый день		5. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Около одного раза в неделю		99. Ответа нет
	4. Реже одного раза в неделю		

ВОПРОСЫ — ДЛЯ ВСЕХ!

206. Некоторые люди употребляют различные наркотики. А Вы когда-либо в течение жизни употребляли какие-нибудь наркотики? *(В данном исследовании под «наркотиками» подразумеваются психоактивные вещества, использование которых не связано с медицинскими показаниями, является нарушением закона и вызывает зависимость.)*

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ДАЛЕЕ ВОПРОСЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 4.**

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ (продолжение)

207. Назовите свой возраст, когда Вы впервые попробовали наркотики, включая разовое или случайное употребление. *(Впишите число полных лет.)*

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

208. Употребляли ли Вы наркотики любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом когда-либо в течение жизни?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **209–215** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ЛЮБЫМ НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ КОГДА-ЛИБО В ТЕЧЕНИИ ЖИЗНИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **216**.

209. Употребляли ли Вы наркотики любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом в течение последних 12 месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **210–215** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ЛЮБЫМ НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **216**.

210. Назовите наркотические вещества, использовавшиеся Вами любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом в течение последних 12 месяцев.

(Прочитайте сначала весь перечень. Респондент может назвать несколько наркотиков. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Героин	1	2
2. Опий-сырец, маковая соломка	1	2
3. Кулинарный мак	1	2
4. Дезоморфин	1	2
5. Кодеин	1	2
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	1	2
7. Терпинкод, пенталгин	1	2
8. Метадон	1	2
9. Кокаин и крэк	1	2
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	1	2
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	1	2
12. Реланиум, феназепам	1	2
13. Винт, первитин, спид, фенамин	1	2
14. ЛСД	1	2
15. Кетамин	1	2
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	1	2
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	1	2
18. Димедрол, пипальфен	1	2
19. Другое (*впишите*)_____	1	2
20. Другое (*впишите*)_____	1	2
21. Другое (*впишите*)_____	1	2

211. Употребляли ли Вы наркотики любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом в течение последних 30-и дней?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **212** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-и ДНЕЙ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ЛЮБЫМ НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **213**.

РАЗДЕЛ 2: УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ (продолжение)

212. Часто ли за последние 30-и дней Вы употребляли различные наркотические вещества любым НЕ ИНЪЕКЦИОННЫМ способом? (Отметьте ответ по каждой строке. Впишите другие варианты, названные респондентом, в В210).

	Ни разу	Однократно	2–3 раза	Приблизительно раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Практически ежедневно	2–3 раза в день	4 раза в день и чаще	Не помню / не желаю отвечать	Ответа нет
1. Героин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
2. Опий-сырец, маковая соломка	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
3. Кулинарный мак	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
4. Дезоморфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
5. Кодеин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
7. Терпинкод, пенталгин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
8. Метадон	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
9. Кокаин и крэк	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
12. Реланиум, феназепам	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
13. Винт, первитин, спид, фенамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
14. ЛСД	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
15. Кетамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
18. Димедрол, пипальфен	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
19. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
20. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
21. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

213. Наркотические вещества часто употребляются внутривенным путем. Вводили ли Вы себе наркотики при помощи инъекций когда-либо в течение жизни?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ДАЛЕЕ ВОПРОСЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ОПЫТ ИНЪЕКЦИОННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 4**.

214. Назовите свой возраст, когда Вы впервые использовали наркотики при помощи инъекции (сделали себе укол сами или его сделал кто-то другой).

(Впишите число полных лет)

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

215. Употребляли ли Вы наркотики ИНЪЕКЦИОННО в течение последних 12 месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ДАЛЕЕ ВОПРОСЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННО В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 4.**

216. Назовите наркотики, использовавшиеся Вами при помощи ИНЪЕКЦИЙ в течение последних 12 месяцев. (*Прочитайте сначала весь перечень. Респондент может назвать несколько наркотиков. Отметьте ответ по каждой строк*).

	Да	Нет
1. Героин	1	2
2. Опий-сырец, маковая соломка	1	2
3. Кулинарный мак	1	2
4. Дезоморфин	1	2
5. Кодеин	1	2
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	1	2
7. Терпинкод, пенталгин	1	2
8. Метадон	1	2
9. Кокаин и крэк	1	2
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	1	2
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	1	2
12. Реланиум, феназепам	1	2
13. Винт, первитин, спид, фенамин	1	2
14. ЛСД	1	2
15. Кетамин	1	2
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	1	2
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	1	2
18. Димедрол, пипальфен	1	2
19. Другое (*впишите*)_____	1	2
20. Другое (*впишите*)_____	1	2
21. Другое (*впишите*)_____	1	2

217. Употребляли ли Вы наркотики ИНЪЕКЦИОННО в течение последних 30-и дней?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ДАЛЕЕ ВОПРОСЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЛИ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННО В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 30-и ДНЕЙ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 4.**

218. Часто ли за последние 30-и дней Вы употребляли различные наркотические вещества любым ИНЪЕКЦИОННЫМ способом? (*Отметьте ответ по каждой строке. Впишите другие варианты, названные респондентом, в В216*).

	Ни разу	Однократно	2–3 раза	Приблизительно раз в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Практически ежедневно	2–3 раза в день	4 раза в день и чаще	Не помню / не желаю отвечать	Ответа нет
1. Героин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
2. Опий-сырец, маковая соломка	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
3. Кулинарный мак	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
4. Дезоморфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
5. Кодеин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
6. Стадол, бупренорфин, бутарфанол, норфин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
7. Терпинкод, пенталгин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
8. Метадон	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
9. Кокаин и крэк	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
10. Конопля (план, марихуана, анаша, гашиш)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
11. Даглюферал, фенобарбитал, реладорм	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
12. Реланиум, феназепам	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
13. Винт, первитин, спид, фенамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
14. ЛСД	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
15. Кетамин	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
16. Галлюциногенные грибы, псилоцибы	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
17. Ингалянты (клей, пятновыводитель)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
18. Димедрол, пипальфен	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
19. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
20. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99
21. Другое (*впишите*)_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	88	99

РАЗДЕЛ 3: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГЛ И ШПРИЦЕВ

ТЕПЕРЬ МНЕ НУЖНО ЗАДАТЬ ВАМ НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ ОБ ИНЪЕКЦИЯХ, КОТОРЫЕ ВЫ ДЕЛАЕТЕ СЕБЕ САМИ ИЛИ КОТОРЫЕ ВАМ ДЕЛАЕТ КТО-ТО ДРУГОЙ.

301. Вспомните свою ПОСЛЕДНЮЮ инъекцию. Использовали ли Вы иглу и/или шприц, которыми до Вас пользовался кто-то другой?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

302. Вспомните о введении Вами наркотиков инъекционно в течение последних 30-и дней. Часто ли Вы за это время использовали иглу и/или шприц, которыми до Вас пользовался кто-то другой?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **303–305** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ИСПОЛЬЗОВАЛИ «ЧУЖОЙ» ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **306**.

303. Укажите, хотя бы приблизительно, количество человек, которые пользовались инструментарием для инъекций совместно с Вами в течение последних 30-и дней. (*Впишите число*).

Количество человек [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

304. Назовите, пожалуйста, тех лиц, с которыми Вы пользовались одной и той же иглой и/или одним и тем же шприцем в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Постоянный половой партнер	1	2
2. Непостоянный половой партнер	1	2
3. Приятель, друг, подруга	1	2
4. Кто-то из компании употребляющих наркотики	1	2
5. Знакомый по тюремному заключению	1	2
6. Кто-то другой	1	2

305. Назовите, пожалуйста, где именно Вы делали инъекции уже использованными кем-то иглой и/или шприцем в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. У себя дома	1	2
2. Дома у приятеля, друга, подруги	1	2
3. Дома у наркодилера	1	2
4. Дома у малознакомых или незнакомых людей	1	2
5. В клубе, на дискотеке, на концерте	1	2
6. В общественном туалете	1	2
7. В транспорте	1	2
8. На улице, на бульваре, в парке	1	2
9. В подъезде	1	2
10. В школе, училище, ВУЗе	1	2
11. В местах лишения свободы	1	2
12. В другом месте	1	2

306. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы промывали или очищали перед инъекцией уже использованные кем-то иглы и/или шприцы?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОС **307** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ПРОМЫВАЛИ ИЛИ ОЧИЩАЛИ УЖЕ ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИГЛЫ И/ИЛИ ШПРИЦЫ ПЕРЕД ИНЪЕКЦИЕЙ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **308**.

307. Назовите, пожалуйста, как именно Вы обычно промывали или очищали уже использованные иглы и/или шприцы перед инъекцией?

(Не зачитывайте варианты ответов. Отметьте все ответы, названные респондентом).

	Да	Нет
1. Промывал (а) холодной водой	1	2
2. Промывал (а) горячей водой	1	2
3. Кипятил (а)	1	2
4. Использовал (а) хлорсодержащие растворы (отбеливатель)	1	2
5. Использовал (а) спирт, водку или иной содержащий алкоголь раствор	1	2
6. Другое (впишите, что именно) _____ _____ _____	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

308. Часто ли в течение последних 30-и дней для внутривенного введения наркотика Вы использовали стерильные иглы и/или шприцы, т.е. те, которыми до Вас никто не пользовался?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОС **309** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ИМЕЛИ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕРИЛЬНЫХ ИГЛ И/ИЛИ ШПРИЦЕВ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАРКОТИКОВ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **310**.

309. Назовите, пожалуйста, где именно Вы делали инъекции стерильными иглой и/или шприцем в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. У себя дома	1	2
2. Дома у приятеля, друга, подруги	1	2
3. Дома у наркодилера	1	2
4. Дома у малознакомых или незнакомых людей	1	2
5. В клубе, на дискотеке, на концерте	1	2
6. В общественном туалете	1	2
7. В транспорте	1	2
8. На улице, на бульваре, в парке	1	2
9. В подъезде	1	2
10. В школе, училище, ВУЗе	1	2
11. В местах лишения свободы	1	2
12. В другом месте	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

310. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы отдавали, одалживали или продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы другим потребителям наркотиков?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **311–312** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ПЕРЕДАВАЛИ СВОИ ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИГЛЫ И/ИЛИ ШПРИЦЫ ДРУГИМ ЛЮДЯМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **313**.

311. Укажите, хотя бы приблизительно, количество человек, которым в течение последних 30-и дней Вы отдавали, одалживали или продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы.

Количество человек [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

312. Назовите, пожалуйста, тех лиц, которым Вы отдавали, одалживали или продавали свои уже использованные иглы и/или шприцы в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Постоянный половой партнер	1	2
2. Непостоянный половой партнер	1	2
3. Приятель, друг, подруга	1	2
4. Кто-то из компании употребляющих наркотики	1	2
5. Знакомый по тюремному заключению	1	2
6. Кто-то другой	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

313. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы использовали для инъекции шприц, уже наполненный наркотиком (т.е. Вы не видели, как наполнялся шприц)?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

314. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы наполняли свой шприц раствором наркотика из общей емкости (например, из общего шприца-дозатора, чужого шприца, ложки, кружки, флакона и т.д.)?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

315. Часто ли в течение последних 30-и дней Вы пользовались общей посудой, флаконами и/или контейнерами, ватой и/или фильтрами при приготовлении и внутривенном введении наркотиков?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

316. Часто ли в течение последних 30-и дней для промывки своего шприца и/или иглы Вы пользовались общей емкостью с водой вместе с другими людьми?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

317. Пользовались ли Вы стерильной иглой и/или шприцем во время последнего употребления инъекционных наркотиков?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

318. Можете ли Вы получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы, когда они Вам нужны?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **319** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ МОГУТ ПРИОБРЕСТИ СТЕРИЛЬНЫЕ ИГЛЫ И/ИЛИ ШПРИЦЫ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **320**.

319. Уточните, пожалуйста, места и лиц, у которых Вы можете получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы. *(Не читайте варианты ответов! Уточните полноту их перечня дополнительным вопросом: «где-то еще?». Отметьте ответ по каждой строке.)*

	Да	Нет
1. В аптеке	1	2
2. У медицинского работника	1	2
3. В каком-то магазине, торговой точке	1	2
4. В больнице	1	2
5. У работника фармацевтической фирмы	1	2
6. У родственника или члена семьи	1	2
7. У сексуального партнера	1	2
8. У друзей	1	2
9. У других потребителей наркотиков	1	2
10. По программе обмена шприцев	1	2
11. Украсть там, где они выдаются для работы	1	2
12. Купить на улице	1	2

ВОПРОС **320** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ НЕ МОГУТ ПРИОБРЕСТИ СТЕРИЛЬНЫЕ ИГЛЫ ИЛИ ШПРИЦЫ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **321**.

320. Назовите, пожалуйста, одну основную причину, по которой Вы обычно не можете получить стерильные, т.е. не использовавшиеся ранее, иглы и/или шприцы.

	1. Нет денег		3. Места, где можно приобрести инструментарий, не работают в нужное время
	2. Нет времени		4. Другое (*впишите*) _____ _____
	99. Ответа нет		88. Не помню / не желаю отвечать

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

321. Вспомните, пожалуйста, компанию людей, совместно с которыми Вы обычно употребляете наркотики. Нет ли среди них ВИЧ-инфицированных?

	1. Да, есть		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

401. Укажите, пожалуйста, свой возраст на момент Вашего первого вступления в половую связь с мужчиной. *(Под «половой связью» в данном исследовании подразумевается оральный, вагинальный и анальный, т.е. проникающий, сексуальный контакт).*

(Впишите число полных лет).

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

402. Укажите, пожалуйста, свой возраст на момент Вашего первого вступления в половую связь за деньги, наркотики или иное вознаграждение. *(Впишите число полных лет)*

Число лет [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

403. Вспомните, пожалуйста, Ваш последний по времени половой контакт. Использовали ли Вы и Ваш партнер презерватив?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

404. Вспомните мужчин, с которыми у Вас были половые контакты в течение последних 30-ти дней. Среди всех Ваших сексуальных партнеров за это период было…?

(Впишите число. Если Не помню / не желаю отвечать, попросите назвать примерное количество).

А) Партнеров, с которыми Вы вступали в сексуальные контакты в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение: «КОММЕРЧЕСКИЕ» партнеры (*включаются лица, которым продавали сексуальные услуги в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение — «клиенты»*)

Количество «КОММЕРЧЕСКИХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

Б) Партнеров, сексуальные контакты с которыми не оплачивались, включая супругов и сожителей: «НЕКОММЕРЧЕСКИЕ» партнеры (*включаются официальный или гражданский муж, «молодой человек», «бойфренд» «любовник»*)

Количество «НЕКОММЕРЧЕСКИХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

405. Укажите общее количество Ваших различных сексуальных партнеров за последние 30 дней.

(Впишите число. Сравните с ответом на предыдущий вопрос и укажите здесь наиболее точный ответ).

Количество сексуальных партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

406. Вспомните мужчин, с которыми у Вас были половые контакты в течение последних 7-и дней (недели). Среди всех Ваших сексуальных партнеров за последнюю неделю было…?

(Впишите число. Если Не помню / не желаю отвечать, попросите назвать примерное количество).

А) Партнеров, с которыми Вы вступали в сексуальные контакты в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение: «КОММЕРЧЕСКИЕ» партнеры (*включаются лица, которым продавали сексуальные услуги в обмен на деньги, наркотики или иное вознаграждение — «клиенты»*)

Количество «КОММЕРЧЕСКИХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

Б) Партнеров, сексуальные контакты с которыми не оплачивались, включая супругов и сожителей: «НЕКОММЕРЧЕСКИЕ» партнеры (*включаются официальный или гражданский муж, «молодой человек», «бойфренд» «любовник»*)

Количество «НЕКОММЕРЧЕСКИХ» партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (продолжение)

407. Укажите общее количество Ваших различных сексуальных партнеров за последние 7 дней (неделю).

(Впишите число. Сравните с ответом на предыдущий вопрос и укажите здесь наиболее точный ответ).

Количество сексуальных партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

408. Укажите количество Ваших «КОММЕРЧЕСКИХ» сексуальных партнеров за последний день, когда Вы работали (оказывали сексуальные услуги).

(Впишите число).

Количество сексуальных партнеров [___] [___]

	88. Не помню / не желаю отвечать		99. Ответа нет

409. Вспомните Вашего последнего «КОММЕРЧЕСКОГО» сексуального партнера и последний половой контакт с ним. Употребляли ли Вы перед этим алкоголь?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

410. Вспомните, употребляли ли Вы тогда наркотики?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

411. Вспомните, использовали ли Вы и Ваш «коммерческий» партнер презерватив при последнем половом контакте?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **412** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ С «КОММЕРЧЕСКИМ» ПАРТНЕРОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **413**.

412. Укажите причину, по которой Вы и Ваш «коммерческий» партнер не использовали презерватив при последнем половом контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

413. В целом, часто ли Вы использовали презерватив при половых контактах с «коммерческими» партнерами в течение последних 12 месяцев?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ **414–417** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УКАЗАЛИ НА НАЛИЧИЕ «НЕКОММЕРЧЕСКИХ» СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА (см. вопрос 406Б). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **418**.

414. Вспомните Вашего последнего «НЕКОММЕРЧЕСКОГО» сексуального партнера и последний половой контакт с ним. Употребляли ли Вы перед этим алкоголь?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 4: СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (окончание)

415. Вспомните, употребляли ли Вы тогда наркотики?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

416. Вспомните, использовали ли Вы и Ваш «некоммерческий» партнер презерватив при этом последнем половом контакте?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **417** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПРЕЗЕРВАТИВ ПРИ ПОСЛЕДНЕМ СЕКСУАЛЬНОМ КОНТАКТЕ С «НЕКОММЕРЧЕСКИМ» ПАРТНЕРОМ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **418**.

417. Укажите причину, по которой Вы и Ваш «некоммерческий» партнер не использовали презерватив при последнем половом контакте?

	1. Не было под рукой		6. Не думаю, что это необходимо
	2. Презерватив слишком дорог		7. Не пришло в голову
	3. Возражал партнер		8. Другая причина
	4. Не люблю презервативы		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. Использовали другой способ предохранения		99. Ответа нет

418. В целом, часто ли Вы использовали презерватив при половых контактах с «некоммерческими» партнерами в течение последних 12-и месяцев?

	1. Все время		5. Никогда
	2. Чаще всего		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Приблизительно в половине случаев		99. Ответа нет
	4. Иногда		

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

419. Были ли Вы беременны когда-либо в течение жизни?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **420** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ БЫЛИ БЕРЕМЕННЫ КОГДА-ЛИБО В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **421**.

420. Была ли у Вас беременность в течение последних 12 месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

421. Вспомните, пожалуйста, всех Ваших РАЗЛИЧНЫХ сексуальных партнеров за последние 12 месяцев. Были ли среди них ВИЧ-инфицированные?

	1. Да, были		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было		99. Ответа нет

422. Не пришлось ли Вам в течение последних 12 месяцев испытать сексуальное насилие, т.е. принуждение к вступлению в половую связь с применением силы или под угрозой применения силы?

	1. Да, приходилось		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не приходилось		99. Ответа нет

423. Не привлекались ли Вы к административной ответственности правоохранительными органами за занятие проституцией в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да, привлекалась		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не привлекалась		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 5: ИНФЕКЦИИ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАРАЖЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, И ИМЕЮЩИЕ СХОДНЫЕ С НЕЙ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

501. Слышали ли Вы когда-либо об инфекциях, передающихся половым путем (ИППП)?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

502. Был ли Вам поставлен диагноз ИППП в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **503–505** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫМ БЫЛ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ ИППП В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **506**.

503. Укажите, какой именно диагноз ИППП Вам был поставлен в течение последних 12-и месяцев? (*Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке*).

	Да	Нет
1. Трихомониаз	1	2
2. Гонорея	1	2
3. Хламидиоз	1	2
4. Сифилис	1	2
5. Герпес генитальный	1	2
6. Другое (*впишите*) _____	1	2

504. Лечили ли Вы ИППП в течение последних 12-и месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОС **505** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ЛЕЧИЛИ ИППП В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12-И МЕСЯЦЕВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **506**.

505. Укажите, пожалуйста, каким образом Вы лечили ИППП.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в государственное стационарное или амбулаторное медицинское учреждение	1	2
2. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в коммерческое стационарное или амбулаторное медицинское учреждение	1	2
3. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в аптеку	1	2
4. Обращался(ась) за консультацией и/или медицинскими препаратами в благотворительную организацию или профилактическую программу	1	2
5. Принимал(а) медицинские препараты из домашней аптечки	1	2

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

506. Слышали ли Вы когда-либо о вирусных гепатитах (гепатиты B, C)?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

507. Был ли Вам поставлен диагноз «вирусный гепатит» в течение последних 12-и месяцев? *(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).*

	Да	Нет
1. Вирусный гепатит B	1	2
2. Вирусный гепатит C	1	2

РАЗДЕЛ 6: КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

601. Знаете ли Вы, куда следует обратиться, если Вы хотите пройти тестирование на ВИЧ?

	1. Да, знаю		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не знаю		99. Ответа нет

602. Мне не нужно знать результат, но Вы когда-либо в жизни проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **603–608** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ КОГДА-ЛИБО В ЖИЗНИ ПРОХОДИЛИ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ. ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ ПРОХОДИЛ ТЕСТИРОВАНИЕ НЕСКОЛЬКО РАЗ, ТО ДАЛЕЕ ИМЕЕТСЯ ВВИДУ ПОСЛЕДНЕЕ ПО ВРЕМЕНИ ТЕСТИРОВАНИЕ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 7.**

603. Давно ли Вы последний раз проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?

	1. В течение последних 12 месяцев		4. Более 4 лет назад
	2. Около 1–2 лет назад		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Более 2, но менее 4 лет назад		99. Ответа нет

604. Было ли это тестирование на ВИЧ-инфекцию добровольным?

	1. Да, было добровольным		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не было добровольным		99. Ответа нет

605. Укажите, пожалуйста, место, где Вы проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?

	1. В больнице		7. В анонимном кабинете
	2. В поликлинике		8. В местах лишения свободы
	3. В наркологическом диспансере		9. Другое (*Впишите*) _____
	4. В кожно-венерологическом диспансере		88. Не помню / не желаю отвечать
	5. В Центре СПИДа		99. Ответа нет
	6. В женской консультации		

606. Проводилось ли с Вами до-тестовое консультирование во время проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию? *(Под до-тестовым консультированием понимается специфическая беседа, проводящаяся специалистом до забора крови для тестирования на ВИЧ, в ходе которой обсуждаются причины обращения пациента за тестированием, его знания о ВИЧ, путях инфицирования и индивидуальных способах профилактики, а также его поведение в контексте возможного инфицирования ВИЧ).*

	1. Да, проводилось		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не проводилось		99. Ответа нет

607. Знаете ли Вы результат своего последнего тестирования на ВИЧ-инфекцию?

	1. Да, узнавал(а)		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не узнавал(а)		99. Ответа нет

ВОПРОС **608** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ УЗНАВАЛИ РЕЗУЛЬТАТ СВОЕГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К **РАЗДЕЛУ 7**.

608. Проводилось ли с Вами после-тестовое консультирование в момент сообщения Вам результата тестирования на ВИЧ-инфекцию? (*Под после-тестовым консультированием понимается специфическая беседа, проводящаяся специалистом после сообщения результата тестирования на ВИЧ, включающая разъяснение значения результата тестирования, а также обсуждения дальнейших принципов снижения риска инфицирования ВИЧ и/или лечения*).

	1. Да, проводилось		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не проводилось		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 7: УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

701. Знаете ли Вы что-либо о программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых в Вашем городе специально для работниц коммерческого секса?

	1. Да, знаю		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет, не знаю		99. Ответа нет

702. Ваше знакомство с этими программами основано на том, что Вы…

	1. … сами когда-либо принимали участие в этих программах
	2. … слышали от друзей, подруг, знакомых об этих программах
	88. Не помню / не желаю отвечать
	99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **703–705** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ САМИ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **706**.

703. Принимали ли Вы участие в специализированных программах для работниц коммерческого секса в течение последних 12 месяцев?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ **704–705** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ САМИ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **706**.

704. Как часто Вы пользовались услугами этих программ в течение последних 12 месяцев?

	1. Только однажды		5. Примерно раз в неделю
	2. Примерно раз в полгода		6. Практически ежедневно
	3. Один раз в несколько месяцев		88. Не помню / не желаю отвечать
	4. Примерно раз в месяц		99. Ответа нет

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ!

705. Часто ли Вы слушали радио в течение последних 30-и дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

706. Часто ли Вы смотрели телевизор в течение последних 30-и дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

ВОПРОС **707** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ СМОТРЕЛИ ТЕЛЕВИЗОР В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-И ДНЕЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **708**.

707. Наиболее часто Вы смотрели телевизор…

	1. …с 7 до 8 часов утра		5. …с 23 часов вечера до 7 часов утра
	2. …с 8 до 12 часов утра		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. …с 12 часов дня до 19 часов вечера		99. Ответа нет
	4. …с 19 до 23 часов вечера		

РАЗДЕЛ 7: УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ (продолжение)

708. Часто ли Вы читали журналы или газеты в течение последних 30-и дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

ВОПРОС **709** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ЧИТАЛИ ГАЗЕТЫ ИЛИ ЖУРНАЛЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-И ДНЕЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **710**.

709. Укажите, какие именно газеты и журналы Вы читали в течение последних 30-и дней.

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Газеты центральной и региональной печати	1	2
2. Бесплатные газеты информационно-рекламного характера	1	2
3. Женские и/или мужские журналы	1	2
4. Молодежные журналы	1	2
5. Научно-популярные журналы	1	2
6. Спортивные газеты и журналы	1	2
7. Другое	1	2

710. Часто ли Вы пользовались Интернетом в течение последних 30-дней?

	1. Практически каждый день		4. Ни разу
	2. Несколько раз в неделю		88. Не помню / не желаю отвечать
	3. Реже одного раза в неделю		99. Ответа нет

ВОПРОС **711** — ТОЛЬКО ДЛЯ ТЕХ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ИНТЕРНЕТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 30-И ДНЕЙ (Т.Е. НЕ ВЫБРАЛИ ВАРИАНТ ОТВЕТА «НИКОГДА»). В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ **712**.

711. Укажите, какие именно сайты Вы просматривали в сети Интернет в течение последних 30-и дней. *(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).*

	Да	Нет
1. Развлекательные сайты (юмор, игры, гороскопы и т.п.)	1	2
2. Сайты знакомств и чаты	1	2
3. Индивидуальные страницы пользователей (блоги)	1	2
4. Новостные и поисковые сайты	1	2
5. Тематические сайты медико-социального характера	1	2
6. Тематические сайты об учебе и трудоустройстве	1	2
7. Тематические сайты по новым технологиям и программному обеспечению	1	2
8. Тематические бизнес-сайты (недвижимость, финансы, реклама и т.п.)	1	2
9. Другое	1	2

РАЗДЕЛ 7: УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ (окончание)

712. Знаете ли Вы места и порядок получения в нашем городе следующих видов помощи?

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Бесплатное тестирование на ВИЧ	1	2
2. Анонимное тестирование на ВИЧ	1	2
3. Получение лечения при ВИЧ-инфекции	1	2
4. Бесплатное тестирование на ИППП	1	2
5. Бесплатное лечение ИППП	1	2
6. Информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа	1	2
7. Группы самопомощи для ВИЧ-позитивных людей	1	2
8. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом	1	2
9. Выдача стерильных игл и/или шприцев	1	2
10. Бесплатная наркологическая помощь	1	2
11. Платные наркологические услуги	1	2
12. Реабилитация наркозависимых	1	2
13. Получение презервативов	1	2
14. Группы самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.)	1	2
15. Помощь по восстановлению документов	1	2
16. Бесплатные консультации по юридическим вопросам	1	2
17. Бесплатная психологическая помощь	1	2

713. Укажите, пожалуйста, те виды помощи, за которыми лично Вы обращались в течение последних 12-и месяцев?

(Прочитайте сначала весь список. Респондент может ответить «да» несколько раз. Отметьте ответ по каждой строке).

	Да	Нет
1. Бесплатное тестирование на ВИЧ	1	2
2. Анонимное тестирование на ВИЧ	1	2
3. Получение лечения при ВИЧ-инфекции	1	2
4. Бесплатное тестирование на ИППП	1	2
5. Бесплатное лечение ИППП	1	2
6. Информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа	1	2
7. Группы самопомощи для ВИЧ-позитивных людей	1	2
8. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом	1	2
9. Выдача стерильных игл и/или шприцев	1	2
10. Бесплатная наркологическая помощь	1	2
11. Платные наркологические услуги	1	2
12. Реабилитация наркозависимых	1	2
13. Получение презервативов	1	2
14. Группы самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.)	1	2
15. Помощь по восстановлению документов	1	2
16. Бесплатные консультации по юридическим вопросам	1	2
17. Бесплатная психологическая помощь	1	2

РАЗДЕЛ 8: ЗНАНИЯ О ВИЧ/СПИДе

801. Слышали ли Вы когда-нибудь о ВИЧ-инфекции или СПИДе?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

802. Знаете ли Вы лично кого-нибудь, кто заразился ВИЧ-инфекцией или умер от СПИДа?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

803. Есть ли среди Ваших родных, близких, друзей или подруг кто-нибудь, кто заразился ВИЧ-инфекцией или умер от СПИДа?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

804. Может ли внешне здоровый человек быть инфицирован ВИЧ?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

805. Может ли человек снизить риск инфицирования ВИЧ, если постоянно использовать презервативы при сексуальных контактах?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

806. Может ли человек заразиться ВИЧ через укус комара?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

807. Может ли человек снизить риск инфицирования ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним неинфицированным партнером, у которого нет других партнеров?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

808. Может ли человек снизить риск заражения ВИЧ, воздерживаясь от половых контактов?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

809. Может ли человек заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

810. Может ли человек заразиться ВИЧ при рукопожатии с ВИЧ-инфицированным?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

811. Может ли человек заразиться ВИЧ при инъекции иглой, уже кем-то использованной до него?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

812. Может ли человек, использующий наркотики инъекционно, частично обезопасить себя от ВИЧ, перейдя на неинъекционное употребление наркотиков?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

813. Существует ли хотя бы минимальный риск заражения ВИЧ при оральных сексуальных контактах без использования презерватива?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

РАЗДЕЛ 8: ЗНАНИЯ О ВИЧ/СПИДе (окончание)

814. Повышают ли риск заражения ВИЧ язвенные повреждения и воспалительные проявления на половых органах, сопровождающие ряд инфекций, передающихся половым путем?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

815. Может ли беременная женщина, инфицированная ВИЧ, передать этот вирус своему будущему ребенку?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

816. Может ли такая беременная женщина снизить вероятность передачи ВИЧ плоду, принимая специальные антивирусные препараты?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

817. Может ли женщина, инфицированная ВИЧ, родить здорового неинфицированного ребенка?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

818. Может ли кормящая женщина, зараженная ВИЧ, передать вирус новорожденному через грудное молоко?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

819. Существует ли лечение, которое позволяет ВИЧ-инфицированному человеку продлить жизнь, сохранить привычный образ жизни и работоспособность?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

820. Может ли ВИЧ-инфицированный человек, принимающий наркотики, бесплатно получать лечение при ВИЧ-инфекции?

	1. Да		88. Не помню / не желаю отвечать
	2. Нет		99. Ответа нет

821. Какая дополнительная информация о ВИЧ/СПИДе и ИППП была бы, по Вашему мнению, полезной для Вас?

(Запишите ответ, данный респондентом).

_____
_____
_____
_____

822. Есть ли у Вас какие-либо вопросы по темам, которые мы обсуждали, ко мне?

(Запишите ответ, данный респондентом).

_____
_____
_____
_____

Мы закончили нашу беседу.

Благодарим Вас за участие в исследовании!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО СТИГМЕ И ДИСКРИМИНАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ

Опросный лист для медицинских работников по стигме и дискриминации вич-инфицированных людей был разработан совместно специалистами социологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова Рособразования Ю.П. Авериным и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Н.Н. Ладной, В.В. Беляевой.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ тел. (495) 365 30 09	МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М.В. ЛОМОНОСОВА СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ тел. (495) 939 27 95

Уважаемый медицинский работник!

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом проводит исследование мнения медицинских работников по поводу этой болезни.

С помощью этой анкеты мы хотим узнать ваше мнение о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Эта информация поможет нам более эффективно осуществлять профилактические и лечебные программы по ВИЧ-инфекции в России.

Мы будем очень признательны вам за участие в данном исследовании.

Отвечать на вопросы анкеты очень просто: ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ ОТВЕТА, который наиболее точно отражает ВАШЕ ЛИЧНОЕ МНЕНИЕ, или НАПИШИТЕ ответ сами.

На некоторые вопросы можно дать несколько ответов, если об этом сказано в инструкции к вопросу. В некоторых случаях потребуется написать несколько слов. Пожалуйста, прочтите внимательно инструкцию для каждого вопроса. Если вы по ошибке обвели не тот ответ, зачеркните обведенную цифру и отметьте тот вариант, который вам нужен.

Хотим заранее заверить вас, что все ваши ответы являются анонимными. Это значит, что никто не узнает, что эти ответы дали вы.

Заполненную анкету вы положите в конвент и запечатаете его. Вскрыт конверт будет только в офисе исследования в Москве вместе с другими такими же конвертами координатором исследования. На анкете и конверте отсутствуют данные, по которым можно определить, кто заполнял анкету.

Код участника исследования будет присвоен после вскрытия конверта.

КОД УЧАСТНИКА ИССЛЕДОВАНИЯ (просим не заполнять) _____

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ АНКЕТЫ: _____ /ДЕНЬ/_____ /МЕСЯЦ/ _____ /ГОД/

№ 1. ИМЕЮТСЯ ЛИ СРЕДИ ВАШИХ ЗНАКОМЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ?

1. Да
2. Нет

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, СПОСОБНЫ ЛИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ ...?

	Вполне способны	Скорее способны, чем нет	Скорее не способны, чем способны	Не способны	Не знаю
№ 2. Исполнять обязанности на работе, так же как и другие люди	1	2	3	4	5
№ 3. Заводить семью, так же как и другие люди	1	2	3	4	5
№ 4. Занимать общественные должности, так же как и другие люди	1	2	3	4	5
№ 5. Заниматься спортом, так же как и другие люди	1	2	3	4	5
№ 6. Работать на общих основаниях вместе с другими людьми	1	2	3	4	5

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОЛЖНЫ ЛИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ ...?

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Не знаю
№ 7. Пребывать в больнице на общих основаниях вместе с другими людьми	1	2	3	4	5
№ 8. Отбывать наказание на общих основаниях вместе с другими людьми	1	2	3	4	5
№ 9. Получать медицинскую помощь там же, где все другие люди	1	2	3	4	5
№ 10. Прикасаться к здоровым людям	1	2	3	4	5
№ 11. Учиться за государственный счет в ВУЗе	1	2	3	4	5
№ 12. При приеме на работу говорить о своей инфицированности ВИЧ	1	2	3	4	5

№ 13. ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ НЕ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ТАМ ЖЕ, ГДЕ ВСЕ ДРУГИЕ ЛЮДИ, ТО ГДЕ, НА ВАШ ВЗГЛЯД, ОНИ ДОЛЖНЫ ЕЁ ПОЛУЧАТЬ? *Отметьте все нужные варианты.*

1. В спецкабинетах в обычных поликлиниках.
2. В спецполиклиниках.
3. В Центре СПИД.
4. В ЛПУ общей лечебной сети.
5. Другое (*напишите*).

№ 14. ЕСЛИ ВЫ УЗНАЕТЕ, ЧТО В ДЕТСКОМ САДУ ИЛИ В ШКОЛЕ, КУДА ХОДИТ (МОЖЕТ ХОДИТЬ) ВАШ РЕБЕНОК, НАХОДЯТСЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ, РАЗРЕШИЛИ БЫ ВЫ СОЕМУ РЕБЕНКУ ХОДИТЬ ТУДА?

1. Да.
2. Скорее всего, да.
3. Скорее всего нет.
4. Нет.
5. Затрудняюсь ответить.

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МОГУТ ЛИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ...?

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Не знаю
№ 15. Женщины вступать в брак со здоровым мужчиной	1	2	3	4	5
№ 16. Мужчины вступать в брак со здоровой женщиной	1	2	3	4	5

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ УТВЕРЖДЕНИЯМИ?

	Вполне согласен	Скорее согласен, чем нет	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен	Не знаю
№ 17. Работодатели при приеме на работу должны учитывать ВИЧ-инфицированность человека	1	2	3	4	5
№ 18. Работодатели при приеме на работу должны требовать справку об отсутствии ВИЧ-инфицированности у человека	1	2	3	4	5
№ 19. ВИЧ-инфицированным людям не имеет смысла продолжать профессиональное образование	1	2	3	4	5
№ 20. Государство должно изолировать ВИЧ-инфицированных людей в специальных учреждениях	1	2	3	4	5

	Вполне согласен	Скорее согласен, чем нет	Скорее не согласен, чем согласен	Не согласен	Не знаю
№ 21. Списки ВИЧ-инфицированных должны передаваться в больницы	1	2	3	4	5
№ 22. Списки ВИЧ-инфицированных должны распространяться во всех учебных заведениях	1	2	3	4	5
№ 23. ВИЧ-инфицированные люди должны честно и открыто рассказать другим людям о своей болезни	1	2	3	4	5

№ 24. ЧТО ВЫ ИСПЫТЫВАЕТЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЛЮДЯМ?

ДАЙТЕ ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ!

1. ЖЕЛАНИЕ ПОМОЧЬ.
2. СОЧУВСТВИЕ.
3. БЕЗРАЗЛИЧИЕ.
4. НАПРЯЖЕНИЕ.
5. БЕСПОКОЙСТВО.
6. ТРЕВОГУ.
7. СТРАХ.
8. БРЕЗГЛИВОСТЬ.
9. ГНЕВ.
10. ДРУГОЕ.
11. НЕ ЗАДУМЫВАЛИСЬ ОБ ЭТОМ.

НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ ИЛИ НЕ СОГЛАСНЫ С ТЕМ, ЧТО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ... *Дайте ответ по каждой строке*

	Полностью согласен	Скорее согласен, чем нет	Скорее не согласен, чем согласен	Полностью не согласен
№ 25. Ведут беспорядочный образ жизни	1	2	3	4
№ 26. Это — наркоманы	1	2	3	4
№ 27. Это — жертвы эпидемии	1	2	3	4
№ 28. Это — проститутки и гомосексуалисты	1	2	3	4
№ 29. Это — отбросы общества	1	2	3	4
№ 30. Это — те, кто изменяет женам/мужьям	1	2	3	4
№ 31. Это — такие же люди, как я	1	2	3	4
№ 32. Это — разносчики смертельной заразы	1	2	3	4
№ 33. Могут быстро заразить каждого	1	2	3	4
№ 34. Это — носители инфекции, которая легко распространяется	1	2	3	4

НА ВАШ ВЗГЛЯД, КАКИЕ МЕРЫ ДОЛЖНА ПРЕДПРИНЯТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННАЯ ЖЕНЩИНА, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ЗАРАЖЕНИЕ СВОЕГО РЕБЕНКА?

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Не знаю
№ 35. Сделать аборт	1	2	3	4	5
№ 36. Попросить сделать специальную обработку родовых путей	1	2	3	4	5
№ 37. Попросить сделать кесарево сечение	1	2	3	4	5
№ 38. Не использовать грудное вскармливание	1	2	3	4	5
№ 39. Принимать специальные лекарственные препараты для лечения ВИЧ-инфекции (антиретро-вирусные препараты)	1	2	3	4	5
№ 40. Сделать операцию по стерилизации, после которой она уже не сможет иметь детей	1	2	3	4	5
№ 41. Наблюдаться в Центре СПИД или в другом специализированном ЛПУ	1	2	3	4	5

№ 42. ЧТО ВЫ БУДЕТЕ ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ УЗНАЕТЕ, ЧТО У ВАС НА ПРИЕМЕ НАХОДИТСЯ ВИЧ-ИНФРЦИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ?

Напишите _____

_____

НА ВАШ ВЗГЛЯД, ДОЛЖНЫ ЛИ...?

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Не знаю
№ 43. Медработники, когда назначают людям анализ крови на ВИЧ-инфекцию, информировать и получать согласие пациента на тестирование	1	2	3	4	5
№ 44. Врачи предлагать ВИЧ-инфицированной женщине аборт как средство предотвращения заражения ребенка ВИЧ	1	2	3	4	5

ГОТОВЫ ЛИ ВЫ...?

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Не знаю
№ 45. Оказывать такую же медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным людям, как и другим больным	1	2	3	4	5
№ 46. Тратить больше времени на ВИЧ-инфицированных людей по сравнению с обычными больными	1	2	3	4	5

СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО...?

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Не знаю
№ 47. Нет способа лечения для сохранения здоровья ВИЧ-инфицированного	1	2	3	4	5
№ 48. Есть случаи излечения ВИЧ-инфицированных людей	1	2	3	4	5
№ 49. В России доступна помощь для ВИЧ-инфицированных людей	1	2	3	4	5
№ 50. Можно что-либо сделать, чтобы помощь для ВИЧ-инфицированных людей в Вашем ЛПУ оказывалась в полном объеме	1	2	3	4	5
№ 51. Если ВИЧ-инфицированная женщина родила, от нее всегда заражается ребенок	1	2	3	4	5

№ 52. В КАКОЙ МЕРЕ ВЫ ЗНАКОМЫ С ПОРЯДКОМ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ?

1. Хорошо знаком.
2. Знаком в общих чертах.
3. Что-то слышал.
4. Не знаком.

Выскажите свое мнение по каждому из нижеследующих утверждений.

По каждой строке дайте ответ, который лучше всего соответствует вашему мнению.

	Полностью согласен	Скорее согласен, чем нет	Скорее не согласен, чем согласен	Полностью не согласен
№ 53. Если я узнаю, что в общественном месте находится ВИЧ-инфицированный человек, то я отнесусь к этому спокойно	1	2	3	4
№ 54. Я постараюсь уйти как можно быстрее, если рядом окажется ВИЧ-инфицированный человек	1	2	3	4
№ 55. Если бы член моей семьи заболел СПИДом, я бы не стал заботится о нем или о ней в своем доме	1	2	3	4

	Полностью согласен	Скорее согласен, чем нет	Скорее не согласен, чем согласен	Полностью не согласен
№ 56. Если бы я знал, что продавец магазина, в который я хожу, болен ВИЧ, я бы не стал покупать у него свежие овощи	1	2	3	4
№ 57. Если бы член моей семьи заразился ВИЧ, я бы стал держать это в секрете	1	2	3	4
№ 58. Если бы я узнал, что мой знакомый — ВИЧ-инфицированный, я бы не стал продолжать с ним поддерживать отношения	1	2	3	4
№ 59. Если учитель имеет ВИЧ-положительный статус, но хорошо себя чувствует, он или она может продолжать преподавать в школе	1	2	3	4
№ 60. Если врач имеет ВИЧ-положитель-ный статус, но хорошо себя чувствует, он или она может продолжать принимать больных и производить медицинские манипуляции	1	2	3	4
№ 61. Если спортивный инструктор имеет ВИЧ-положительный статус, но хорошо себя чувствует, он или она может продолжать проводить тренировки с людьми	1	2	3	4

№ 62. ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, ЧТО ТАКОЕ СПИД (СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА)? *Дайте только один ответ!*

1. Поражение иммунной системы, развившееся вследствие воздействия радиации или действия химических препаратов.
2. Одна из стадий инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).
3. Иммунная недостаточность, из-за которой человек стал восприимчивым к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ).

№ 63. НА ВАШ ВЗГЛЯД, МОЖНО ЛИ ЗАРАЗИТЬСЯ СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА (СПИДОМ)?

1. Можно.
2. Нельзя.
3. Не знаю.

Можно ли заразится ВИЧ следующими путями?

По каждой строке дайте ответ, который соответствует вашему мнению.

	Возможно	Невозможно	Не знаю
№ 64. Через укус комара	1	2	3
№ 65. Если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным человеком	1	2	3
№ 66. Если пользоваться инъекционным инструментом, который уже был использован другим человеком	1	2	3
№ 67. Если не пользоваться презервативом	1	2	3
№ 68. При половых контактах с больным СПИДом	1	2	3
№ 69. При переливании крови больного СПИДом	1	2	3

№ 70. НА ВАШ ВЗГЛЯД, КТО ПОДВЕРГАЕТСЯ САМОМУ БОЛЬШОМУ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ СПИД (ВИЧ)? *Отметьте не более 3-х вариантов.*

1. Лаборанты, проводящие обследование крови населения на антитела к ВИЧ.
2. Акушеры.
3. Терапевты.
4. Офтальмологи.
5. Венерологи.
6. Хирурги.
7. Инфекционисты.
8. Гомосексуалисты.

9. Стоматологи.
10. Гематологи.
11. Кто еще _____.

№ 71. МОЖЕТ ЛИ ЗДОРОВЫЙ НА ВИД ЧЕЛОВЕК ИМЕТЬ ВИЧ?

1. Может.
21. Нет.
3. Не знаю.

№ 72. МОЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ЧЕЛОВЕКА БОЛЬНОГО СПИДОМ ПО ВНЕШНЕМУ ВИДУ? *Дайте только один ответ*

1. Нельзя.
2. Можно по характерной мимике.
3. Иногда можно, при наличии у него специфических кожных проявлений болезни.
4. Можно по его подозрительному поведению.

№ 73. ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА ВЫЯВИЛИ АНТИТЕЛА К ВИРУСУ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ), ТО ОН? *Дайте только один ответ*

1. Болен СПИДом.
2. Имеет высокий риск заболеть СПИДом.
3. Имеет некоторый риск заболеть СПИДом.

№ 74. ЕСЛИ У ЧЕЛОВЕКА НЕ ВЫЯВИЛИ АНТИТЕЛА К ВИРУСУ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ), ТО ОН? *Дайте только один ответ*

1. Не инфицирован ВИЧ.
2. Инфицирован ВИЧ.
3. Вполне возможно, что инфицирован, а антитела еще не выработались, нужно повторить обследование.

№ 75. НАДО ЛИ ЛЕЧИТЬ ЗАРАЖЕННЫХ ВИЧ? *Дайте только один ответ*

1. Не надо.
2. Да, надо, в специальных закрытых стационарах.
3. В зависимости от клинических и лабораторных показателей.
4. Да, надо, но только не наркоманов.

№ 76. ИЗЛЕЧИМ ЛИ, НА ВАШ ВЗГЛЯД, СПИД? *Отметьте все нужные варианты*

1. Не излечим.
2. Излечим с помощью нового препарата, изобретенного в Армении.
3. Иммунную систему можно временно восстановить с помощью современной высокоактивной антиретровирусной терапии, но полностью вылечить больного нельзя, так как вирус сохраняется.
4. Вирус, вызывающий СПИД можно убить, но восстановить иммунную систему нельзя.
5. СПИД полностью излечивается при применении иммуностимуляторов четвертого поколения, применяемых США в виде комбинированной терапии.
6. Излечим на ранних стадиях.
7. СПИД излечим с помощью современной высокоактивной антиретровирусной терапии.

можно ли снизить риск передачи ВИЧ, ...?

	Возможно	Невозможно	Не знаю
№ 77. Если иметь половые контакты только с одним верным, неинфицированным ВИЧ-партнером	1	2	3
№ 78. Если постоянно использовать презервативы	1	2	3

№ 79. КАКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬ УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СПИДОМ И ЗАРАЖЕННЫХ ВИЧ? *Отметьте все нужные варианты*

1. Инфекционисты.
2. Психиатры.
3. Акушеры.
4. Гастроэнтерологи.
5. Дерматологи.
6. Хирурги.
7. Стоматологи.
8. Терапевты.
9. Венерологи.
10. Отоларингологи.
11. Невропатологи.
12. Наркологи.
13. Кто еще.

№ 80. ВСЕХ ЛИ ПАЦИЕНТОВ НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ? *Дайте только один ответ*

1. Да, всех, для предотвращения распространения внутрибольничной инфекции.
2. Да, всех, для выявления инфекции на ранней стадии и своевременного начала лечения.
3. Да, всех, для определения тактики лечения.
4. ***Только тех, кто согласится на тестирование, остальным нужно рассказать о мерах профилактики ВИЧ-инфекции.***
5. Всем нужно рассказать о ВИЧ-инфекции, способах профилактики и лечения, а протестировать только тех, кто согласится на тестирование.

№ 81. КОГДА ВЫ ЗАБИРАЕТЕ КРОВЬ У ПАЦИЕНТА ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ,... *Дайте только один ответ*

1. Вы предлагаете ему обследоваться на ВИЧ.
2. Исследование проводите, не информируя пациента.
3. Если он отказывается от обследования на ВИЧ, предлагаете ему получить медицинскую помощь в другом учреждении.

№ 82. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ, КТО КОНСУЛЬТИРУЕТ ПАЦИЕНТА В ВАШЕМ УЧРЕЖДЕНИИ ПО ПОВОДУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ? *Отметьте все соответствующие ответы*

1. Медсестра.
2. Врач.
3. Консультант кабинета тестирования.
4. Никто.
5. Другое (*пожалуйста, уточните*).

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ИЛИ ЗАБОРА КРОВИ У ПАЦИЕНТА ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ, КТО-НИБУДЬ...

	Нет	Да	Не знаю
№ 83 Объясняет пациенту, как будет выполнен тест?	0	1	7
№ 84 Объясняет значение положительного или отрицательного результата исследования?	0	1	7
№ 85 Обсуждает с пациентом, что дает тестирование или каковы последствия отказа от обследования?	0	1	7
№ 86 Рассказывает пациенту о ВИЧ-инфекции, поведении, приводящем к заражению ВИЧ, а также о методах предупреждения или снижения риска заражения?	0	1	7

№ 87. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕ БУДУТ ВЫЯВЛЕНЫ АНТИТЕЛА К ВИЧ, КАК ЕМУ СООБЩАТ РЕЗУЛЬТАТ В ВАШЕМ ЛПУ? *Дайте только один ответ*

1. Сообщат лично и проконсультируют.
2. Сообщат только по телефону результаты.
3. Сообщат лично только результаты.
4. Ничего не сообщат.
5. Ничего не сообщат, если он сам не станет узнавать результаты.

№ 88. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА БУДУТ ВЫЯВЛЕНЫ АНТИТЕЛА К ВИЧ, КАК ЕМУ СООБЩАТ РЕЗУЛЬТАТ В ВАШЕМ ЛПУ? *Дайте только один ответ*

1. Сообщат лично и проконсультируют.
2. Сообщат только по телефону результаты.
3. Ничего не сообщат пациенту, а направят его в Центр СПИД.
4. Ничего не сообщат, если он сам не станет узнавать результаты.

№ 89. КТО В ВАШЕМ ЛПУ СООБЩАЕТ ПАЦИЕНТУ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ? *Отметьте все нужные варианты*

1. Медсестра.
2. Врач.
3. Консультант кабинета тестирования.
4. Никто.
5. Другое (*пожалуйста, уточните*)_____.

№ 90. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, В ВАШЕМ МЕДУЧРЕЖДЕНИИ ПОЛУЧАЮТ ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ?

1. Да.
2. Нет.
3. Не знаю.

№ 91. ЕСЛИ ВЫЯСНИТСЯ, ЧТО В ВАШЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ ПОСТУПИЛ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ, ТО ....? *ДАЙТЕ ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ*

1. Весь необходимый объем медицинской помощи ему будет оказан в Вашем ЛПУ.
2. Ему будет оказана медицинская помощь в полном объеме в Вашем ЛПУ и он будет направлен в Центр СПИД.
3. После оказания минимального объема медицинской помощи в Вашем ЛПУ он будет направлен в Центр СПИД.

№ 92. ГОТОВЫ ЛИ ВЫ ЛИЧНО ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ ЗАНИМАТЬСЯ ЛЕЧЕНИЕМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ?

1. ДА.
2. НЕТ.
3. НЕ ЗНАЮ.

№ 93. ЕСЛИ У ВАШЕГО ПАЦИЕНТА БУДУТ ВЫЯВЛЕНЫ АНТИТЕЛА К ВИЧ, ВЫ БУДЕТЕ ОКАЗЫВАТЬ ЕМУ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ? *ДАЙТЕ ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ*

1. Будете оказывать ему специализированную помощь, и сообщите ему о том, что он заражен ВИЧ.
2. Будете оказывать ему специализированную помощь и не сообщите ему о том, что он заражен ВИЧ, так как о диагнозе ему расскажут в Центре СПИД.
3. Не будете оказывать специализированную помощь и не сообщите ему о том, что он заражен ВИЧ, а направите его в Центр СПИД.

ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ СООБЩАТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ, КТО-НИБУДЬ В ВАШЕМ ЛПУ...?

	Нет	Да	Не помню
№ 94 Убедится в том, что ему будет доступна немедленная психологическая поддержка от партнера, родственника или друга	0	1	7
№ 95 Скажет ему о том, что ВИЧ-положительный человек в течение долгого времени может оставаться здоровым и продолжать обычный образ жизни	0	1	7
№ 96 Предоставит ему информацию об организациях и службах, оказывающих помощь и психологическую поддержку	0	1	7
№ 97 Рекомендует ему узнать больше о том, какой уход и лечение нужны ВИЧ-положительным людям, и обратиться в специализированное ЛПУ	0	1	7
№ 98 Расскажет ему о том, как предотвратить или снизить риск передачи ВИЧ партнеру/ам	0	1	7

№ 99. КАКОВА ВЕРОЯТНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА?

0% 0,03% 1% 12%

№100. КАКОВА ВЕРОЯТНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРИ БЕЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ?

1% 8% 25% 63% 100%

№101. СКОЛЬКО ВСЕГО ЛЮДЕЙ ВЫ ЗНАЕТЕ, У КОГО БЫЛ ИЛИ ЕСТЬ ВИЧ/СПИД?

Напишите _____ *Если ни одного, → переходите к вопросу 103.*

№102. КЕМ ВАМ ПРИХОДЯТСЯ ЭТОТ ЧЕЛОВЕК/ЭТИ ЛЮДИ? *Отметьте все нужные варианты*

1. Муж или жена.
2. Партнер(ша) или любовник(ца).
3. Ребенок.
4. Родственник.
5. Друг.
6. Сосед.
7. Сотрудник.
8. Знакомый.
9. Человек/люди из СПИД-сервисной организации.
10. Пациент.
11. Другое (*уточните*) _____.

№103. ИЗ КАКИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ ВЫ УЗНАЛИ О ВИЧ/СПИДЕ? *Отметьте все, что считаете нужным*

1. Интернет.
2. Друзья или рассказы других людей.
3. Сослуживцы на работе.
4. Телефонные горячие линии.
5. Школа.
6. Врач, медсестра или другой медицинский работник.
7. Телевидение или радио.
8. Родители и другие члены семьи.
9. Центр борьбы со СПИДом.
10. Журналы, газеты, книги или брошюры.
11. СПИД-сервисные организации.
12. Сотрудники программы «Снижение Вреда».

13. Прослушал специальный курс усовершенствования (*укажите, где и какой* _____).
14. Слышал лекцию.
15. Читал специальную литературу.
16. Другое (*уточните*)_____.

№104. КОЛЬКО ВАМ ЛЕТ?

1. От 19–24 лет.
2. От 25 до 34 лет.
3. От 35 до 44 лет.
4. От 45 до 54 лет.
5. От 55 лет и старше.

№105. ВАШ ПОЛ?

1. Мужской.
2. Женский.

№106. ВАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ:

1. Среднее специальное.
2. Высшее.

№107. ГДЕ ВЫ РАБОТАЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

1. В областном центре.
2. В районном центре.

№108. В КАКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ВЫ РАБОТАЕТЕ? ОТМЕТЬТЕ НЕ БОЛЕЕ 3-Х ВАРИАНТОВ!

1. Женская консультация.
2. Роддом.
3. Поликлиника.
4. Стационар.
5. КВД.
6. Наркологический диспансер.

№109. ВАША СПЕЦИАЛЬНОСТЬ? *НАПИШИТЕ* _____

№110. ВАША ОБЛАСТЬ, РЕСПУБЛИКА _____

№111. ВАШ ГОРОД,_____

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!

Пожалуйста, положите заполненную анкету в конверт, заклейте его и отдайте сотруднику.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации



_____Р.А. Хальфин

20.09.2007 № 6964-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ (ТУБЕРКУЛЕЗ, ИППП, ГЕПАТИТЫ)»

Москва, 2007 г.

Настоящие методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» № 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2005 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний») при участии ФГУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора», Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (В.В. Покровский, Н.Н. Ладная), ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения агентства по здравоохранению и социальному развитию Росздрава» (М.А. Иванова), Национального научного центра наркологии Росздрава (В.В. Киржанова).

Рецензент: член-кореспондент РАМН, д.м.н., профессор Н.И. Брико.

Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от ___.09.2007 № _____-РХ. «Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям (туберкулез, ИППП, гепатиты)». — Москва, 2007. — 68 с.

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Достоверные статистические данные необходимы для объективной оценки ситуации и планирования мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. В методических рекомендациях представлена методика комплексного анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, ИППП, наркомании методические подходы к анализу показателей заболеваемости населения, смертности, распространенности и пораженности ВИЧ и сопутствующими заболеваниями. В рекомендациях впервые представлены методические подходы к анализу основных эпидемиологических показателей по ВИЧ-инфекции на основании форм федерального государственного статистического наблюдения. Показана достоверность и значимость различных показателей для оценки эпидемической обстановки. Определены факторы, влияющие на достоверность эпидемиологических показателей и показана необходимость сопоставления некоторых показателей между собой для выявления их достоверности. Разработан ряд новых нетрадиционных показателей для ВИЧ-инфекции и методика их расчета. Данный документ разработан на основании утвержденных форм государственной и ведомственной статистической отчетности, действующих в 2006 году, при принятии новых форм государственной отчетности документ будет пересмотрен.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Методические рекомендации предназначены для руководителей и специалистов центров по профилактике и борьбе со СПИДом, организаторов здравоохранения, эпидемиологов, дерматовенерологов, фтизиатров, наркологов, инфекционистов, для студентов, врачей-интернов, ординаторов и аспирантов медицинских ВУЗов, слушателей циклов повышения квалификации для получения представлений о современных подходах к методам оценки эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АРВ-препараты	—	антиретровирусные препараты
АРТ	—	антиретровирусная терапия
ВГ	—	вирусный гепатит
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ИБ	—	иммунный блотинг
ИППП	—	инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	—	иммуноферментный анализ
КСР	—	коммерческие сексуальные работники
ЛЖВС	—	люди, живущие с ВИЧ
МЗСР	—	Министерство здравоохранения и социального развития РФ
МСМ	—	мужчины имеющие секс с мужчинами
ОИ	—	оппортунистическая инфекция
ПИН	—	потребитель инъекционных наркотиков
РФ	—	российская Федерация
СПИД	—	синдром приобретенного иммунодефицита
ЮНЭЙДС	—	объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время мир переживает пандемию ВИЧ-инфекции, которая вследствие длительного течения и неизбежного смертельного исхода наносит человечеству серьезнейший ущерб. Общее число людей, живших с ВИЧ в станах мира на конец 2006 года составило 39,5 миллиона человек по данным ЮНЭЙДС[1], кроме того, от СПИДа уже умерло более 25 миллионов человек. Заражение ВИЧ такого количества людей во всем мире делает пандемию ВИЧ-инфекции — самой разрушительной эпидемией в истории человечества. До настоящего времени эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает опережать глобальные усилия по ее сдерживанию. Несмотря на усилия в области профилактики ВИЧ-инфекции в 2006 году в мире произошло более 4 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции. Начиная с 2003 года в странах Восточной Европы, и в частности в России, зафиксированы самые высокие темпы распространения эпидемии в мире.

Ухудшение социально-экономических условий общества в начале 90-х годов прошлого столетия и переход к рыночной экономике привели к стремительному распространению социально значимых заболеваний в Российской Федерации, таких как ВИЧ-инфекция, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), вирусные гепатиты, туберкулез и т.д. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Российской Федерации развивалась на фоне роста заболеваемости ИППП, наркомании, парентеральных вирусных гепатитов и туберкулеза. Последствия распространения данных заболеваний создают серьезную угрозу безопасности страны. Профилактика и лечение этих заболеваний является важнейшей медико-социальной проблемой, требующей немалых экономических затрат. Из числа регистрируемых инфекций особенно стремительны были темпы распространения ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

В течение последних 10 лет, на фоне динамического снижения большинства учитываемых ИППП, сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация[2]. Причины снижения общей заболеваемости ИППП многие авторы связывают с их неполной регистрацией. Большинство пациентов обращается к частнопрактикующим врачам и к специалистам других негосударственные медицинских организаций, где

[1] ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006. UNAIDS/06.29R, AIDS epidemic update: December 2006.

[2] Кошкин С.В., Чермных Т.В., Захаров Р.В., Суслов Н.М., Широнина Н.Л. О мерах профилактики инфекций, передающихся половым путем, среди ВИЧ-инфицированных заключенных. Тезисы научных трудов 1-го Российского конгресса дерматовенерологов, 23–26 сентября 2003, том 2, с. 192.

не налажена система учета ИППП[3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Ввиду неблагополучной эпидемиологической ситуации по ИППП тревожным становится вероятность передачи ВИЧ-инфекции половым путем.

На протяжении последних пяти лет (2000–2005 гг.) показатели распространенности наркологических расстройств в России стабилизировались на высоком уровне — 2,3–2,4% общей численности населения со среднегодовым приростом 0,8%. В целом за последние 5 лет показатель увеличился на 4,0%. 90-е годы прошлого века характеризовались для страны ростом первичного обращения больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями. Заболеваемость наркоманией возросла многократно. В этот период темпы прироста показателей заболеваемости были стабильно высоки и составляли ежегодно 30–100% от уровня предыдущего года. В 2000 г. показатель заболеваемости наркоманией достиг своего максимума — 50,4 больного на 100 тыс. населения. Последующий период характеризовался существенным и быстрым снижением заболеваемости, и это снижение продолжалось до 2004 г., когда показатель составил 14,7, т.е. снизился в 3,4 раза. В 2005 году этот показатель впервые за последние 5 лет вновь увеличился: если в 2004 г. он составлял 14,7 на 100 тыс. населения, то в 2005 г. — 17,1, или увеличение составило 16,3%.

---

[3] Delune D.H.Y-a-t-il en Belgigue des tendances nouvelles dans I'organization des services de maladies veneriennes? Prophylax, san.morale, 1972, P. 147–149.

[4] Gaugnoux Y., Veiga-Pires H. Situation des maladies veneriennes en France. Prophylax. San.morale, 1972, 44, 5.

[5] Yzzat N.N., Ramsey S.M., Jacobson K.A. Syphilis Controlin Texas: A Correlate.Int.J.Derm., 1973, 12, 1, P. 64–67.

[6] Martin-Bouyer G., Gaignoux J., Lemesle M.-F. Donnees statistigues sur les maladies veneriennes en France metropolitaine. Inform. Malad. vener., 1979, 51, № 4, P. 209–215.

[7] Harahar M., Sexually transmitted diseases in Indonesia. Brit. J. vener. Dis.», 1980, 56, № 5, P. 282–284.

[8] Wallin J. Sexuall ubertagbare Erkrankungen:Dic gegenwartige Situation in Schweden. Hautart, 1980, 31, № 5, P. 233–236.

[9] Belsey E.N., Adler H.W. Stady of STD clinic atteners in England and Wales, 1978.I. Patients versus cases. «Brit. J. Vener. Dis.» 1981, 57, № 5, P. 285–289.

[10] Catteral R.D. Sexually transmitted diseases in Sabah and Sarawak. «Brit. J. vener. Dis.», 1981, 57, № 6, P. 363–366.

[11] Plorde D.S. Sexually transmitted diseases in Ethiopia. Brit. J. vener. Dis., 1981, 57, № 6, P. 357–362.

[12] M. Domeika. Epigemiologi and Management of Sexually transmitted infections in Europe. International Scientifical Practical Conference «Modern approach to the diagnostics, treatment and prophylaxis of sexually transmitted diseases». Grodno. 2005. P. 13–16.

[13] Навроцкий А.Л. Национальная стратегия и задачи по усилению контроля и профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Международная научно-практическая конференция «Современные подходы к диагностике лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем». Республика Беларусь, Гродно, 2005, с. 11–16.

[14] Иванова М.А. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем в Российской Федерации: 2002–2004 годы // *Клиническая дерматология и венерология*. № 2, 2005, с. 9–12.

Аналогичные тенденции можно наблюдать и при анализе заболеваемости ВИЧ-инфекции. В России первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина страны был выявлен в 1987 г. Период до 1995 г. характеризовался стабильными, но очень низкими показателями заболеваемости и пораженности. Начиная с 1996 г. в России отмечалось стремительное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса в популяции потребителей наркотиков. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией достиг своего пика в 2001 г. Последующий период с 2002 по 2004 г. характеризовался снижением заболеваемости. В 2005 г. снова зарегистрирован подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией и увеличилась пропорция зараженных половым путем.

ЭПИДНАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Эпидемиологический надзор за заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека ведется в мире с начала 80-х годов. К сложностям и проблемам анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, связанным с особенностями заболевания, относятся: длительный бессимптомный (в среднем 8–10 лет) период ВИЧ-инфекции до развития СПИДа, сложность обнаружения инфекции в наиболее уязвимых группах населения, неизлечимость заболевания и неизбежность смертельного исхода, высокая до настоящего времени стигматизация и дискриминация ВИЧ-инфицированных обществом, а также социально обусловленные предпосылки и серьезные медико-социально-политические последствия развития эпидемии. Одновременно с ВИЧ-инфекцией часто в тех же группах населения распространены и другие заболевания, к которым относятся инфекции передаваемые половым путем, парентеральные вирусные гепатиты, наркомания и туберкулез. В данной связи целесообразным является проведение комплексного анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям. К настоящему времени имеется широкий спектр методов получения эпидемиологической информации в отношении ВИЧ-инфекции, которые по рекомедации ВОЗ/ЮНЭЙДС[15] условно разделяются на биологические, прикладные и поведенческие методы.

Методы получения эпидемиологической информации в отношении ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний

1. Биологические методы.

   Диагностика ВИЧ-инфекции.

   - Серологический скрининг на наличие антител к ВИЧ

   — обследование определенных групп населения при добровольном и обязательном тестировании;

   — скрининг проб в рамках дозорного эпиднадзора.

[15] Guidelines for second generation HIV surveillance, 2000 WHO, UNAIDS, 40.

- Молекулярно-эпидемиологический мониторинг
- Иммунологическая и микробиологическая диагностика клинического состояния ВИЧ-инфицированного
- Диагностика СПИДа

2. Прикладные методы.

- Регистрация случаев ВИЧ-инфекции, СПИДа и случаев смерти ВИЧ-инфицированных
- Регистрация случаев ВИЧ-сероконверсии
- Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции

— определение распространенности ВИЧ-инфекции и темпов развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в том числе в различных группах населения;

— определение основных путей передачи ВИЧ-инфекции;

— количество инфицированных в стадии СПИД;

— смертность и летальность среди ВИЧ-инфицированных;

— распространенность различных вариантов вируса ВИЧ;

— демографическая характеристика ВИЧ-инфицированных.

- Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваниям с общими путями передачи и сопутствующим заболеваниям

— заболеваемость распространенность вирусными гепатитами В и С;

— заболеваемость распространенность инфекциями, передающимися половым путем;

— Заболеваемость распространенность туберкулезом.

- Анализ распространенности наркомании
- Анализ объема проведенных профилактических мероприятий
- Оценка эффективности профилактических программ
- Прогнозирование развития эпидемии ВИЧ-инфекции

3. Поведенческие методы.

- Сбор данных о поведенческих особенностях населения, способствующих распространению ВИЧ-инфекции

— демографическая структура населения;

— определение групп риска в отношении ВИЧ-инфекции и величины этих групп среди общего населения;

— оценка знаний населения в области ВИЧ-инфекции и отношения к проблеме;

— особенности сексуального поведения населения и использование презервативов;

— особенности потребления наркотиков на территории;

— доступность медицинского обслуживания.

- Проведение эпидемиологического расследования случев ВИЧ-инфекции.

До сих пор в мировой практике для целей эпиднадзора используется и диагностика СПИДа и диагностика ВИЧ-инфекции. Так как ВИЧ был открыт позднее, чем вызываемый им СПИД, то регистрация случаев СПИДа началась раньше и по-прежнему имеет большое значение в эпидемиологии ВИЧ-инфекции. Точное число случаев ВИЧ-инфекции весьма трудно установить, так как до настоящего времени в большом числе стран мира ведется регистрация случаев СПИДа и действуют серьезно отличающиеся системы эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом. Выявление новых случаев СПИДа характеризует эпидемию ВИЧ-инфекции 8–10 летней давности и слабо отражает современные тенденции. Кроме того, в разных странах для оценки распространенности ВИЧ-инфекции с различной регулярностью обследуются различные группы населения. Чаще всего обследуются беременные женщины, доноры и пациенты клиник диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем.

На национальном уровне система поименной регистрации случаев СПИДа начала функционировать в 1983 г. в США, Австралии и Дании, в 1986 г. в Италии, а после 1986 г. в связи с протестами общественных организаций, большинство стран мира начали регистрировать случаи СПИДа в анонимном или закодированном виде.

Обязательная регистрация случаев ВИЧ-инфекции была начата в 1985 г. в Чехословакии и Югославии, а впоследствии в 1987 г. в СССР, в 1992 г. в Австралии. В 1998 г. национальные системы регистрации случаев ВИЧ-инфекции были основаны в 36 странах, в том числе в США, из них 27 стран имели обязательную регистрацию[16]. Системы поименной регистрации СПИДа, а впоследствии и системы регистрации ВИЧ-инфекции, а также обязательное тестирование на антитела к ВИЧ встретили серьезнейшее противодействие и критику со стороны сообществ людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), и гей-сообществ как факты нарушения неприкосновеннос-

[16] The role of name-based notification in public health and HIV surveillance Report — 1/7/2000 UNAIDS.

ти частной жизни. В связи с такой оппозицией в большинстве стран мира на долгое время были отложены мероприятия по регистрации ВИЧ-инфекции, а обязательное тестирование обычно применялось только для доноров крови, органов и тканей.

В 1990 г. ВОЗ[17] кроме регистрации случаев СПИДа предложил учитывать информацию о пораженности ВИЧ и рискованном поведении населения для получения более адекватной информации об эпидемии ВИЧ-инфекции, поскольку регистрация СПИДа приводила к отставанию информации о эпидемии на несколько лет.

В мировой практике представление о распространенности ВИЧ-инфекции складывалось из анализа результатов многих исследований. Примером многоплановых подходов к эпиднадзору может быть система добровольных для врачей сообщений о случаях СПИДа, сообщения о всех выявляемых случаях ВИЧ-инфекции, программа обязательного и добровольного тестирования на ВИЧ, программа в виде выборочных анонимных обследований, выяснение причин заражения ВИЧ, сбор данных о клиническом состоянии пациента, о получении антиретровирусной терапии (АРТ), резистентности и некоторые другие данные.

С появлением в 1996 г. высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) стала актуальной регистрация случаев ВИЧ-инфекции, активное тестирование на ВИЧ населения и диспансерное наблюдение за инфицированными для своевременного начала терапии. Система регистрации случаев ВИЧ-инфекции была предложена Европейским центром надзора за ВИЧ в 1998 г. Системы мониторинга за пре-АРТ, а фактически информация о диспансерном наблюдении за ВИЧ-позитивными и пациентами, начавшими АРТ, были предложены ВОЗ и ЮНЭЙДС в 2004 г.[18]

В рамках предложенного в 2000 г. ВОЗ и ЮНЭЙДС[2,19] эпиднадзора второго поколения рекомендуется усилить данные дозорного надзора поведенческими исследованиями в тех же группах населения, где проводятся сквозные серологические исследования и данными о распространенности инфекций со сходными путями передачи. Основными принципами второго поколения эпидемиологического надзора являются: соответствие стадии эпидемии, динамичность системы, ее изменение вместе с эпидемией, использование ресурсов в областях, которые приносят наиболее полезную информацию, сопоставление биологических и поведенческих данных для обеспечения максимальной информативности, использование информации из других источников, и наконец, использование полученных данных для усиления и совершенствования противоэпидемических мер на национальном уровне. Высо-

[17] Global Programme on AIDS «Guidelines for Monitoring infection in population, WHO, February 1990.

[18] Patient nonitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART) WHO, UNAIDS, 2004.

[19] Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. Geneva, UNAIDS/WHO, 2001, 37.

кую ценность для эпиднадзора второго поколения имеют исследования по определению численности групп населения, поведение которых связано с риском заражения ВИЧ. Эти исследования являются этапом для выбора групп для дозорных исследований и оценки текущей ситуации по ВИЧ и прогноза. Во многих странах мира к 2005 году были внедрены элементы рекомендованного эпиднадзора второго поколения. В Российской Федерации исследования в рамках эпиднадзора второго поколения до настоящего времени проводятся преимущественно по инициативе и при финансовой поддержке международных организаций. Среди государственных организаций наибольшее количество сероэпидемиологических и поведенческих исследований по ВИЧ-инфекции было проведено Северо-Западным окружным центром по профилактике и борьбе со СПИДом, коллективом авторов Северо-Западного окружного центра СПИДа было опубликовано и единственное утвержденное в России руководство по дозорному надзору[20, 21, 22]. К сожалению, до настоящего времени данные исследований, получаемые различными авторами, очень разрозненны, так же, как и применяемые ими методики. До настоящего времени отсутствует единый унифицированный сбор результатов сероэпидемиологических и поведенческих исследований. А в условиях отсутствия стандартизации применяемых методик результаты исследований зачастую трудно сравнивать и интерпретировать, что не умаляет их ценности.

Инструментом, предлагаемым ВОЗ, ЮНЭЙДС для оценки количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), на территории отдельных стран, является использование систем дозорного эпиднадзора и дальнейшее компьютерное моделирование эпидемии с помощью пакет программ для оценки и прогнозирования и «Спектрум». Сероэпидемиологические исследования в рамках дозорного эпиднадзора ВОЗ рекомендует проводить среди уязвимых групп населения, а также среди беременных женщин и пациентов клиник по ИППП со средней периодичностью 1 раз в год, на небольших выборках населения. Однако в Российской Федерации проводится тестирование на антитела к ВИЧ в больших объемах, и в том числе среди беременных женщин, пациентов с ИППП, наркопотребителей, поэтому целесообразно использовать данные скрининговых исследований для целей эпидемиологического надзора.

---

[20] Смольская Т.Т., Третьякова В.И., Огурцова С.В. Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией среди потребителей наркотиков инъекционным способом. Пособие для врачей, Санкт-Петербург, 2002, 43.

[21] Смольская Т., Ходакевич Л., Кобыща Ю. и др. Изучение распространенности ВИЧ методом дозорного надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии*. 2000, № 4, С. 31–33.

[22] Смольская Т.Т., Островский Д.В., Шилова Э.А., Суворова С.В., Котова С.В., Терентьева Ж.В., Волкова Г.В., Макаренко Г.А. Изучение распространенности ВИЧ-инфекции методом дозорного эпиднадзора среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем в Санкт-Петербурге. Отчет по проекту, 1999.

Для целей осуществления эпиднадзора второго поколения была создана классификация стадий эпидемии ВИЧ-инфекции. По данной классификации эпидемия имеет три стадии.

В соответствии с данной классификацией, для эпидемиологического надзора в условиях начальной стадии эпидемии рекомендуются: сквозные поведенческие обследования уязвимых по ВИЧ групп, эпиднадзор за ИППП и другими биологическими маркерами риска, серологический надзор за ВИЧ в группах риска, отчетность о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа и регулярный скрининг донорской крови.

Классификация стадий эпидемии ВИЧ-инфекции[2]

Стадия	Характеристика
Низкого уровня распространения	Распространенность ВИЧ не превышает 5% ни в одной группе населения, практикующей рискованное, в отношении заражения ВИЧ, поведение
Концентрированной эпидемии	Распространенность ВИЧ-инфекции превышает 5% хотя бы в одной из уязвимых групп, среди беременных женщин распространенность ВИЧ составляет менее 1%
Генерализованной эпидемии	Распространенность ВИЧ среди беременных женщин выше 1%

В соответствии с рекомендациями по организации эпиднадзора на концентрированной стадии эпидемии к вышеозначенным мероприятиям по начальной стадии эпидемии добавляется серологический и поведенческий надзор за ВИЧ в группах-проводниках и сквозное изучение поведения населения в целом, дозорный эпиднадзор за ВИЧ среди населения в целом в городских районах.

На генерализованной стадии эпидемии рекомендуются следующие мероприятия по эпиднадзору: дозорный эпиднадзор за ВИЧ среди беременных женщин в городских и сельских районах, сквозное поведенческое обследование всего населения в целом, сквозное поведенческое обследование молодежи, эпиднадзор за ВИЧ и поведением групп с повышенным поведенческим риском, данные о заболеваемости и смертности.

«Эпиднадзор третьего поколения за ВИЧ/СПИД/ИППП» был предложен в 2003 г. совместно ВОЗ, CDC, ЮНЭЙДС[23]. Он включает: универсальную регистрацию случаев ВИЧ/СПИД/ИППП, дозорные и поведенческие качественные и количественные исследования в уязвимых группах, надзор за резистентностью, надзор за лече-

[23] The Third generation HIV/AIDS/STI surveillance: a summary presentation of the guidelines, Bilari Camara, 2003.

нием и исходами заболевания и исследования по качеству получаемой ЛЖВС помощи и лечения. Особенно высокую ценность, в связи с инициативой лечения большого количества нуждающихся, «3 миллиона на лечении к 2005 г.», приобрел в 2003–2004 гг. надзор за АРТ, который и был предложен странам ВОЗ в 2004 г.[24]

Таким образом, эффективность существующих в мире систем эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией повышается. Изменение подходов к регистрации, учету случаев ВИЧ/СПИДа, моделированию эпидемии ВИЧ-инфекции и анализу эпидемиологической информации о ВИЧ-инфекции в странах приводят изменениям в оценке современной эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и даже к уменьшению общего количества инфицированных в 2003–2004 гг. несмотря на развитие эпидемии в мире.

В СССР, а впоследствии в России в системе санитарно-эпидемиологической службы понятие эпиднадзора традиционно было более широким, чем международный термин и включало кроме слежения (эпидемиологический надзор) систему противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на источник инфекции, пути передачи возбудителя и восприимчивость людей к инфекционным заболеваниям (эпидемиологический контроль). В международной практике в 1968 году на XXI сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения эпидемиологический надзор (эпиднадзор) был определен как система, обеспечивающая непрерывный сбор и систематическое накопление данных об инфекционной заболеваемости, анализ и обобщение поступающих материалов и распространение обобщенной информации.

Целью эпиднадзора было прекращение или по крайне мере снижение циркуляции возбудителя в эпидемических очагах. Современное понятие эпиднадзора[25] в РФ определено как «система постоянного динамического и многоаспектного слежения за эпидемическим процессом конкретной инфекционной болезни или за эпидемиологической ситуацией в целом на конкретной территории в целях рационализации и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий», система управления эпидемическим процессом состоит из двух подсистем: эпидемиологического надзора и эпидемиологического контроля. Цель подсистемы эпидемиологического надзора — получение объективной эпидемиологической информации в объеме, достаточном для обеспечения рационального планирования, осуществления и корректировки профилактических мероприятий.

В Российской Федерации разработана в 1987 г. и продолжает функционировать около 20 лет, оригинальная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Система эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в России характеризуется:

---

[24] Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy(ART) WHO, UNAIDS, 2005.

[25] Б.Л. Черкасский. Руководство по общей эпидемиологии, Москва, Медицина, 2001, 557 с.

- Единым систематическим сбором данных о всех случаях ВИЧ-инфекции, СПИДа, обследований на ВИЧ, изменения клинического состояния пациентов и исходов ВИЧ-инфекции во всех регионах Российской Федерации.
- Массовым тестированием на ВИЧ и активным выявлением ВИЧ-инфицированных при обязательном и добровольном тестировании населения.
- Обязательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая ВИЧ-инфекции (для выявления факторов риска заражения и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий).

Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом МЗСР РФ создана и поддерживается единая база данных случаев ВИЧ-инфекции, СПИД, обследований на ВИЧ и исходов ВИЧ-инфекции. Практически во всех территориальных центрах СПИДа и Федеральном центре СПИДа было установлено единое программное компьютерное обеспечение и регистр «АСОДОС», регулярная передача информации ведется по электронным каналам, в виде факсимильных и почтовых сообщений. Персонифицированные данные поступают ежедневно, а суммарные ежемесячно из территориальных и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и центров гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В РФ ведется регистрация по ВИЧ-инфекции как персонифицированных данных по учетным статистическим формам, так и аккумулированных данных по статистическим отчетным формам.

1. Персонифицированные отчетно-учетные формы по ВИЧ-инфекции.

- Форма № 264/у-88 «Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в иммуноферментном анализе»;
- Форма № 265/у-88 «Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в реакции иммунного блота»;
- Форма № 266 у-88 «Оперативное донесение о случае ВИЧ-инфекции»;
- Форма № 58-у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании; пищевом, остром, профессиональном отравлении; необычной реакции на прививку»;
- № 313/у «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины»;
- № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью»;

- № 310/у «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью»;
- № 311/у «Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью»;
- № 263/у-ТВ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»;
- Карта эпидрасследования случая ВИЧ-инфекции (не утверждена);
- № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»;
- № 112/у «История развития ребенка»;
- № 003/у «Медицинская карта стационарного больного»;
- № 30/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Кроме вышеуказанных форм сообщения о результатах эпидемиологического расследования по случаю ВИЧ-инфекции и сообщения об изменении состояния пациента могут поступать в виде выписки из медицинской документации или блока федеральной программы «АСОДОС» в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

2. Статистические отчетные формы, включающие информацию по ВИЧ-инфекции.

- Форма № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ», утверждена постановлением Госкомстата России от 05.05.1999 г. № 30;
- Форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г.;
- Форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.;
- Форма № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.;
- Форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 г., № (информация по ВИЧ содержится в таблице 3000);
- Форма № 13 «Сведения о прерывании беременности»,утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 г. № 49;
- Форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 г. № 49;

- Форма № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой», утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 г. № 175.

3. Статистические отчетные формы, содержащие информацию по сопутствующим заболеваниям.

- Инфекции, передаваемые половым путем:

— Форма № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой», утверждена постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 г. № 175;

— Форма № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой», утверждена постановлением Госкомстата России от 07.10.2003 г. № 88;

— Форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.;

— Форма № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.

- Парентеральные гепатиты В и С

— Форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.;

— Форма № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.

- Употребление наркотиков

— Форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами», утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 г. № 49;

— Форма № 37 «Сведения о контингентах наркологических больных», утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 г. № 49.

- Туберкулез

— Форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г. № 80;

— Форма № 61-ТБ «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», утверждена постановлением Росстата от 2003 г.;

— Форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.;

— Форма № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 г.;

— Форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом», утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г. № 80;

— Форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г. № 80.

Обработка и интерпретация полученных данных в разных службах ведется с применением разных подходов. В частности, органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека регистрируют случаи ВИЧ-инфекции по месту выявления, а Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом по месту жительства, поскольку это позволяет избежать дублирования случаев и учитывать ЛЖВС по месту жительства, где они получают медицинскую помощь и дорогостоящее лечение. Такие механизмы приводят к расхождению данных и затрудняют их интерпретацию.

Основные параметры, применяемые в эпиднадзоре за ВИЧ-инфекцией

1. Биологические показатели:

- распространенность ВИЧ (заболеваемость, пораженность, смертность (летальность));
- распространенность вирусных гепатитов В,С и сочетание ВГ с ВИЧ-инфекцией;
- распространенность ИППП и сочетание ИППП с ВИЧ-инфекцией;
- распространенность туберкулеза и сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией;
- число случаев ВИЧ/СПИДа среди взрослых и педиатрических случаев;
- частота выявления сероконверсии;
- распространенность различных субтипов ВИЧ;
- распространенность оппортунистических инфекций у инфицированных ВИЧ.

2. Социально демографические показатели:

- возраст;
- пол;

- социально-экономический и образовательный статус;
- миграционный статус;
- семейное положение;
- место жительства.

3. Поведенческие показатели:

- Население в целом:

— причины заражения ВИЧ-инфекцией,

— сексуальные контакты с непостоянным партнером в течение времени,

— использование презервативов в течение времени,

— возраст первого сексуального контакта у молодежи.

- В/в наркоманы:

— возраст первого в/в употребления наркотика,

— совместное использование нестерильных инструментов для введения наркотика,

— вид потребляемого наркотика,

— сексуальные контакты и использование презервативов.

- Работники коммерческого секса:

— количество клиентов,

— употребление наркотиков,

— использование презервативов.

- Межчины, имеющие секс с мужчинами:

— сексуальные контакты и использование презервативов.

При применении стандартизованных подходов к анализу эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям будет получена более адекватная оценка ситуации при минимальных финансовых затратах.

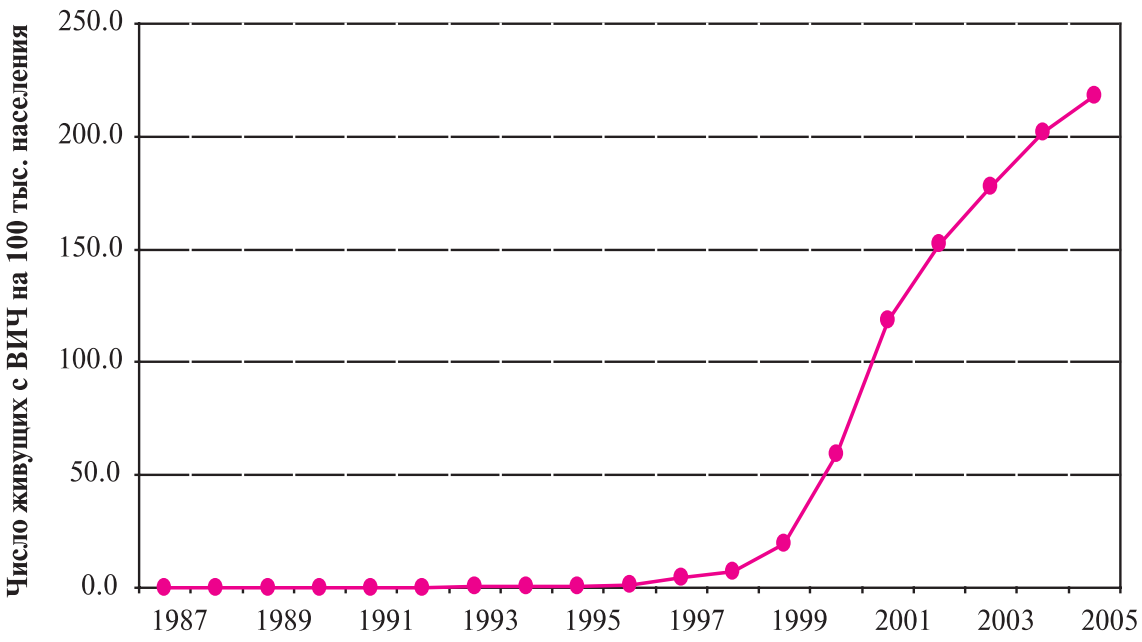
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

В настоящее время в Российской Федерации развивается концентрированная эпидемия ВИЧ-инфекции, темпы распространения которой оставались в 2005 г. одними их самых высоких в мире. Общее число зарегистрированных инфицированных ВИЧ среди россиян составило к 31 декабря 2005 г. около 334 тысяч человек, еще около 15 тысяч детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей находились на диспансерном наблюдении до установления диагноза. Реальное количество инфицированных намного больше и, по оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, число живущих с ВИЧ/СПИДом в 2005 г. в РФ составляет от 940 тысяч до 1,5 миллиона человек, а это означает, что в России 1,2–1,9% людей в возрасте от 15 до 49 лет живут с ВИЧ/СПИДом.

В 2005 г. было выявлено 35 526 новых случаев, при этом отмечено увеличение показателя заболеваемости за 2005 год по сравнению с предыдущим на 3%. В результате пораженность ВИЧ граждан РФ на 100 000 населения продолжает увеличиваться и составила в 2005 г. 225,1 на 100 000 населения (против 200,7 в 2004 г.). Динамика показателя пораженность и отражена на рисунке 1.

Рисунок 1.
Динамика показателя пораженности ВИЧ-инфекцией населения Российской Федерации в 1987–2005 годах



К концу 2005 г. 0,4% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. Критическая ситуация по ВИЧ-инфекции сложилась в возрастной группе 18–24 года, где был официально зарегистрирован 1% ВИЧ-инфицированных.

В России первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина страны был выявлен в 1987 г. Период до 1995 г. характеризовался стабильными, но очень низкими показателями заболеваемости и пораженности. Начиная с 1996 г. в России отмечалось стремительное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса в популяции потребителей наркотиков[26, 27].

Главной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в России, начиная с 1996 года, стало внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием. К концу 2005 г. 86% всех ВИЧ-инфицированных были заражены при употреблении наркотиков, в пересчете от лиц с известными факторами риска заражения. Однако, начиная с 2001 г., доля зараженных при внутривенном употреблении наркотиков уменьшается. Интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ. Женщины среди ВИЧ-инфицированных лиц, зарегистрированных в 2005 г., составили 43,3% (в 2003 г. этот показатель был 38,5%). Увеличение пропорции женщин среди ВИЧ-инфицированных лиц свидетельствует о вовлечении в эпидемиологический процесс гетеросексуального населения. Среди впервые зарегистрированных случаев в 2005 г. с сообщенной причиной заражения доля передачи ВИЧ при гетеросексуальных половых контактах составила 30,9% по сравнению с 25,3% в 2003 г. При потреблении наркотиков заразились 66,9% (в 2003 г. — 73,5%). Из приведенных данных следует, что россияне стали все чаще заражаться при половых контактах, и при этом продолжают заражаться и при употреблении наркотиков. Распределение ВИЧ-позитивных в России по основным известным причинам заражения приведено на рисунке 2.

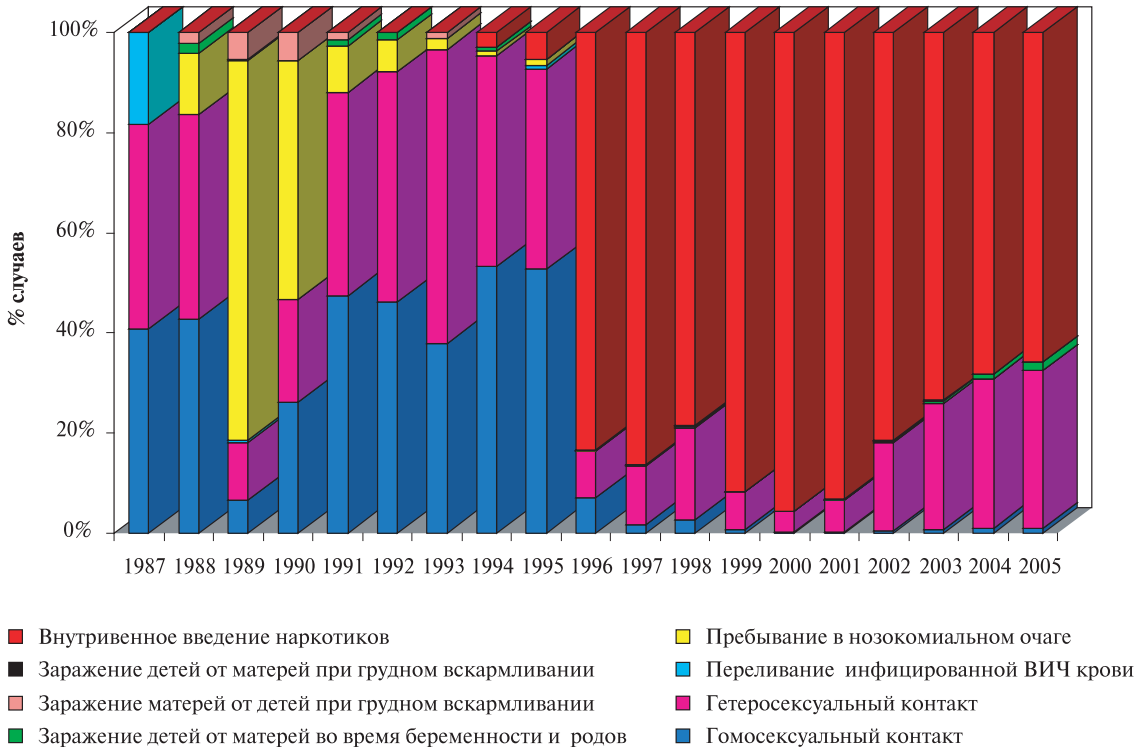
В 2005 г. на 43 территориях РФ процент зарегистрированных ВИЧ-позитивных лиц, заразившихся половым путем, превысил процент лиц, инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков. Имеются данные о продолжающемся развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в популяции мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ).

Параллельно с ростом гетеросексуальной передачи естественным образом увеличивается и риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Ежегодно увеличивается количество беременных ВИЧ-инфицированных женщин. По данным формы Госкомстата № 61 только в 2005 г. имели беременность 12 836 ВИЧ-инфицированных женщин,

[26] Покровский В.В., Ладная Н.Н., Бочкова М.С. Эпидемия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, среди потребителей психотропных препаратов в России. ЖМЭИ 4, 2000. с. 9–15.

[27] В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова. Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция». Федеральный НМЦ ПБ СПИД Министерства Здравоохранения РФ № 27, 2005, с. 4–36.

Рисунок 2.
Распределение ВИЧ-позитивных в России по основным причинам заражения
в 1987– 2005 гг.



что на 16% больше, чем в 2004 г., из них 6711 закончили беременность родами, что на 5% больше по сравнению с 2004 г. и на 905% больше, чем в 2000 г. Пораженность ВИЧ-инфекцией беременных женщин в 2005 г. составила 0,4%. На конец 2005 г. в РФ было рождено всего 27,5 тысяч детей от ВИЧ-позитивных матерей.

К настоящему времени в России аккумулировано большое количество ВИЧ-инфицированных молодых мужчин, заразившихся при употреблении наркотиков, и в ближайшие годы от них будут инфицироваться половым путем женщины. Второй наиболее пораженной ВИЧ группой в России являются коммерческие сексуальные работники, преимущественно молодые женщины, от них будут заражаться половым путем мужчины. Среди секс-работников в 2000–2004 гг. исследователи обнаруживали высокий уровень инфицированных ВИЧ, сравнимый с показателями африканских стран: от 15% в Москве и Екатеринбурге, до 48% в Санкт-Петербурге и 62% в Тольятти.

В 2005 г. сообщения о случаях ВИЧ-инфекции были получены со всех административных территорий РФ. Наибольшее число новых случаев ВИЧ-инфекции в 2005 г. по-прежнему выявлялось на индустриальных территориях с преобладанием город-

ского населения: Санкт-Петербург (3604 новых случаев), Свердловская область (2952), Самарская (2447), Москва (2440), Московская область (2368), Иркутская область (2140), Оренбургская область (1470), Челябинская область (1303), Ленинградская область (1301).

Те же административные территории лидируют по общему числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции: Санкт-Петербург (28869), Московская область (27071), Свердловская область (27067), г. Москва (24754), Самарская область (23747), Иркутская область (19019), Челябинская область (15289) Оренбургская область (13973), Ленинградская область (9572), Ханты-Мансийский АО (9474).

Ежегодно 20–24 млн. человек в России обследуется на ВИЧ, что составляет от 15% до 17% населения. Однако такое тестирование часто осуществляется без дотестового и послетестового консультирования. Очень невелика пропорция уязвимых групп среди протестированных на ВИЧ в России, и в последние годы эта пропорция пролдолжает снижаться. Эти факторы снижают роль и эффективность тестирования как профилактического мероприятия.

По данным поведенческих исследований и дозорных сероэпидемиологических исследований в 2005 года в России большинство населения продолжали практиковать рискованное в плане заражения ВИЧ поведение, и пораженность уязвимых групп населения в отдельных городах оставалась очень высокой. Наиболее распространенным рискованным поведением является использование нестерильного инструментария для введения наркотиков, включая иглы, шприцы, общие емкости и другой инструментарий, а также низкая частота использования презервативов.

Пораженность ВИЧ группы коммерческих сексуальных работников по результатам сероэпидемиологических исследований в рамках эпиднадзора второго поколения приведены в таблице.

Таблица 1. Пораженность ВИЧ-инфекцией КСР по результатам сероэпидемиологических исследований в рамках эпиднадзора второго поколения

Город	ВИЧ	Сифилис	Выборка, год	Авторы
Тольятти	62%	–	–, 2001	Rhodes et al., 2002
Москва	15%	–	234, 2000	Саламов Г.Г., 2001
Москва	14%	26%	124, 2004	Смольская, 2004
Санкт-Петербург	48%	44%	109, 2004	Смольская, 2004
Екатеринбург	15%	22%	149, 2004	Смольская, 2004

Пораженность ВИЧ группы потребителей наркотиков по результатам сероэпидемиологических исследований в рамках эпиднадзора второго поколения приведены в таблице.

Таблица 2. Пораженность ВИЧ-инфекцией ПИН по результатам сероэпидемиологических исследований в рамках эпиднадзора второго поколения

Город	Год	Авторы	% выявленных ВИЧ-позитивных
Калининград	1997	Dehne & Kobyshcha, 2000	65,0
Санкт-Петербург	2000	Abdala et al, 2003	10,9
Санкт-Петербург	2001	Смольская, 2002	36
Санкт-Петербург	1999	Morozov & Fridman, 2000	46,0
Санкт-Петербург	2005	Веревочкин, 2005	30
Новосибирск	2000	Локтев, 2002	5,9
Ростов на дону	2001	Саухат, 2001	33,3
Псков	2005	Ерошина, 2005	1
Ростов	2001	Смольская, 2002	18
Тольятти	2001	Rhodes et al, 2002	56,0
Иркутск	2001	Смольская, 2002	64,5
Тверь	2001	Смольская, 2002	56
Самара	2001	Смольская, 2002	28
Ростов	2002	Саухат, 2002	10,9
Череповец	2005	Смольская, 2005	12
Великий Новгород	2005	Смольская, 2005	15
Томск	2005	Ерошина, 2005	2

Предпосылками и утяжеляющими факторами для развития эпидемии ВИЧ-инфекции на территории РФ кроме рискованного в отношении ВИЧ поведения населения являются широкое распространение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), парентеральных вирусных гепатитов, наркомании и продолжающейся эпидемии туберкулеза.

По результатам имеющихся исследований варианты ВИЧ, резистентные к антиретровирусным препаратам, пока не получили широкого распространения на территории страны.

В России циркулируют преимущественно варианты ВИЧ-1 группы М. При этом, исследователи обнаруживали в стране 7 субтипов ВИЧ-1[28, 29], A, B, C, D, F, G, H. Кроме того, на территории России были выявлены рекомбинантные формы ВИЧ-1: CRF03_AB,

[28] Bobkov A.F., Samokhvalov E.I., Lvov D.K., Bobkova M.R., Pokrovsky V.V., Weber J.N. Absence of viral transmission in injecting drug users in Russia // The Lancet. — 2001. — Vol 358. — № 9286. — P. 1016–1017.

[29] Bobkov A., Kazennova E., Khanina T., Bobkova M., Selimova L., Kravchenko A., Pokrovsky V., Weber J. An HIV Type 1 Subtype A strain of low genetic diversity continues to spread among injecting drug users in Russia: study of the new local outbreaks in Moscow and Irkutsk // AIDS Res Hum Retroviruses. — 2001. — Vol 17. — № 3. — P. 257–261.

CRF01_AE, CRF02_AG и gagDenvG[30]. Наиболее часто в России встречается субтип А и рекомбинант субтипов А/В (этот вариант ВИЧ-1 циркулирует преимущественно в Калининградской области и нескольких других регионах северо-запада России), которые распространяются среди потребителей наркотиков и гетеросексуального населения; среди мужчин-гомосексуалов преобладает субтип В. По мере развития эпидемии варианты ВИЧ-1 подтипа А получают все большее распространение в нашей стране и на 2005 г. составляли более 94% от общего числа зарегистрированных случаев[31].

Большинство российских граждан заразилось ВИЧ в 2000–2002 гг., а заболеют СПИДом в среднем через 8–10 лет после заражения. Поэтому больных СПИДом зарегистрировано в России относительно немного — 1625 человек, из них умерли 1185 человек. Количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), нуждающихся в АРТ, серьезно возрастет в последующие 5 лет. По оценочным данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом к концу 2010 г. в России будут нуждаться в терапии 467 000 ЛЖВС.

На конец 2004 года всего 2773 человека, а в 2005 г. — 4847 человек получали высокоактивную антиретровирусную терапию, что составило менее 10% нуждающихся в АРТ людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Вместе с тем в ближайшие годы планируется быстрое расширение доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) для нуждающихся, благодаря подключению различных механизмов финансирования. Для этого выделены государственные средства, средства двух проектов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ), средства займа Всемирного банка. Планируется, что к концу 2009 г. лечение будут получать свыше 60 000 человек.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2001–2005 ГГ.

В 2005 году в Российской Федерации согласно отчетной формы № 9, утвержденной постановлением Госкомстата от 10.09.2002 № 175, вновь зарегистрировано 503,6 случая на 100 000 населения ИППП. Среди них наибольшую долю занимает трихомониаз (42,6%), на втором месте по распространенности хламидийная ин-

[30] Бобкова М.Р. Молекулярно-генетические методы в изучении эпидемиологии инфекций, возбудители которых передаются парентеральным путем, Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора биологических наук, Москва, 2002, 44 с.

[31] А.Ф. Бобков, Е.В. Казеннова, Л.М. Селимова, Т.А. Ханина, Н.Н. Ладная, М.Р. Бобкова, А.В. Кравченко, Г.С. Рябов, А.Л. Суханова, Е.В. Буравцова, В.В. Покровский, Дж. Вебер. Молекулярно-вирусологические особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в России и других странах СНГ. Вестник РАМН, в печати.

фекция (19%). Несколько ниже, но практически равную долю занимают гонококковая инфекция (14,2%) и сифилис (13,6%). Наименьшая доля, но с тенденцией роста, принадлежит заболеваемости аногенитальными бородавками (6,3%) и урогенитальным герпесом (4,3%).

Социальная значимость проблемы ИППП в большой степени выражается масштабами их распространения среди детского населения. Дети являются наиболее уязвимой группой в отношении ИППП. Так, из общего числа вновь выявленных ИППП 4,3% зарегистрировано в детской популяции. В том числе в возрастной группе от 0 до 14 лет — 0,5%, от 15 до 17 лет — 3,8%. В расчете на 100 000 детского населения данных возрастных групп заболеваемость ИППП составила 15,4 и 377,4 соответственно.

По данным официальной статистики Госкомстата России, в возрастной группе от 0 до 14 лет наибольший удельный вес принадлежит сифилису (30%) и трихомониазу (28,6%). Несколько ниже была выявляемость хламидийной (19,9%) и гонококковой (14,9%) инфекций. Как и в общей популяции, наименьшую долю занимают вирусные ИППП: аногенитальные бородавки (5,1%) и урогенитальный герпес (1,5%).

В возрастной группе детей 15–17 лет также преимущественное распространение получил трихомониаз (41%). Несколько ниже заболеваемость, обусловленная гонококковой инфекцией (18,6%), сифилисом (15,5%) и урогенитальным хламидиозом (11,9%). Наименьшее распространение получили такие инфекции, как аногенитальные бородавки (10,1%) и урогенитальный герпес (2,9%).

В последние годы среди больных ИППП выявляется все больше ВИЧ-инфицировнных. По данным отчетной формы № 9, 2753 случаев ВИЧ-инфекции было выявлено при обращении за медицинской помощью в дерматовенерологические учреждения.

Таблица 3.
Заболеваемость ИППП в России в 2002–2005 гг. (на 100 000 населения)

ИППП	2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.	
	всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети
сифилис	143,6	7,5	119,9	7,3	94,6	6,0	79,2	5,3	68,6	4,6
гонококковая инфекция	108,2	3,8	94,4	3,6	82,0	2,9	79,0	2,8	71,3	2,3
трихомониаз	303,3	5,9	283,8	5,9	259,1	5,4	244,7	5,4	214,4	4,4
урогенитальный хламидиоз	121,0	6,6	107,4	4,3	100,3	3,4	101,7	4,1	95,6	3,1
урогенитальный герпес	18,9	0,5	18,2	0,2	19,5	0,2	21,5	0,3	21,7	0,2
аногенитальные бородавки	28,7	0,8	29,6	0,8	31,4	0,8	32,9	0,9	34,0	0,8

По данным таблицы 1 в течение последних пяти лет продолжается тенденция снижения большинства регистрируемых инфекций, передаваемых половым путем, как в общей популяции, так и среди детского населения. Вирусные инфекции в общей популяции набирают темпы роста: с 2001 года произошел рост заболеваемости урогенитальным герпесом и аногенитальными бородавками в 1,2 раза. Заболеваемость детей вирусными ИППП остается практически на одном уровне. Снижение большинства ИППП сказалось на уменьшении абсолютного числа ВИЧ-инфицированных среди дерматовенерологических больных. Однако в течение последних пяти лет из числа вновь выявленных больных ИППП около 0,4% являются инфицированными ВИЧ. Таким образом, ситуация по ВИЧ-инфекции среди данного контингента больных продолжает оставаться неблагополучной (табл. 2).

Таблица 4.
Выявление ВИЧ-инфицированных среди контингентов с ИППП, обследованных в дерматовенерологической службе России в 2001–2005 г.
(по данным статистической формы № 9 и формы № 4)

годы	число больных ИППП		из них ВИЧ-инфицированных	
	абс. число	на 100 000 населения	абс. число	% от числа больных ИППП
2001	1 047 147	728,4	4478	0,43
2002	933 581	653,3	3550	0,38
2003	841 968	591,0	2848	0,34
2004	799 621	559,0	2687	0,34
2005	718 579	503,6	2556	0,36

В течение последних трех лет среди больных сифилисом женщин от 13,8% до 14,4% составляют беременные. Из них заканчивает беременность родами от 49,3% до 52,6% женщин. В 2005 году число женщин, больных сифилисом, закончивших беременность родами, выросло в 1,1 раза. Новые методики лечения беременных и их профилактическое лечение отразились на состояния здоровья детей данной категории женщин. Так, процентное соотношение детей, родившихся с врожденным сифилисом, от общего числа родов данной категории женщин за последние три года уменьшилось в 1,2 раза (табл. 3).

Таблица 5.
Выявляемость сифилиса среди беременных в России в 2003–2005 гг.

Группы		2003	2004	2005
1	Число беременных, больных сифилисом, всего	9555 (14%)	7920 (13,8%)	7152 (14,4%)
2	% от женщин, больных сифилисом, всего	4712 (49,3%)	4087 (51,6%)	3761 (52,6%)
3	из них закончили беременность родами родилось детей с врожденным сифилисом	506 (10,7%)	404 (10,%)	325 (8,6%)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ, СВЯЗАННАЯ СО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ И НАРКОТИКАМИ ПО НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2000–2005 ГГ. (ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ)

На протяжении последних пяти лет (2000–2005 гг.) показатели распространенности наркологических расстройств в России стабилизировались на высоком уровне — 2,3–2,4% общей численности населения со среднегодовым приростом 0,8%. В целом за последние 5 лет показатель увеличился на 4,0%.

В 2005 г. специализированными (наркологическими и психиатрическими) учреждениями Росздрава зарегистрировано 3 млн. 445 тыс. больных наркологическими расстройствами, т.е. 2420,5 больного в расчете на 100 тыс. населения, или 2,4% общей численности населения. Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных — это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (84,2% от общего числа зарегистрированных больных). На больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, приходилось 14,5%, токсикоманов и потребителей ненаркотических ПАВ — 1,3%. В данный раздел мы включаем анализ распространенности злоупотребления алкоголем, поскольку полагаем алкоголизацию значимым фактором для увеличения риска инфицирования ВИЧ при половых контактах. Не вызывает сомнений факт связи внутривенного употребления наркотиков и инфицирования ВИЧ при использовании нестерильного инструментария и незащищенных сексуальных контактах, в данной связи нами приводится анализ распространенности злоупотребления наркотиками.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ (ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ) АЛКОГОЛИЗМА И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

В 2005 г. среднероссийский показатель распространенности алкоголизма (включая алкогольные психозы — АП) составил 1650,1 больного на 100 тыс. населения, или около 1,7% его общей численности. Динамика этого показателя за последние 5 лет характеризовалась стабильностью: среднегодовой прирост показателя составлял 0,4%, общий прирост за последние 5 лет — 2,0%.

Таблица 6.
Показатели учтенной распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации

	на 100 тыс. населения					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Наркологические расстройства – всего	**2328,45**	**2356,48**	**2390,34**	**2413,52**	**2425,48**	**2420,50**
Синдром зависимости от алкоголя, вкл. АП	1618,29	1612,60	1636,24	1648,19	1660,18	1650,05
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания)	196,94	231,35	237,45	239,34	240,18	241,34
Синдром зависимости от ненаркотических ПАВ (токсикомания)	9,46	9,42	9,84	10,49	10,84	11,24
Употребление с вредными последствиями:						
алкоголя	378,24	374,89	380,02	389,06	387,89	386,83
наркотиков	106,70	111,15	108,38	106,16	105,77	110,30
ненаркотических ПАВ	18,81	17,08	18,41	20,29	20,61	20,72
Суммарные показатели						
Потребители алкоголя	1996,53	1987,49	2016,26	2037,25	2048,07	2036,89
Потребители наркотических ПАВ	303,64	342,50	345,83	345,49	345,96	351,65
Потребители ненаркотических ПАВ	28,28	26,50	28,25	30,78	31,46	31,96

Наряду с этим показатель, характеризующий распространенность алкогольных психозов (АП), имел выраженную тенденцию к росту, увеличиваясь в среднем за год на 4,5%. За последние 5 лет он увеличился с 75,1 больного в расчете на 100 тыс. населения в 2000 г. до 93,6 в 2005 г., или на 24,7%.

В 2005 г., как и в предыдущие годы, в отдельных регионах России, отмечались показатели, значительно превышающие средние по стране. Лидером по распространенности алкоголизма в 2005 г. является Магаданская область — 5409,2 больного на 100 тыс. населения, или 5,4% его общей численности. Высокие показатели отмечались в Сахалинской области — 4433,0, Чукотском автономном округе (АО) — 3930,4, Новгородской — 2971,6, Ивановской областях — 3157,4, Республике Карелия — 2922,1, Камчатской — 2850,8, Нижегородской — 2545,5, Липецкой — 2585,3, Брянской — 2615,8, Костромской областях — 2508,1. Высока распространенность алкоголизма (свыше 5% населения) в Корякском АО — 5633,6 и Ненецком АО — 5258,1. Наиболее низкие показатели отмечались в Ингушетии — 15,8 больного на 100 тыс. населения (в 104 раза ниже среднего показателя по стране) и Дагестане — 363,3 на 100 тыс. населения, что связано с местными особенностями организации наркологической помощи населению.

Для показателя распространенности употребления алкоголя с ВП в анализируемый период также была характерна стабильность: за 5 лет в целом показатель снизился лишь на 2,3% со средним темпом снижения 0,5% ежегодно. Уровень распространенности в 2005 г. составил 386,8 в расчете на 100 тыс. населения, или примерно 0,4% общей численности населения.

Самый высокий показатель распространенности злоупотребления алкоголем в 2005 г. отмечался, как и в предыдущие годы, в Астраханской области — 2012,6 на 100 тыс. населения. Более 1000 таких лиц на 100 тыс. населения приходилось в Курганской, Кемеровской, Магаданской областях, в Республиках Хакасия и Чувашия.

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом (включая АП) за последние 5 лет увеличился на 13,0% и в 2005 г. составил 147,0 больного на 100 тыс. населения. Динамика его не была равномерной: рост показателя наблюдался до 2003 г., когда он достиг максимального значения — 159,1, в последующие 2 года показатель снизился на 7,6%.

Снижение этого показателя произошло как за счет уменьшения числа выявленных впервые в жизни больных алкоголизмом, так и уменьшения выявления больных АП.

Самый высокий уровень заболеваемости алкоголизмом в 2005 г. отмечался в Чукотском АО — 846,0 на 100 тыс. населения, или 0,8% общей численности населения этого округа. Высокие показатели имели место в Магаданской — 575,9, Сахалинской — 615,9, Иркутской — 322,7, Брянской — 242,5, Пермской — 240,7, Новгородской — 242,3, Ивановской областях — 249,4, а также в республиках Карелия — 239,2, Якутия — 303,6, Коми — 249,5. Высокие показатели отмечались в большин-

стве автономных округов: Таймырском АО, Коми-Пермяцком АО, Эвенкийском АО, Корякском АО, Ненецком АО.

Среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом по-прежнему велик удельный вес больных алкогольными психозами — их доля в 2005 г. составила 17,0% (для сравнения: в 2000 г. этот показатель составлял лишь 12,7%).

Больные АП, в силу особой тяжести их психического состояния, наиболее полно выявляются и регистрируются наркологической и психиатрической службами. Поэтому увеличение частоты этого психического расстройства свидетельствует о неблагополучии алкогольной ситуации. Показатель первичной заболеваемости АП является чувствительным маркером алкогольной ситуации и используется для ее мониторинга.

Заболеваемость АП в стране в 2005 г. составила 52,1 больного на 100 тыс. населения. По сравнению с уровнем 2000 г. этот показатель увеличился на 23,4%. Динамика показателя в последние 5 лет не была равномерной: если до 2003 г. (когда он достиг 55,5 больного на 100 тыс. населения) наблюдался рост заболеваемости АП, то в последующие годы показатель несколько снизился (на 2,8%). Это можно рассматривать как стабилизацию показателя на высоком достигнутом уровне. Следует отметить, что показатель 2005 г. превышает уровень 1991 года почти в 5 раз (10,6 на 100 тыс. населения).

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости алкогольными психозами в 2005 г. отмечались в Магаданской области — 166,6 и Коми-Пермяцком АО — 176,9 больного на 100 тыс. населения. Свыше 100 больных на 100 тыс. населения приходилось в следующих территориях: Чукотском АО — 128,2, Ненецком АО — 102,5, Таймырском АО — 121,9, Республике Карелия — 116,6 и Тульской области — 100,4.

Показатель первичного выявления лиц, употребляющих алкоголь с ВП, по стране в целом за последние 5 лет стабилизировался и в 2005 г. составил 110,3 на 100 тыс. населения.

Среди субъектов РФ максимальный показатель в 2005 г. отмечался в Астраханской области и составил 717,9 на 100 тыс. населения. Более 500 злоупотребляющих на 100 тыс. населения выявлено в Курганской области — 594,4.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ (ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ) НАРКОМАНИИ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ

В 2005 г. специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 343,5 тыс. больных наркоманией, или 241,3 в расчете на 100 тыс. населения. По сравнению с 2000 годом этот показатель увеличился на 22,5%, причем

основной прирост этого показателя отмечался в 2001 г., когда он увеличился на 17,5% по сравнению с 2000 годом. Последующий период можно охарактеризовать как стабилизацию этого показателя (таблица 1).

Структура зарегистрированных больных по сравнению с 2000 годом практически не изменилась: подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (87,8%), второе ранговое место заняли больные гашишной наркоманией (6,4%), третье — больные, употребляющие другие наркотики и их сочетания (4,3%). Удельный вес больных с синдромом зависимости от психостимуляторов невелик — лишь 1,5%.

Рост распространенности наркомании в целом был обусловлен увеличением распространенности опийной наркомании, которая увеличилась с 174,8 в 2000 г. до 212,0 в 2005 г., или на 21,3%. В течение последних 4 лет наблюдается относительная стабилизация этого показателя.

На фоне стабилизации показателя опийной наркомании в течение последних шести лет наблюдается неуклонное увеличение показателей учтенной распространенности гашишной наркомании: в 2000 г. этот показатель составлял 10,7 больного на 100 тыс. населения, в 2005 г. — 15,4, т.е. увеличился в 1,4 раза. При этом среднегодовой прирост показателя в этот период составлял 7,5% ежегодно.

Также наблюдалось увеличение распространенности синдрома зависимости, вызванного употреблением других наркотиков и их сочетаний (полинаркомании): этот показатель увеличился в 1,3 раза (с 7,6 в 2000 г. до 10,3 в 2005 г.) при среднегодовом приросте 6,3%. Но поскольку величины этих 2 последних показателей невелики, то существенного влияния на общую динамику распространенности наркомании они не оказали.

Распространенность наркомании в регионах РФ широко варьирует. В 2005 г. максимальный показатель отмечался в Самарской области, где он составил 671,3 в расчете на 100 тыс. населения, или 0,6% общей численности населения. Самый низкий уровень учтенной распространенности в Чукотском АО — 19,7. Максимальный и минимальный показатели различаются в 34 раза.

Показатели, превышающие 0,5-процентный барьер, отмечались в следующих субъектах РФ: Томской — 501,5, Кемеровской — 559,7, Тюменской — 537,0, Иркутской областях — 522,6. Среди автономных округов наиболее высоким остается показатель в Ханты-Мансийском АО (669,6), который, как и в предыдущие годы, превышает показатель в Самарской области.

Среди федеральных округов (ФО) лидером по распространенности наркомании остается Сибирский ФО — 406,7, значительно ниже показатели в Уральском 329,5 и Дальневосточном округах — 305,8. Наименьший показатель отмечался в Центральном ФО — 145,6 больного на 100 тыс. населения.

Показатель распространенности употребления наркотиков с вредными последствиями в рассматриваемый период стабилизировался: в 2005 г. составил 110,3 больного на 100 тыс. населения, среднегодовой прирост составлял лишь 0,7%.

В 2005 г. наиболее высоким этот показатель оказался в Астраханской области — 526,2 на 100 тыс. населения, или 0,5% численности населения области.

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОМАНИЕЙ

90-е годы прошлого века характеризовались для страны ростом первичного обращения больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями. Заболеваемость наркоманией возросла многократно. В этот период темпы прироста показателей заболеваемости были стабильно высоки и составляли 30–100% от уровня предыдущего года. В 2000 г. показатель заболеваемости наркоманией достиг своего максимума — 50,4 больного на 100 тыс. населения. Последующий период характеризовался существенным и быстрым снижением заболеваемости, и это снижение продолжалось до 2004 г., когда показатель составил 14,7, т.е. снизился в 3,4 раза. В 2005 году этот показатель впервые за последние 5 лет вновь увеличился: если в 2004 г. он составлял 14,7 на 100 тыс. населения, то в 2005 г. — 17,1, или увеличение составило 16,3%.

Структура первичной заболеваемости наркоманией в 2005 г. по сравнению с предыдущим периодом практически не изменилась: большинство больных по-прежнему выявлялись с опийной зависимостью — 86,2%, 7,9% приходилось на больных гашишной наркоманией, 1,1% — на больных с зависимостью от психостимуляторов и 4,8% — с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией.

Снижение общего показателя заболеваемости наркоманией в 2000–2004 гг. было предопределено динамикой опийной наркомании: этот период характеризовался снижением первичной обращаемости больных опийной наркоманией, вследствие чего показатель снизился с 46,9 в 2000 г. до 12,3 в 2004 г., или в 3,8 раза. Показатели заболеваемости других видов зависимости (гашишной, кокаиновой наркомании и т.п.) невелики и существенного влияния на общие показатели не оказывали. Увеличение заболеваемости общего показателя в 2005 г. также было обусловлено ростом опийной наркомании — этот показатель за 2005 г. увеличился на 20,3%.

Максимальный показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2005 г. отмечался в Иркутской области — 56,5 больного на 100 тыс. населения. Высокие уровни заболеваемости (более 30 больных в расчете на 100 тыс. населения) наблюдались в следующих субъектах РФ: республиках Адыгея — 45,7, Карачаево-Черкесия — 41,4 и Кабардино-Балкария — 31,9, Приморском — 42,7 и Краснодарском краях — 39,9, Кемеровской — 45,8, Сахалинской — 36,3 и Пермской областях — 31,6.

Таблица 7.
Показатели первичной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации

	на 100 тыс. населения					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Наркологические расстройства – всего	**332,34**	**332,19**	**316,21**	**324,95**	**309,73**	**306,90**
Синдром зависимости от алкоголя, вкл. АП	130,16	139,39	153,44	159,10	153,09	147,01
в том числе: алкогольные психозы	42,23	47,29	53,06	55,52	54,01	52,12
алкоголизм (без АП)	87,93	92,10	100,38	103,58	99,08	94,89
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания), в том числе от:	50,35	43,36	18,93	15,96	14,74	17,14
Синдром зависимости от ненаркотических ПАВ (токсикомания)	0,94	1,19	1,54	1,62	1,54	1,41
Употребление с вредными последствиями: алкоголя	112,03	112,10	113,17	118,96	111,63	110,33
наркотиков	35,15	31,28	22,62	22,65	22,50	25,24
ненаркотических ПАВ	3,72	4,87	6,52	6,66	6,23	5,77
Суммарные показатели						
Потребители алкоголя	242,18	251,50	266,60	278,05	264,72	257,34
Потребители наркотических ПАВ	85,50	74,64	41,55	38,61	37,24	42,38
Потребители ненаркотических ПАВ	4,66	6,05	8,06	8,28	7,77	7,18

Рост заболеваемости наркоманией в 2005 г. имел место в 57 субъектах РФ, при этом высокие темпы прироста первичной заболеваемости (более 10% в год) отмечались в 44 территориях. Более чем на 50% показатель увеличился в следующих территориях: республиках Карелия, Адыгея, Северная Осетия, Курской, Тверской, Тульской, Ярославской, Архангельской, Ленинградской, Кировской, Курганской, Свердловской, Сахалинской областях и г. Санкт-Петербурге.

Следует отметить, что в 2005 г. показатели первичной заболеваемости наркоманией увеличились в 6 федеральных округах из 7: в Центральном — на 16,5%, Северо-Западном — на 50,5%, Южном — на 17,1%, Приволжском — на 11,2%, Уральском — на 16,3%, Сибирском — на 13,5% и лишь в Дальневосточном ФО показатель остался на уровне 2004 года.

Динамика первичного выявления лиц, употребляющих наркотики с ВП, в 2000–2005 гг. имела много схожего с динамикой наркомании. Этот показатель имел максимальный уровень в 1999 г. (35,9), последующее снижение привело к его падению до 22,5 на 100 тыс. населения, или в 1,6 раза. В 2005 г. этот показатель также увеличился и составил 25,2 на 100 тыс. населения, что на 12,2% выше уровня 2004 года.

Максимальный показатель в 2005 г. отмечался в Сахалинской области и составил 140,1, минимальный в Кировской — 1,6. Высокий уровень этих показателей отмечался в Белгородской — 64,5, Самарской — 58,2, Кемеровской — 81,9, Томской — 70,4, Камчатской — 96,8, Магаданской — 79,0 областях, в республиках Калмыкия — 4,9 и Карачаево-Черкесия — 60,1, а также в Краснодарском крае — 82,2.

Увеличение этого показателя в 2005 г. в той или иной степени отмечалось в 64 субъектах РФ, снижение — лишь в 15. Увеличение показателя на 50% и более отмечалось в 22 территориях: республиках Адыгея, Дагестан, Северная Осетия, Марий Эл, Татарстан, Карелия, Тыва, Хакасия, областях — Тульской, Ярославской, Архангельской, Калининградской, Новгородской, Курганской, Свердловской, Томской, Читинской, Сахалинской, Еврейской, а также в Усть-Ордынском Бурятском, Агинском Бурятском и Чукотском АО.

ИНЪЕКЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

В 2005 г. амбулаторными специализированными учреждениями (наркологическими и психиатрическими) зарегистрировано 369,6 тыс. лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, что составляет 73,8% от общего числа потребителей наркотиков[32]. Из общего числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) 9,3% имели ВИЧ-позитивный статус.

Показатель распространенности инъекционного употребления по стране в целом составил 259,7 в расчете на 100 тыс. населения. В зависимости от региона показатели широко варьировали. Наиболее высокие показатели (выше 0,5% общей численности населения) отмечались Самарской — 858,2, Кемеровской — 764,9, Тюменской — 612,0, Томской областях — 594,3 и в Алтайском крае — 509,8. В Республике Алтай и в Чукотском АО в 2005 г. таких лиц не было зарегистрировано.

Уровень инфицирования ВИЧ, 5% и более от общего числа ПИН зарегистрирован в 37 регионах, что составляет почти половину территорий (47%). Более 20% ПИН

[32] Суммарный показатель потребителей наркотиков включает как больных с синдромом зависимости, так и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями.

инфицированы ВИЧ в следующих субъектах РФ: это Республика Бурятия — 81,7% и 8 областей России — Калининградская — 46,2%, Ленинградская — 33,6%, Тверская — 32,9%, Рязанская — 32,9%, Орловская — 29,0%, Челябинская — 25,1%, Свердловская — 22,3% и Московская — 20,2%.

Таким образом, анализ данных государственной отчетности свидетельствует о том, что в 2000–2005 гг. наблюдались следующие основные тенденции распространенности наркологических расстройств.

На фоне стабильно высоких показателей учтенной распространенности алкоголизма наметилось некоторое снижение первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. Однако распространенность алкоголизма остается по-прежнему высокой в большинстве субъектов РФ, причем в 23 из них (30% от их общего числа) доля больных алкоголизмом и алкогольными психозами составляла 2% и более от общей численности населения.

Несмотря на некоторое снижение в 2004–2005 гг., заболеваемость алкогольными психозами остается на крайне высоком уровне (52,1 больного на 100 тыс. населения). Этот показатель превышает уровень 1991 года почти в 5 раз.

Наметившаяся в 2002–2004 годах стабилизация показателей распространенности наркомании продолжается. Наряду с этим в 2005 г. впервые за последние 5 лет вновь наметился рост уровня первичной заболеваемости наркоманией: показатель увеличился с 14,7 на 100 тыс. населения в 2004 г. до 17,1 в 2005 г., или на 16,3%. Это произошло за счет роста заболеваемости опийной наркоманией (показатель увеличился на 20,3%).

Рост первичной заболеваемости наркоманией в 2005 г. имел место в 57 субъектах РФ, рост первичного выявления лиц, употребляющих наркотики с ВП, — в 64. При этом наиболее значимый прирост показателей наблюдался в Северо-Западном — на 50,5%, Центральном — на 16,5%, Южном — на 17,1% и Уральском ФО — на 16,3%.

Большинство зарегистрированных потребителей наркотиков — 73,8% — употребляют наркотики инъекционным способом, что характеризует особую тяжесть наблюдаемых контингентов больных. Из общего числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) 9,3% имеют ВИЧ-позитивный статус.

Высок уровень инъекционного употребления наркотиков среди населения: показатель распространенности по стране в целом составил 259,7 в расчете на 100 тыс. населения, или 0,3% общей численности населения. В ряде регионов этот уровень достигает 0,5–0,8%.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

Для характеристики частоты возникновения ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний и негативных последствий, с ними связанных, обычно используются такие основные эпидемиологические показатели, как заболеваемость, распространенность, пораженность, смертность и летальность.

Показатели, характеризующие заболеваемость и распространенность, рассчитываются в России обычно на 100 тысяч среднегодового населения соответствующего пола и возраста.

Анализ проводится на основании данных утвержденных форм статистической отчетности России.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

(Синонимы — первичная заболеваемость, учтенная заболеваемость, заболеваемость, инцидентность — incidence, англ.) Показатель интенсивности эпидемического процесса, характеризует частоту появления новых случаев заболевания в популяции в течение 1 года. Этот показатель рассчитывается на основании числа больных с заболеванием, зарегистрированным впервые в жизни в течение отчетного года, и численности населения, среди которого они выявлены, отнесенной к определенному количеству населения. Единицей наблюдения является каждый случай зарегистрированного заболевания (ВИЧ-инфекции, ИППП, вирусных гепатитов, туберкулеза и наркологических расстройств). Показатели, характеризующие первичную заболеваемость, рассчитываются на 100 тысяч среднегодового населения соответствующей группы, пола и возраста, проживающих на определенной территории.

Вычисление показателя заболеваемости населения производится по формуле:

$$\text{Показатель заболеваемости} = \frac{\text{Число впервые выявленных случаев заболевания}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

Расчет показателя при необходимости проводится для всего населения (общий показатель), а также для любых возрастных, половых, социальных, профессиональных и других групп населения (специальные показатели). В частности, при ВИЧ-инфекции наиболее актуальными группами населения являются внутривенные потребители наркотиков, коммерческие сексуальные работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, а также молодые мужчины и женщины, к которым можно отнести беременных женщин и призывников.

Уровень заболеваемости в определенном году и ее динамика в течение ряда предыдущих лет является важнейшим показателем состояния здоровья населения и эффективности работы учреждений здравоохранения, на основании данного показателя производится планирование и оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Персонифицированный учет заболеваний охватывает все существующие случаи заболевания на отчетный год, то есть и впервые зарегистрированные случаи заболеваний в отчетном году, и ранее выявленные заболевания, существующие в отчетном году. Такой медико-статистический показатель, в отличие от заболеваемости, называют пораженность (распространенность, болезненность).

ПОРАЖЕННОСТЬ

(Синонимы — распространенность, учтенная распространенность, общая заболеваемость, учтенная болезненность, болезненность, превалентность — prevalence, англ.).

Показатель отражает суммарную совокупность населения, страдающего заболеванием в определенный момент времени, например на конец года. Этот показатель рассчитывается на основании данных о числе живущих с заболеванием больных, зарегистрированных на конец отчетного периода. Пораженность измеряется отношением числа лиц, страдающих данным заболеванием, к численности данной группы населения в это же время, отнесенной к определенному количеству населения (обычно 100 000).

Вычисление показателя пораженности населения производится по формуле:

$$\text{Показатель пораженности} = \frac{\text{Кумулятивное количество живущих с заболеванием больных, зарегистрированных на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

В основном показатель рассчитывается на основании данных по обращаемости населения в медицинские учреждения страны. Вместе с тем, данный показатель можно получить при проведении специальных выборочных обследований в различных группах населения. Часто специальные обследования проводятся в труднодоступных группах населения, представители которых избегают обращения в медицинские учреждения или не называют свою принадлежность к определенной группе, опасаясь дискриминации. При ВИЧ-инфекции такими группами являются коммерческие сексуальные работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и внутривенные потребители наркотиков.

Пораженность всегда выше уровня заболеваемости. Показатель пораженности, в отличие от показателя заболеваемости, несколько более устойчив по отношению к искусственным влияниям. Но динамика показателя пораженности при ВИЧ-инфекции иногда бывает трудно интерпретируемой. Например, возрастание показателя пораженности не всегда связано с увеличением темпов развития эпидемии. Показатель пораженности может возрастать в результате успешного лечения больных и снижения смертности от заболевания, а соответственно, накопления больных, имеющих данное заболевание. С другой стороны, снижение показателя пораженности может свидетельствовать о превышении количества смертей, связанных с заболеванием, над количеством новых случаев заболевания, либо о выбытии больных с изучаемой территории или из изучаемой группы.

Показатели, характеризующие пораженность, рассчитываются на 100 тысяч населения соответствующей группы, пола и возраста, проживающих на определенной территории. Расчет показателя при необходимости проводится для всего населения, а также для любых возрастных, половых, социальных, профессиональных и других групп населения (специальные показатели).

В дерматовенерологии показатель обычно не применяется. В наркологии показатель включает всех больных, обратившихся за наркологической помощью к врачу психиатру-наркологу или психиатру в течение отчетного года.

Показателями, характеризующими течение заболевания и эффективность медицинских вмешательств являются показатели летальности и смертности. Другой подход к описанию естественного течения заболевания используется довольно редко, он может быть реализован при оценке продолжительности жизни от момента постановки диагноза, до смерти (время выживания, или выживаемость).

ЛЕТАЛЬНОСТЬ

Показатель отражает отношение числа умерших от болезни, к числу болевших этой болезнью, выражается в процентах. Летальность рассчитывается за определенный отрезок времени, обычно за 1 год. Летальность является одним из показателей эффективности мероприятий по лечению, уходу, диспансерному наблюдению и своевременной диагностике заболеваний.

Вычисление показателя летальности населения от заболевания производится по формуле:

Показатель летальности =	Число умерших от болезни за период времени	× 100
	Число болевших этой болезнью в тот же период	

СМЕРТНОСТЬ

Показатель отражает частоту случаев смерти от заболевания среди определенной совокупности населения (страны, города, района), выражается числом умерших за определенный период (обычно за 1 год) на 100 тыс. населения.

Для детского населения производится расчет показателей младенческой и перинатальной смертности.

Вычисление показателя смертности населения от заболевания производится по формуле:

Показатель смертности =	Число умерших от болезни за период времени / Среднегодовая численность населения	× 100 000

Наибольшую обеспокоенность в обществе вызывает уровень смертности детей в возрасте до 1 года — это один из основных показателей здоровья населения, являющийся индикатором состояния общества и уровня развития медицины.

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Показатель отражает частоту случаев смерти живорожденных детей, умерших не достигнув 1 года, на 1000 новорожденных. Показатель рассчитывается обычно на временной период — 1 год. В показатели младенческой смертности включаются только живорожденные дети, мертворожденные учитываются только при расчете показателей перинатальной смертности.

Вычисление показателя младенческой смертности от заболевания производится по формуле:

Показатель младенческой смертности =	Число умерших не достигнув 1 года живорожденных детей от заболевания / Число детей, рожденных живыми	× 1000

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

Показатель отражает частоту случаев смерти плодов и детей в перинатальном периоде (между 28-й неделей беременности и 1-й неделей после рождения). Пока-

затель перинатальной смертности включает показатели мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. Показатель перинатальной смертности выражается в промилле (‰), то есть в пересчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Вычисление показателя перинатальной смертности от заболевания производится по формуле:

Показатель перинатальной смертности =	Число случаев мертворожденных и детей умерших в течение 1-й недели после рождения от заболевания	× 1000
	Число родившихся живыми + число родившихся мертвыми	

Далее приводятся рекомендации по расчету показателей отдельно для каждого заболевания.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАСЧЕТУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В Российской Федерации начиная с 1987 г. функционирует система сбора данных о ВИЧ-инфекции на государственном уровне. Первичный сбор данных по ВИЧ-инфекции осуществляется в государственных специализированных учреждениях здравоохранения — центрах по профилактике и борьбе со СПИДом по унифицированным формам государственного статистического наблюдения.

Сбор данных о всех обследованных на антитела к ВИЧ и полученных результатах тестирования ведется на основании учетной формы № 264/у-88 «Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в иммуноферментном анализе» и учетной формы № 265/у-88 «Направление на исследование образца крови на ВИЧ-инфекцию в реакции иммунного блота». Эти документы заполняются на каждое лицо, проходящее тестирование на антитела к ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА) и иммунном блоте (ИБ), и содержат основные сведения о тестируемом на ВИЧ, включая причины тестирования. В конце каждого отчетного месяца направления используются для составления ежемесячного, а в конце года и годового отчета учреждения — лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции по отчетной форме № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ» (далее — ф. 4), утвержденной постановлением Госкомстата России от 05.05.1999 № 30.

На основании представленных отчетов регионов РФ в электронной базе данных Федерального центра СПИДа формируется сводный отчет по форме № 4 для Российской Федерации и в разрезе субъектов.

Единая система индивидуального учета всех выявленных серопозитивных к ВИЧ действует в системе центров СПИДа и учреждениях Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Система индивидуального учета действует по формам № 266 у-88 «Оперативное донесение о случае ВИЧ-инфекции» и № 58-у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании; пищевом, остром, профессиональном отравлении; необычной реакции на прививку». Слежение вертикальной передачи ВИЧ-инфекции осуществляет Научно-практический центр по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа у беременных женщин и детей. Сбор персонифицированной информации по вертикальной передаче ведется по фомам № 313/у «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины», № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью», № 310/у «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью», № 311/у «Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью». Учет случаев сочетанной с туберкулезом ВИЧ-инфекции осуществляется по форме № 263/у-ТВ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией».

Агрегированные данные о случаях ВИЧ-инфекции по отчетным формам государственной статистической отчетности поступают из центров СПИДа в департаменты здравоохранения субъектов Федерации, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральную службу государственной статистики (Росстат) и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Суммарные данные поступают в виде ежемесячных отчетов субъектов РФ по форме № 1 и № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», утверждена постановлением Росстата от 18.11.2005 (далее — ф. 2); ежегодный отчет субъектов РФ о контингентах больных ВИЧ-инфекцией — по форме № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г. № 80 (далее — ф. 61).

Данные о зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции среди контингентов страдающих наркологическими расстройствами и беременных женщин включены в специализированную форму № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами», утверждена постановлением Госкомстата России 29.06.1999 № (информация по ВИЧ содержится в таблице 3000) (далее — ф. 11); форму № 13 «Сведения о прерывании беременности», утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 № 49 (далее — ф. 13); форму № 32 «Сведения о медицинской

помощи беременным, роженицам и родильницам», утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 № 49 (далее — ф.32).

Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора создана и поддерживается единая база данных случаев ВИЧ-инфекции, СПИДа, обследований на ВИЧ и исходов ВИЧ-инфекции. Практически во всех территориальных центрах СПИДа и Федеральном центре СПИДа установлено программное компьютерное обеспечение, поддерживающее ведение регистра всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. В системе учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на основании экстренных извещений заполняется журнал учета инфекционных заболеваний.

Из вышесказанного очевидно, что система регистрации случаев ВИЧ-инфекции является очень сложной и ведется параллельно многими организациями. Источником первичных данных по ВИЧ-инфекции практически всегда является территориальный центр СПИДа. Для стандартизации подходов к расчету основных и дополнительных эпидемиологических показателей приводим рекомендуемые к сбору и анализу по проблеме ВИЧ-инфекции предлагаемые методики. Данный документ разработан на основании утвержденных форм государственной и ведомственной статистической отчетности, действующих в 2006 году, при принятии новых форм государственной отчетности документ будет пересмотрен.

ПОРАЖЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ

(Синонимы — распространенность, учтенная распространенность, общая заболеваемость, учтенная болезненность, болезненность, превалентность — prevalence, англ.).

Показатель отражает общее количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом среди определенной группы населения в определенный момент времени. Этот показатель рассчитывается на основании данных о числе живущих с ВИЧ-инфекцией лиц, зарегистрированных на конец отчетного периода. Пораженность измеряется отношением числа лиц, имеющих ВИЧ-инфекцию, к численности данной группы населения в это же время, отнесенному к определенному количеству населения (обычно 100 000 или 100).

При ВИЧ-инфекции пораженность является основным показателем, характеризующим динамику эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в связи со сложностью получения истинного показателя заболеваемости при ВИЧ-инфекции. Показатель пораженности, в отличие от показателя заболеваемости, несколько

более устойчив по отношению к искусственным влияниям. Но динамика показателя пораженности при ВИЧ-инфекции иногда бывает трудно интерпретируемой. Например, возрастание показателя пораженности не всегда связано с увеличением темпов развития эпидемии. Показатель пораженности может возрастать в результате успешного лечения больных ВИЧ-инфекцией и снижения смертности от заболевания, а соответственно, накопления больных, имеющих данное заболевание. С другой стороны, снижение показателя пораженности может свидетельствовать о превышении количества смертей от ВИЧ-инфекции над количеством новых случаев заболевания либо о выбытии больных с изучаемой территории или из изучаемой группы.

Классический показатель пораженности рассчитывается на основании данных по регистрации заболевания, связанной с обращаемостью населения в медицинские учреждения страны. Вместе с тем данный показатель можно получить при проведении специальных выборочных обследований в различных группах населения, такие исследования рекомендованы в рамках второго поколения эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией. Часто специальные выборочные обследования проводятся в труднодоступных группах населения, представители которых избегают обращения в медицинские учреждения или не называют свою принадлежность к определенной группе опасаясь дискриминации. При ВИЧ-инфекции такими группами являются коммерческие сексуальные работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, внутривенные потребители наркотиков и другие.

Третий вид показателя пораженности населения ВИЧ-инфекцией получают при математическом моделировании эпидемии и расчете оценочного количества людей живущих с ВИЧ на определенной территории. Этот вид показателя пораженности измеряется отношением оценочного количества людей, живущих с ВИЧ/СПИДом на определенной территории к численности населения данной территории в это же время и выражается в процентах.

Показатели, характеризующие пораженность, рассчитываются на 100 тысяч населения соответствующей группы, пола и возраста, проживающих на определенной территории или выражаются в процентах. Расчет показателя при необходимости проводится для всего населения, а также для любых возрастных, половых, социальных, профессиональных и других групп населения (специальные показатели). Примеры расчета показателей на основании данных регистрации случаев ВИЧ-инфекции приводятся ниже.

Показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией на основании данных медицинского наблюдения и регистрации рассчитывается по формуле:

Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией населения (ПП ВИЧ) =	Кумулятивное количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, на определенной территории	× 100 000
	Численность населения данной территории в тот же период	
ПП ВИЧ населения =	Кумулятивное количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди населения территории – кумулятивное количество умерших среди данной группы – кумулятивное количество выбывших представителей данной группы	× 100 000
	Численность населения данной территории	
ПП ВИЧ населения в возрасте 15–49 лет =	Кумулятивное количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди населения территории в возрасте 15–49 лет – кумулятивное количество умерших среди данной группы – кумулятивное количество выбывших представителей данной группы	× 100 000
	Численность населения в возрасте 15–49 лет на данной территории	

Как правило, для анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и понимания природы происходящих изменений необходимо проводить детальный расчет показателя пораженности для различных возрастных групп и различных групп населения. Для этой цели используются регистры случаев ВИЧ-инфекции, имеющиеся в Центрах по профилактике и борьбе со СПИДом. По международным стандартам возрастной группой, среди которой проводится расчет показателя пораженности ВИЧ-инфекцией, является взрослое население в возрасте 15–49 лет, расчет также рекомендуется проводить для молодежи в возрасте 15–25 лет, 18–30 лет, а при необходимости — среди других возрастных групп. Также высокую ценность для анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции представляет расчет показателей заболеваемости среди мужского и женского населения в возрасте 15–49 лет и 18–30 лет. При этом расчеты проводят на 100 тыс. среднегодового населения изучаемой половозрастной группы.

Ниже для примера приводится формулы расчета показателей пораженности в различных половозрастных группах.

ПП ВИЧ мужчин =	Кумулятивное количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди мужского населения территории – кумулятивное количество умерших среди данной группы – кумулятивное количество выбывших представителей данной группы	× 100 000
	Численность мужского населения данной территории	

ПП ВИЧ мужчин в возрасте 15–49 лет =	Кумулятивное количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди мужского населения территории в возрасте 15–49 лет – кумулятивное количество умерших среди данной группы – кумулятивное количество выбывших представителей данной группы	× 100 000
	Численность мужского населения данной территории в возрасте 15–49 лет	
ПП ВИЧ мужского городского населения в возрасте 18–30 лет =	Кумулятивное количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди мужского городского населения в возрасте 18–30 лет — кумулятивное количество умерших среди данной группы – кумулятивное количество выбывших представителей данной группы	× 100 000
	Численность мужского городского населения в возрасте 18–30 лет изучаемой территории	

Мы привели примеры расчета показателей в наиболее пораженных к настоящему времени поло-возрастных групп, поскольку в Российской Федерации в некоторых городах зарегистрировано до 4–9% живущих с ВИЧ/СПИДом среди мужчин в возрасте 18–30 лет.

Однако еще более высокую ценность при ВИЧ-инфекции имеет расчет показателей пораженности ВИЧ-инфекцией среди отдельных групп населения, в том числе наиболее уязвимых групп. По данным показателям можно судить о стадии развития эпидемии на той или иной территории, и на основании этих данных производится планирование и оценка конкретных профилактических вмешательств в регионе. При ВИЧ-инфекции наиболее актуальными группами населения, среди которых необходимо производить расчет показателя пораженности ВИЧ, являются внутривенные потребители наркотиков (ПИН), коммерческие сексуальные работники (КСР), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), и другие. Об уровне распространенности ВИЧ-инфекции среди основного населения территории обычно судят по показателю пораженности среди беременных женщин. На основании изучения показателя пораженности ВИЧ среди различных групп населения в соответствии с современными представлениями делают заключение об одной из трех основных стадий эпидемии ВИЧ-инфекции: начальной, концентрированной и генерализованной в изучаемом регионе. Заключение о начальной стадии эпидемии делают, если во всех группах населения пораженность ВИЧ устойчиво не превышает 5%. На начальной стадии эпидемии ВИЧ-инфекция еще не достигла значительного распространения ни в одной группе населения на территории. Если как минимум в одной из уязвимых групп населения показатель пораженности устойчиво превышает 5%, а среди беременных женщин в городских районах распространенность составляет менее 1%, то делают заключение о концентрированной стадии эпидемии ВИЧ-инфекции на данной территории. При этой стадии ВИЧ-инфек-

ция значительно распространена среди уязвимых групп населения, но передача ВИЧ-инфекции среди основного населения пока не происходит активно. При этой стадии дальнейшее развитие эпидемии зависит от интенсивности передачи ВИЧ-инфекции из уязвимых групп в основное население.

Пороговым значением для определения генерализованной стадии эпидемии является обнаружения 1% или более инфицированных ВИЧ среди беременных. Если показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных устойчиво превышает 1%, делают вывод о генерализованной стадии эпидемии в регионе. При данной стадии эпидемии ВИЧ-инфекция уже значительно распространилась среди основного населения и может эффективно распространяться при сексуальных контактах, независимо от уязвимых групп населения. При этом уязвимые группы населения могут также в значительной степени быть поражены ВИЧ и ускоряют развитие эпидемии в регионе.

Поскольку практически все беременные женщины в Российской Федерации обследуются на ВИЧ, показатель распространенности легко рассчитать на основании данных форм государственной статистической отчетности. Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией беременных женщин рассчитывается по формуле:

ПП ВИЧ беременных женщин =	Число инфицированных ВИЧ среди беременных на изучаемой территории в изучаемом году / Число беременностей в регионе в изучаемом году = число принятых родов всего + число прерываний беременности всего	× 100 000
ПП ВИЧ беременных женщин =	ф. 61, стр. 1006, п. 1 / ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 01 + ф. 13, т. 1000, стр. 1, гр. 04	× 100 000

Данные о количестве инфицированных ВИЧ беременных женщин можно также получить из форм № 32 и № 13, однако в данном случае предпочтительным источником является форма № 61, как указано в формуле. Расчет показателя распространенности ВИЧ-инфекции можно также провести отдельно для беременных, закончивших беременность родами, и искусственно прервавших беременность аналогично приведенной выше методике на основании данных, представленных в формах № 32 и № 13.

Аналогичный показатель среди родивших в отчетном году можно рассчитать по формуле:

ПП ВИЧ среди завершивших беременность родами =	Число всех беременных среди ВИЧ- инфицированных женщин, завершивших беременность родами в отчетном году всего	× 100 000
	Число родивших в отчетном году всего	
Пораженность ВИЧ среди завершивших беременность родами =	ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 06	× 100 000
	ф. 32, т. 2110, стр. 1, гр. 05	

Значительно труднее получить показатель пораженности ВИЧ-инфекцией уязвимых групп населения.

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков можно получить путем расчета на основании данных государственного статистического наблюдения, осуществляемого медицинскими учреждениями наркологического профиля. Расчет данного показателя более подробно приводится в разделе «Рекомендации по расчету показателей распространенности наркологических расстройств», однако считаем необходимым привести ключевой показатель и в данном разделе. Приведенный ниже показатель характеризует степень распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся за наркологической помощью в специализированные (наркологические и психиатрические) учреждения. Вопрос о репрезентативности данного показателя для всей группы ПИН является дискутируемым, поскольку ПИН, не обращающиеся в медицинские учреждения, могут существенным образом отличаться от ПИН, состоящих на учете в учреждениях наркологического профиля. Однако необходимо заметить, что и при выборочных обследованиях возможны статистические ошибки и отклонения, учитывая незначительные размеры выборки респондентов и тот факт, что исследования ограничены финансовыми возможностями и проводятся только в некоторых городах. Несомненным является и факт, что при выборочных сероэпидемиологических исследованиях результаты, полученные в одном из городов, не могут быть репрезентативны для всей популяции данной группы в области, регионе. Ценность имеющихся официальных данных по распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН заключена в едином подходе к сбору данных на всех территориях России, доступности данных по всем субъектам Российской Федерации, в большом количестве наблюдений и отсутствии необходимости выделения дополнительных средств. Практически все ПИН, обратившиеся в наркологические и психиатрические учреждения, проходят добровольное тестирование на антитела к ВИЧ, ежегодно в стране на ВИЧ обследуются более 250 тысяч наркопотребителей.

Рассчитывается показатель пораженности ВИЧ среди ПИН, зарегистрированных в учреждениях наркологического профиля (НД), на основании данных формы № 11, выражается в процентах.

Пораженность ВИЧ-инфекции среди ПИН зарегистрированных в НД =	табл. 3000, графа 3, строка 1 / табл. 3000, графа 1, строка 1	× 100

Другим источником данных о пораженности ВИЧ среди группы ПИН являются выборочные сероэпидемиологические исследования среди группы ПИН. При таком виде эпидемиологических исследований пораженность измеряется отношением количества выявленных случаев ВИЧ-инфекции к количеству обследованных на ВИЧ представителей данной выборки и выражается в процентах. Методика расчета показателя распространенности приводится в специализированных руководствах по дозорному эпиднадзору и второму поколению эпиднадзора, в том числе в публикации: Смольская Т.Т., Третьякова В.И., Огурцова С.В. Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией среди потребителей наркотиков инъекционным способом. Пособие для врачей, Санкт-Петербург, 2002, поэтому не будем повторять его в данной публикации, посвященной анализу показателей. При анализе эпидемиологической ситуации целесообразно использовать рассчитанный исследователями показатель пораженности ВИЧ группы наркопотребителей, полученный при выборочных сероэпидемиологических исследованиях. Результаты государственного статистического наблюдения, полученные при массовых серологических обследованиях на ВИЧ представителей группы ПИН, могут быть очень полезными для интерпретации данных, полученных в результате выборочных обследований в дозорных группах. Целесообразно сравнить показатели, полученные из разных источников данных для определения достоверности результатов и проведения более углубленного анализа.

В некоторых труднодоступных группах населения, например таких, как коммерческие сексуальные работники, клиенты коммерческих сексуальных работников и мужчины, имеющие секс с мужчинами, проведение специальных исследований в дозорных группах является единственной возможностью изучения показателя пораженности ВИЧ-инфекцией, поскольку эти группы не регистрируются в формах государственной статистической отчетности и часто избегают тестирования на ВИЧ. На отдельных территориях наиболее уязвимыми могут быть и другие группы населения, например такие как водители-дальнобойщики или заключенные, но необходимо понимать, что в этих группах доминируют представители одной из вышеперечисленных групп. Сбор данных для получения показателя пораженности ВИЧ среди вышеназванных групп населения целесообразно организовать путем проведения сквозного серологического обследования выборки представителей данной группы. Методика проведения таких исследований приводится в специализированных руководствах. Однако нужно подходить с осторожностью к экстраполяции результатов этих исследований на более широкие группы населения.

Наиболее часто в международной практике используется показатель пораженности ВИЧ-инфекцией населения в возрасте 15–49 лет, основанный на оценочных данных о реальном количестве людей, живущих с ВИЧ/СПИДом среди населения аналогичной возрастной группы в регионе или стране и выражаемый в процентах. Оценочный показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией рассчитывается по формуле:

Оценочный ПП ВИЧ населения в возрасте 15–49 лет =	Оценочное количество людей, живущих в регионе с ВИЧ/СПИДом, в возрасте 15–49 лет / Численность населения в возрасте 15–49 лет на данной территории	× 100

При использовании данного показателя можно проводить сравнение характеристик эпидемии в разных странах мира.

Еще более сложным является вычисление показателя оценочной пораженности ВИЧ среди уязвимых групп населения. При этом оценочное количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в уязвимой группе населения соотносят с оценочным количеством представителей данной группы, поскольку истинная численность уязвимых групп практически никогда не известна. В связи со сложностью методики расчета каждого из показателей, мы не рекомендуем производить такую работу в рутинной практике.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

(Синонимы — первичная заболеваемость, учтенная заболеваемость, заболеваемость, инцидентность — incidence, англ.)

Показатель рассчитывается на основании числа инфицированных ВИЧ, зарегистрированных впервые в жизни в течение отчетного года, и численности населения, среди которого они выявлены, отнесенным к 100 тысячам среднегодового населения. При расчете повозрастных показателей, а также показателей для мужчин и женщин используется население соответствующего пола и возраста.

Источником данных для расчета показателя является таблица 1001 отчетной формы № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», утверждена постановлением Росстата от 11.11.2005 г. № 80. Наиболее часто анализируются общие показатели первичной заболеваемости (т.е. для всего населения, без учета пола, возраста и места жительства). Для расчета показателей с учетом пола, возраста и иных социально-демографических характеристик следует пользоваться регистрами случаев ВИЧ-инфекции, которые ведутся в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом.

Данные о новых зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции содержатся также в формах № 1 и № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях». Однако авторы не рекомендуют использовать данные по ВИЧ-инфекции современной редакции этих форм для расчета показателей заболеваемости по ВИЧ-инфекции, поскольку в редакции 2006 г. в данных формах учитываются не все новые выявленные случаи ВИЧ-инфекции, а поэтому показатель будет занижен. В новой редакции форм № 1 и № 2 пациенты с неустановленной стадией ВИЧ-инфекции (это может иметь место в связи с неявкой инфицированного на обследование) не включаются в отчетность, поскольку не могут быть отнесены ни к строке «бессимптомный инфекционный статус (носительство ВИЧ), код МКБ-10 — Z21» ни к строке «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, код МКБ-10 — B20–B24».

Для расчета показателя первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения территории целесообразно использовать количество новых случаев заболевания, зарегистрированных среди жителей территории, исключая иностранных граждан и иногородних жителей, поскольку численность иностранных и иногородних жителей, пребывающих на территории региона, часто остается неизвестной, при этом во многих регионах отмечается интенсивная миграция населения.

Показатель заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией рассчитывается по формуле:

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией (ПЗ ВИЧ) =	Число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди населения территории / Среднегодовая численность населения данной территории	× 100 000
ПЗ ВИЧ =	ф. 61, табл. 1001, п. 4 – ф. 61, табл. 1001, п. 18 – ф. 61, табл. 1001, п.19. / среднегодовое население	× 100 000

Расчет показателей заболеваемости зависит от поставленной цели, задач исследования и проводимого анализа. Форма № 61 является ежегодной, при необходимости более оперативного расчета показателя заболеваемости используют регистры случаев ВИЧ-инфекции Центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Тот же источник используется при необходимости расчета более специализированных показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Для планирования и оценки профилактических мероприятий в определенных группах населения отдельно анализируется заболеваемость населения разных возрастных групп: основным уязвимым возрастом при ВИЧ-инфекции является 15–49 лет, расчет также рекомендуется проводить для населения в возрасте 18–25 лет, 0–14 лет, 15–17 лет, а при необходи-

мости среди других возрастных групп. Также высокую ценность для проведения анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции представляет расчет показателей заболеваемости среди мужского и женского населения, и в том числе в возрасте 15–49 лет, 18–25 лет. При этом расчеты проводят на 100 тыс. среднегодового населения изучаемой половозрастной группы, либо общую численность изучаемого контингента лиц.

Ниже для примера приводятся формулы расчета показателей заболеваемости в различных половозрастных группах.

ПЗ ВИЧ мужчин =	Число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди мужского населения территории / Среднегодовая численность мужского населения данной территории	× 100 000
ПЗ ВИЧ мужчин в возрасте 15–49 лет =	Число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди мужского населения территории в возрасте 15–49 лет / Среднегодовая численность мужского населения данной территории в возрасте 15–49 лет	× 100 000
ПЗ ВИЧ мужского городского населения в возрасте 18–30 лет =	Число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди мужского городского населения в возрасте 18–25 лет / Среднегодовая численность мужского городского населения в возрасте 18–30 лет на изучаемой территории	× 100 000

Расчет показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией производится для отдельных групп населения в зависимости от глубины проводимого эпидемиологического анализа.

При ВИЧ-инфекции наиболее актуальными группами населения являются внутривенные потребители наркотиков, коммерческие сексуальные работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, а также молодые мужчины и женщины, к которым можно отнести беременных женщин и призывников. Поскольку актуальность проблемы многих заболеваний, и в том числе ВИЧ-инфекции нередко оценивается масштабами ее распространения среди беременных женщин, являющихся индикаторной группой для основного гетеросексуального населения, для полноты анализа проводится расчет показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди беременных женщин и определяется доля новых случаев ВИЧ-инфекции в этой группе населения в структуре заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди беременных женщин рассчитывается по формуле:

ПЗ ВИЧ беременных женщин =	Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных на изучаемой территории	× 100 000
	Число беременностей в регионе = число принятых родов всего + число прерываний беременности всего	
ПЗ ВИЧ беременных женщин =	ф. 4, табл. 1000, стр. 11, гр.10	× 100 000
	ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 01 + ф. 13, т. 1000, стр. 1, гр. 04	

Удельный вес новых случаев ВИЧ-инфекции (УВ НСВ) среди беременных женщин в структуре общей заболеваемости ВИЧ-инфекцией рассчитывается по формуле:

УВ НСВ беременных =	Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных на изучаемой территории	× 100
	число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди населения территории	
УВ НСВ беременных =	ф. 4, табл. 1000, стр. 11, гр.10	× 100
	ф. 61, табл. 1001, п. 4 – ф. 61, табл. 1001, п. 18 – ф. 61, табл.1001 п.19	

Аналогичные подходы можно применить для расчета удельного веса новых случаев ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, таких как потребители наркотиков, больные заболеваниями, передающимися половым путем, в структуре общей заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Расчет удельного веса может производиться для мужского и женского населения различных возрастов, а также для детского населения.

Получение адекватных данных для расчета показателя заболеваемости по ВИЧ-инфекции затруднено в связи с длительным латентным периодом заболевания и сложностью выявления ВИЧ-инфекции. При ВИЧ-инфекции выявление случаев ВИЧ-инфекции достигается путем тестирования населения на антитела к ВИЧ. Ежегодно тестируется на ВИЧ некоторая доля населения, различная в отдельных группах, и при таком тестировании в течение года выявляются не только случаи новых заражений ВИЧ-инфекцией, но и все случаи заражения за весь предыдущий период эпидемии. Фактически при ВИЧ-инфекции истинный показатель заболеваемости (понимая под ним частоту появления именно новых случаев заболевания) получить чрезвычайно трудно и возможно при регистрации только случаев

сероконверсии, то есть заражения, произошедшего в течение отчетного года. До настоящего времени немногие страны ведут изучение истинного показателя заболеваемости при ВИЧ-инфекции на основании регистрации сероконверсий и применения лабораторных методов выявления недавней сероконверсии. Современные методы выявления недавнего заражения ВИЧ-инфекцией до настоящего времени не адаптированы к генетическим вариантам ВИЧ, циркулирующим в России, и не рекомендованы к использованию. В данном руководстве показатель заболеваемости с учетом вышесказанного рекомендовано рассчитывать на основании данных первичного выявления и регистрации случаев ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. При изменении подходов к тестированию на ВИЧ среди различных групп населения может происходить серьезное искажение показателя заболеваемости. То есть при ВИЧ-инфекции чем большее количество населения, особенно представителей уязвимых групп населения, будет протестировано на ВИЧ, тем большее количество ВИЧ-позитивных будет выявлено, и соответственно тем больший показатель заболеваемости специалисты наблюдают в итоге. Напротив, при снижении количества протестированных на ВИЧ мы будем наблюдать снижение показателя заболеваемости. При использовании и интерпретации данного показателя необходимо соотносить его с другими показателями и учитывать возможность искусственного влияния и искажения показателя.

ВЫЯВЛЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИЛИ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В связи с наличием вышеназванных проблем при ВИЧ-инфекции авторы предлагают введение вспомогательного показателя — выявленная заболеваемость, или выявляемость, который отражает частоту обнаружения новых случаев ВИЧ-инфекции в популяции протестированных на ВИЧ и является видом заболеваемости. Данный показатель менее подвержен искусственному влиянию и позволяет изучить динамику обнаружения новых случаев ВИЧ-инфекции в различных группах протестированных на антитела к ВИЧ. Показатель выявляемости измеряется отношением числа лиц из групп населения, у которых впервые была выявлена ВИЧ-инфекция, к численности протестированных на антитела к ВИЧ в данной группе населения в это же время на 100 тысяч среднегодового населения.

Вычисление показателя выявляемости ВИЧ-инфекции производится по формуле:

Показатель выявляемости ВИЧ =	Число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции в определенной группе населения	× 100 000
	Численность протестированных на антитела к ВИЧ в той же группе населения	

Вычисление показателя выявляемости (ПВ) ВИЧ-инфекции на определенной территории, среди различных групп населения производится по формуле:

ПВ ВИЧ =	Число впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции на определенной территории / Численность протестированных на антитела к ВИЧ на той же территории	× 100 000
ПВ ВИЧ среди российских граждан =	ф. 4, табл. 1000, стр. 01, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 01, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ среди иностранных граждан =	ф. 4, табл. 1000, стр. 14, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 14, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ среди доноров =	ф. 4, табл. 1000, стр. 03, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 03, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ среди беременных =	ф. 4, табл. 1000, стр. 11, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 11, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ среди больных наркоманией =	ф. 4, табл. 1000, стр. 06, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 06, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, =	ф. 4, табл. 1000, стр. 07, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 07, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ среди больных ИППП =	ф. 4, табл. 1000, стр. 08, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 08, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ лиц, находящихся в местах лишения свободы, =	ф. 4, табл. 1000, стр. 09, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 09, гр. 4	× 100 000

Изучение динамики данного показателя выявляемости позволяет получить представления об интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, подвергающихся обследованию на ВИЧ.

Сравнение количества протестированных на антитела к ВИЧ в разрезе нескольких лет наблюдения может предоставить сведения о причинах снижения или увеличения показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Например, в Российской Федерации в 2002–2004 гг. наблюдалось снижение числа впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, и, соответственно, показатель заболеваемости также снизился в этот период. Однако при анализе причин этого явления было выяснено, что

частично снижение показателя заболеваемости могло быть связано с существенным уменьшением числа обследованных на ВИЧ представителей групп риска: потребителей наркотиков, мужчин, имевших секс с мужчинами, больных венерическими заболеваниями, лиц, находящихся в местах заключения. Например, в 2004 г. было обследовано на ВИЧ на 47% меньше потребителей наркотиков, на 23% меньше больных ИППП и на 37% меньше заключенных, чем среди аналогичных групп в 2001 г. То есть снижение показателя заболеваемости, вероятно, имело искусственный характер, связанный со снижением активности специалистов системы здравоохранения и представителей уязвимых групп населения в области тестирования на ВИЧ. Известно, что в тот же период наблюдались перебои с поставками в регионы тест-систем для выявления ВИЧ-инфекции. Можно рассчитать ежегодные, среднегодовые или суммарные (за несколько лет) темпы роста (снижения) показателя обследованных на антитела к ВИЧ в различных группах населения. Показатели изменения количества обследованных на ВИЧ могут предоставить данные для объяснения роста или снижения заболеваемости изучаемого года к заболеваемости предшествующих лет.

ПВ ВИЧ среди больных ИППП =	ф. 4, табл. 1000, стр. 08, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 08, гр. 4	× 100 000
ПВ ВИЧ лиц, находящихся в местах лишения свободы =	ф. 4, табл. 1000, стр. 09, гр. 10 / ф. 4, табл. 1000, стр. 09, гр. 4	× 100 000

Аналогичным образом анализируется динамика показателей количества протестированных на антитела к ВИЧ среди других групп населения. Мы уделяем серьезное внимание расчету вышеназванных показателей, поскольку они могут иметь высокую корреляцию с показателем заболеваемости и предоставить ключевые объяснения причинам изменения заболеваемости при ВИЧ-инфекции.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ

Показателями, характеризующими течение заболевания и эффективность медицинских вмешательств, являются показатели летальности и смертности.

Показатель **летальности** отражает отношение числа умерших от ВИЧ/СПИДа, к числу болевших этой болезнью, выражается в процентах. Летальность рассчитывается за определенный отрезок времени, за 1 год или многолетний период. Летальность является одним из показателей эффективности мероприятий по лечению, уходу, диспансерному наблюдению и своевременной диагностике заболеваний.

Вычисление показателя летальности населения при ВИЧ-инфекции от заболевания производится по формуле:

Показатель летальности при ВИЧ-инфекции =	Число умерших от ВИЧ/СПИДа за период времени / Число инфицированных ВИЧ и больных СПИДом в тот же период	× 100

Показатель **смертности** отражает частоту случаев смерти от заболевания среди определенной совокупности населения (страны, города, района), выражается числом умерших за определенный период (обычно за 1 год) на 100 тыс. населения.

Для детского населения производится расчет показателей младенческой и перинатальной смертности.

Вычисление показателя смертности населения от заболевания производится по формуле:

Показатель смертности =	Число умерших от болезни за период времени / Среднегодовая численность населения	× 100 000
Показатель смертности =	ф. 61, табл. 1005, стр. 10, гр. 3. / Среднегодовая численность населения	× 100 000

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Наибольшую обеспокоенность в обществе вызывает уровень смертности детей в возрасте до 1 года — это один из основных показателей здоровья населения, являющийся индикатором состояния общества и уровня развития медицины. Хотя очень небольшая доля детей заражается ВИЧ-инфекцией от матерей при проведении химиопрофилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции, расчет общих показателей перинатальной и младенческой смертности при ВИЧ-инфекции обычно проводится для детей и плодов инфицированных ВИЧ матерей. Это связано со сложностью установления диагноза ВИЧ-инфекции у детей и длительным диспансерным периодом.

Вычисление показателя младенческой смертности при ВИЧ-инфекции производится по формуле:

Показатель младенческой смертности при ВИЧ-инфекции =	Число умерших не достигнув 1 года живорожденных детей инфицированных ВИЧ матерей / Число детей, рожденных живыми от инфицированных ВИЧ матерей	× 1000
Показатель младенческой смертности при ВИЧ-инфекции =	ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 03 / ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 02	× 1000

ВЕРОЯТНОСТЬ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции рассчитывается как пропорция детей, которым установлен диагноз ВИЧ-инфекции, по отношению к детям с дифференцированным диагнозом ВИЧ, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин. Этот показатель является одним из ключевых национальных индикаторов по ВИЧ-инфекции и рассчитывается по формуле:

Частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции =	Число детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции из родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин / Число родившихся живыми от ВИЧ-инфицированных всего – число детей, имеющих неокончательный лабораторный результат на ВИЧ	× 100
Частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции =	ф. 61, т. 1009, стр. 1, гр. 01 / ф. 61, т. 1008, стр. 1, гр. 01 – ф. 61, т. 1008, стр. 1, гр. 04	× 100

Дополнительными показателями, характеризующими вертикальную передачу ВИЧ-инфекции в России, могут являться:

Удельный вес умерших новорожденных в возрасте до 1 года, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин среди всех умерших детей в том же возрасте.

УВУН от ВИЧ-инфицированных =	Число умерших новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин / Число умерших новорожденных всего	× 100
УВВИД от ВИЧ-инфицированных =	ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 03 / ф. 32, т. 2245, стр. 2, гр. 03	× 100

Удельный вес детей, родившихся живыми (УВДРЖ) от ВИЧ-инфицированных женщин всего из общего числа принятых родов у ВИЧ-инфицированных:

УВДРЖ от ВИЧ-инфицированных =	Число родившихся живыми от ВИЧ-инфицированных / Число принятых родов от ВИЧ-инфицированных, всего	× 100
УВДРЖ от ВИЧ-инфицированных =	ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 02 / ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 06	× 100

Удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин из числа прервавших беременность (УВВИЧ-инфицированных из числа ПБ):

УВ ВИЧ-инфицированных из числа ПБ =	Число ВИЧ-инфицированных женщин, прервавших беременность / Число женщин прервавших беременность, всего	× 100
УВ ВИЧ-инфицированных из числа ПБ=	ф. 13,т. 1000, стр. 16, гр. 04 / ф. 13, т. 1000, стр. 1, гр. 04	× 100

Удельный вес прервавших беременность ВИЧ-инфицированных женщин из числа беременных ВИЧ-инфицированных всего, (УВПБ из числа беременных):

УВПБ из числа беременных =	Число ВИЧ-инфицированных женщин, прервавших беременность / Число женщин, прервавших беременность, всего	× 100
УВПБ из числа беременных =	ф. 13, т. 1000, стр. 16, гр. 04	× 100

Удельный вес отказных детей (УВОД) от ВИЧ-инфицированных женщин рассчитывается отношением числа ВИЧ-инфицированных родильниц, отказавшихся от новорожденных, к числу родов от ВИЧ-инфицированных, завершившихся живым плодом:

УВОД от ВИЧ-инфицированных =	Число ВИЧ-инфицированных родильниц, отказавшихся от новорожденного / Число родов живым плодом от ВИЧ-инфицированных женщин	× 100
УВОД от ВИЧ-инфицированных ПБ =	ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 05 / ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 02	× 100

Удельный вес новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, из общего числа принятых родов:

УВ новорожденных от ВИЧ-инфицированных =	Число новорожденных от ВИЧ-инфицированных / Число принятых родов всего	× 100
УВ новорожденных от ВИЧ-инфицированных =	ф. 32, т. 2248, стр. 1, гр. 01 / ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 01	× 100

Показатели, характеризующие успехи в достижении целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

Значительная часть показателей, которые могут характеризовать успехи или отсутствие оных в области профилактики, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции, являются поведенческими индикаторами. Для получения этих показателей требуется проведение специальных социологических исследований.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Эти показатели могут быть получены как в результате специальных поведенческих исследований, осуществляемых с применением различных методик, так и в результате проведения эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции.

Наиболее доступным поведенческим показателем, характеризующим развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, является пропорция инфицированных различными путями передачи. Расчет показателя проводится среди новых случаев ВИЧ-инфекции, обычно за 1 год, и выражается в процентах.

Доля зараженных одним из путей передачи ВИЧ-инфекции =	Число впервые выявленных инфицированных ВИЧ, зараженных определенным путем передачи ВИЧ-инфекции / Число впервые выявленных инфицированных ВИЧ за тот же период с известными путями передачи ВИЧ-инфекции	× 100

Одним из основных показателей в области профилактики ВИЧ-инфекции является **уровень правильных знаний в области ВИЧ-инфекции среди населения**, этот показатель рассчитывается по формуле:

Доля населения, правильно называющая пути предотвращения передачи ВИЧ и отрицающая неправильные представления о ВИЧ-инфекции =	Число населения, давшего правильные ответы на все пять перечисленных ниже вопросов / Число населения, которое дало ответы (в том числе «не знаю») на все пять вопросов	× 100
Молодежь (15–24 года), правильно называющая пути предотвращения передачи ВИЧ и отрицающая неправильные представления о ВИЧ-инфекции =	Число респондентов (мужчин, женщин) 15–24 лет, давших правильные ответы на все пять перечисленных ниже вопросов / Число респондентов (мужчин, женщин) 15–24 лет, которые дали ответы (в том числе «не знаю») на все пять вопросов	× 100

Пять основных вопросов в отношении ВИЧ-инфекции, которые задают респондентам для получения показателя уровня правильных знаний в области ВИЧ-инфекции среди населения:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

Данный показатель может быть рассчитан при наличии данных и для различных групп населения, таких как уязвимые группы населения, медицинские работники и другие группы.

Следующие два основных показателя в области профилактики ВИЧ-инфекции характеризуют **охват населения профилактическими вмешательствами**. Они также являются поведенческими показателями и могут быть получены в результате специальных поведенческих исследований.

Охват населения в возрасте 15–25 лет профилактическими вмешательствами =	Число респондентов в возрасте 15–25 лет, которые получили доступ к программам профилактики за последние 12 месяцев / Число респондентов, включенных в выборку, которые дали ответы	× 100
Охват представителей уязвимых групп профилактическими программами =	Число респондентов из определенной группы риска, которые получили доступ к программам профилактики за последние 12 месяцев / Число респондентов, включенных в выборку, которые дали ответы	× 100

Расчет показателя охвата представителей уязвимых групп профилактическими программами производится отдельно для ПИН, КСР и МСМ.

Показатель **доступность тестирования, сопровождаемого до- и послетестовым консультированием для всех желающих пройти тестирование на ВИЧ,** ставит своей целью определить как доступность тестирования, так и доступность консультирования и рассчитывается по формуле.

Доступность тестирования, сопровождаемого до- и послетестовым консультированием =	Число людей, прошедших тестирование, сопровождаемое до- и послетестовым консультированием	× 100
	Число людей желающих пройти тестирование на ВИЧ	

Показатель **доли населения, использующего презервативы** во время последнего полового контакта, может служить индикаторам успеха профилактических мероприятий и рассчитывается по формуле.

Частота использования презерватива во время последнего полового контакта	Число респондентов, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта	× 100
	Число респондентов, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	
Частота использования презерватива во время последнего полового контакта среди представителей уязвимых групп населения	Число респондентов, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта, среди представителей определенной группы населения	× 100
	Число респондентов данной группы, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.	
Частота использования презерватива во время последнего полового контакта среди МСМ	Число респондентов, использовавших презерватив во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	× 100
	Число респондентов данной группы, у которых был анальный секс с партнером-мужчиной за последние 12 месяцев	

Частота использования презерватива во время последнего полового контакта среди представителей уязвимых групп населения рассчитывается отдельно для ПИН, КСР и МСМ, при этом для МСМ выясняется частота использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

Одним из основных поведенческих показателей в области ВИЧ-инфекции является **процент потребителей инъекционных наркотиков, использующих стерильный инъекционный инструментарий** во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

Процент потребителей инъекционных наркотиков использующих стерильный инъекционный инструментарий	Число респондентов ПИН, использующих стерильный инъекционный инструментарий во время последнего употребления инъекционных наркотиков	× 100
	Число респондентов данной группы, которые употребляли наркотики инъекционно за последние 12 месяцев	

ИНДИКАТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЛЕЧЕНИЕМ, УХОДОМ И ПОДДЕРЖКОЙ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Индикаторы, характеризующие профилактику вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции, относятся большей частью с профилактическими мероприятиями, однако связаны с приемом антиретровирусных препаратов, поэтому отнесены в данный раздел. Показатели могут быть получены на основании анализа отчетных и учетных форм государственной статистической отчетности.

Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей рассчитывается по формуле:

Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей =	Число ВИЧ-инфицированных беременных и новорожденных, получивших химиопрофилактику вертикальной передачи	× 100
	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, закончивших беременность родами, и новорожденных детей	
Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей =	ф. 61, т. 1007, п. 1	× 100
	ф. 61, т. 1008, п. 2	

Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин во время беременности =	ф. 61, т. 1007, п.2 / ф. 61, т. 1006, п. 2	× 100
Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин во время родов =	ф. 61, т. 1007, п. 3 / ф. 61, т. 1006, п. 2	× 100
Охват химиопрофилактикой новорожденных ВИЧ-позитивных женщин =	ф. 61, т. 1007, п. 4 / ф. 61, т. 1008, п. 2	× 100
Охват полным курсом химиопрофилактики беременных ВИЧ-позитивных женщин =	Число пар мать–ребенок ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс химиопрофилактики на трех этапах (во время беременности, в родах и новорожденному) за последние 12 месяцев / Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, закончивших беременность родами	× 100

Показатели **охвата антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВС** могут быть получены как при анализе отчетных и учетных форм государственной статистической отчетности, так и при математическом моделировании эпидемии ВИЧ-инфекции.

Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВС =	Количество людей, которые проходят лечение в начале года, плюс количество людей, которые в течение последних 12 месяцев начали лечение, минус количество людей, для которых в течение последних 12 месяцев лечение закончилось (включая умерших) / Число ЛЖВС, нуждающихся в антиретровирусной терапии, среди состоящих на диспансерном наблюдении ЛЖВС	× 100
Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВС =	ф. 61, т. 1005, стр. 4, гр. 3 / ф. 61, т. 1005, стр. 5, гр. 3	× 100
Охват антиретровирусной терапией оценочного количества нуждающихся ЛЖВС =	ф. 61, т. 1005, стр. 4, гр. 3 / Оценочное количество ЛЖВС, нуждающихся в антиретровирусной терапии	× 100

Для оценки реального количества нуждающихся в антиретровирусной терапии высокую ценность имеет **показатель охвата диспансерным наблюдением при ВИЧ-инфекции и показатель охвата диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний нуждающихся ЛЖВС.**

Данные показатели могут быть рассчитаны по формуле:

Охват диспансерным наблюдением ЛЖВС =	Количество официально зарегистрированных ЛЖВ, прошедших обследование не менее 1 раза за последние 12 месяцев / Общее количество зарегистрированных ЛЖВС, проживающих на территории (исключая умерших и выбывших)	× 100
Охват диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний нуждающихся ЛЖВС =	Число людей, получивших диагностическое обследование и лечение при ОЗ и ко-инфекциях за последние 12 месяцев / Число ЛЖВС, нуждающихся в диагностике и лечении при ОЗ и ко-инфекциях, среди находящихся на диспансерном наблюдении в тот же период	× 100

Показатели охвата различными видами ухода и поддержки недостаточно проработаны к настоящему времени, поэтому не приводятся в данном руководстве.

Последним разделом эпидемиологических показателей, которые рекомендуется анализировать при ВИЧ-инфекции, является распространенность разных генетических вариантов ВИЧ среди инфицированного населения.

В данном разделе производится расчет процента инфицированных ВИЧ первого и второго типа, а также пропорция имеющих различные субтипы ВИЧ-1. Информацией, важной для эффективности лечения ВИЧ-инфекции, является уровень распространенности первично-резистентных к антиретровирусным препаратам штаммов ВИЧ среди инфицированных ВИЧ, не имеющих опыта получения АРВ препаратов. А также скорость выработки резистентности к антиретровирусным препаратам среди получающих терапию первой линии. Методика расчета показателей распространенности резистентности к антиретровирусным препаратам содержится в отдельном документе «Методические рекомендации. Осуществление надзора за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам», поэтому не приводится в руководстве.

В настоящее время в России отсутствуют формы государственной статистической отчетности, из которых можно было бы почерпнуть данные о распространенности вирусных гепатитов В и С среди инфицированных ВИЧ. В данной связи источником этих данных являются специальные выборочные обследования на ВГ среди инфицированных ВИЧ и уязвимых групп населения. В ближайшем будующем планируется ввести данную информационную составляющую в отчетные формы государственного статистического наблюдения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАСЧЕТУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

Туберкулез относятся к числу оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции, и в случае развития туберкулеза после установления диагноза ВИЧ-инфекции пациенту устанавливается диагноз СПИД на основании туберкулеза. В свою очередь развитие туберкулеза может предшествовать инфицированию ВИЧ. В любом случае наличие туберкулеза у инфицированных ВИЧ является плохим прогностическим признаком в отношении качества и продолжительности жизни, клинического состояния и эффективности лечения данной категории больных.

Удельный вес туберкулеза в структуре вторичных заболеваний у инфицированных ВИЧ:

УВТВЗ =	Число зарегистрированных случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией	× 100
	Всего больных, имевших вторичные заболевания из состоящих на диспансерном учете	
УВТВЗ =	ф. 61, т. 1004, стр. 1, п. 1	× 100
	ф. 61, т. 1003, стр. 1, п. 1	

Среди лиц, впервые выявленных в отчетном году и состоящих на учете:

УВТВЗ =	Число зарегистрированных заболеваний туберкулезом среди лиц, состоящих на учете, в отчетном году всего	× 100
	Всего зарегистрированных вторичных заболеваний среди лиц, впервые выявленных в отчетном году	
УВТВЗ =	ф. 61, т. 1002, стр. 04, гр. 6	× 100
	ф. 61, т. 1002, стр. 01, гр. 6	

Аналогичные расчеты целесообразно провести для возрастных групп, имеющихся в ф. № 61: 1–14 лет и 15–17 лет.

Показатель пораженности туберкулезом популяции инфицированных ВИЧ, зарегистрированных с положительным результатом исследования на ВИЧ в ИБ, можно рассчитать по формуле:

УВТВЗ =	Число зарегистрированных случаев туберкулеза, сочетанного ВИЧ-инфекцией / Всего зарегистрировано ВИЧ-позитивных	× 100
УВТВЗ =	ф. 61, т. 1004, стр. 01, п. 1 / ф. 61, т. 1001, стр. 01, п. 1	× 100

Удельный вес смертности от микобактериальной инфекции среди других причин смертности инфицированных ВИЧ в отчетном году можно рассчитать по формуле:

УВСМИ =	Число зарегистрированных случаев смертей с проявлениями микобактериальной инфекции / Всего умерших инфицированных ВИЧ	× 100
УВСМИ =	ф. 61, т. 1005, стр. 11, гр. 3 / ф. 61, т. 1005, стр. 9, гр. 3	× 100

Аналогичный показатель целесообразно рассчитать для инфицирванных ВИЧ, взятых под наблюдение в отчетном году.

В настоящее время значительное число противотуберкулезных учреждений используют для анализа эпидемической обстановки по туберкулезу методику, разработанную М.В. Шиловой, полагаем, для получения рекомендаций в данной области целесообразно обратиться к первоисточнику[32]. В методических рекомендациях «Методика анализа эпидемической ситуации по туберкулезу» представлена методика анализа эпидемической обстановки по туберкулезу, методические подходы к анализу показателей заболеваемости населения туберкулезом, смертности, распространенности и пораженности. Разработан ряд новых нетрадиционных показателей и их расчеты: расчет и сопоставление заболеваемости и смертности всего населения и отдельно по системе Минздрава, показателей умерших и излеченных больных туберкулезом, летальности от туберкулеза впервые выявленных больных и от нетуберкулезных заболеваний, показателей заболеваемости туберкулезом контингентов системы пенитенциарных учреждений и работников противотуберкулезных учреждений и др.

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Инфекции, передаваемые половым путем, являются одним из маркеров социального благополучия. Эпидемиологическую ситуацию по каждой из нозологических форм оценивают по показателям общей заболеваемости и распространенности в отдельных группах населения. Расчет показателей заболеваемости зависит от поставленной цели, задач исследования и проводимого анализа.

Например, показатель заболеваемости (ПЗ) населения сифилисом:

ПЗ =	Число впервые выявленных случаев заболевания / Среднегодовое население	× 100
ПЗ =	ф. 9, табл. 2000, стр. 1, гр. 05 + ф. 9, табл. 2000, стр. 2, гр. 05 / Среднегодовое население**	× 100

Удельный вес заболеваемости сифилисом (УВС) в структуре ИППП рассчитывается по формуле:

УВС =	Число в/в случаев сифилиса всего / Число впервые выявленных ИППП всего	× 100
УВС =	ф. 9, табл. 2000, стр. 1, гр. 05 + ф. 9, табл. 2000, стр. 2, гр. 05 / ф. 9, табл. 2000, гр. 05 (стр. 1 + 02 + 13 + 14 + 17 + 18 + 19 + 20 + 23 + 24 + 25 + 26)	× 100

Для оценки тенденции течения эпидемического процесса сифилиса важно знать долю свежих и поздних форм в структуре общей заболеваемости сифилисом, т.е. рассчитать удельный вес первичного и поздних форм сифилиса. Например, удельный вес первичного сифилиса (УВПС).

УВПС =	Число впервые выявленных случаев первичного сифилиса / Число в/в случаев сифилиса всего	× 100
УВПС =	ф. 9, т. 2000, стр. 3, гр. 05 + ф.9, т. 2000, стр. 4, гр. 05 / ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 05 + ф.9, т. 2000, стр. 2, гр. 05	× 100

Удельных вес поздних форм сифилиса (УВПФС) рассчитывается по формуле:

УВПФС =	Число впервые выявленных случаев поздних форм сифилиса / Число в/в случаев сифилиса всего	× 100
УВПФС =	ф. 9, т. 2100, стр. 1 (гр. 03 + гр. 04 + гр. 05 + гр. 06 + гр. 07 + гр. 08) / ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 05 + ф. 9, т. 2000, стр. 2, гр. 05	× 100

Для планирования профилактических мероприятий в определенных группах населения отдельно анализируется заболеваемость населения разных возрастных групп: 0–14 года, 15–17 лет, 18–19 лет, 20–29 лет, 30–39 лет, 40 лет и старше, а также определенного контингента лиц в зависимости от широты спектра проводимого анализа. При этом расчеты проводят на 100 тыс. среднегодового населения изучаемой возрастно-половозрастной группы, либо общую численность изучаемого контингента лиц. Поскольку социальная обусловленность проблемы ИППП нередко оценивается масштабами их распространения среди детского населения и беременных женщин, для полноты анализа проводится расчет доли заболевших в этих группах населения в структуре общей заболеваемости по нозологическим формам.

Ниже приводятся формулы расчета показателей заболеваемости в различных возрастных группах (на примере сифилиса).

ПЗ детей =	число впервые заболевших сифилисом в возрасте от 0 до 14 лет (включительно) / среднегодовое население в возрасте от 0 до 14 лет	× 100 000
ПЗ детей =	ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 06 + стр. 2, гр. 06 / среднегодовое население в возрасте от 0 до 14 лет	× 100 000

Удельный вес детского населения в структуре общей заболеваемости сифилисом (УВЗС) рассчитывается по формуле:

УВЗС детей =	Число в/в случаев сифилиса в возрасте от 0 до 14 лет / Число в/в больных сифилисом всего	× 100
УВЗС детей =	ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 06 + стр. 2, гр. 06 / ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 05 + ф. 9, т. 2000, стр. 2, гр. 05	× 100

Удельный вес сифилиса в структуре детской заболеваемости ИППП рассчитывается отношением числа случаев сифилиса в возрастной группе детей от 0 до 14 лет всего к числу зарегистрированных ИППП всего в данной возрастной группе.

УВС у детей =	Число в/в случаев сифилиса в возрасте от 0 до 14 лет / Число впервые выявленных ИППП в возрасте от 0 до 14 лет всего	× 100
УВС =	ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 06 + ф. 9, т. 2000, стр. 2, гр. 06 / ф. 9, т. 2000, гр. 06 (стр. 01 + 02 + 13 + 14 + 17 + 18 + 19 + 20 + 23 + 24 + 25 + 26)	× 100

Показатель заболеваемости врожденным сифилисом рассчитывается соотношением числа случаев врожденного сифилиса к среднегодовому числу детского населения в возрасте от 0 до 14 лет.

ПЗ врожденным сифилисом =	Число случаев врожденного сифилиса / Среднегодовое население в возрасте от 0 до 14 лет	× 100 000
ПЗ врожденным сифилисом =	ф. 9, т. 2100, стр. 1 (гр. 01 + гр. 02 + гр. 03) / Среднегодовое население в возрасте от 0 до 14 лет	× 100 000

Для полноты анализа эпидемиологической ситуации по врожденному сифилису рассчитывают удельный вес врожденного сифилиса в структуре общей заболеваемости сифилисом среди детского населения.

Удельный вес врожденного сифилиса =	Число случаев врожденного сифилиса	× 100
	Число в/в больных сифилисом в возрасте от 0 до 14 лет	
Удельный вес врожденного сифилиса =	ф. 9, т. 2100, стр. 1 (гр. 01 + гр. 02 + гр. 03)	× 100
	ф. 9, т. 2000, стр. 1, гр. 06 + стр. 2, гр. 06	

Для оценки работы по профилактике врожденного сифилиса рассчитывают удельный вес врожденного сифилиса из числа беременных, больных сифилисом женщин, закончивших беременность родами.

Удельный вес врожденного сифилиса =	Число случаев врожденного сифилиса	× 100
	Число детей, родившихся от женщин больных сифилисом, всего	
Удельный вес врожденного сифилиса =	ф. 9, т. 2100, стр. 1 (гр. 01 + гр. 02 + гр. 03)	× 100
	ф. 9, т. 2205, стр. 1, гр. 01	

Показатели заболеваемости, удельный вес больных гонококковой инфекцией в структуре ИППП всего рассчитываются по аналогичным формулам:

ПЗ гонококковой инфекцией взрослых =	Число впервые заболевших гонококковой инфекцией всего	× 100 000
	Среднегодовое население	
ПЗ гонококковой инфекцией =	ф. 9, т. 2000, стр. 13, гр. 05 + стр. 14, гр. 05	× 100 000
	среднегодовое население >	
УВ больных гонококковой инфекцией =	Число впервые заболевших гонококковой инфекцией	× 100
	Число в/в больных ИППП всего	
УВ больных гонококковой инфекцией =	ф. 9, т. 2000, стр. 13, гр. 05 + стр. 14, гр. 05	× 100
	ф. 9, т. 2000, гр. 05 (стр. 1 + 2 + 13 + 14 + 17 + 18 + 19 + 20 + 23 + 24 + 25 + 26)	
ПЗ гонококковой инфекцией детей =	Число впервые заболевших гонококковой инфекцией лиц в возрасте от 0 до 14 лет	× 100 000
	Среднегодовое население в возрасте от 0 до 14	
ПЗ гонококковой инфекцией детей =	ф. 9, т. 2000, гр. 06, стр. 13 + ф. 9, т. 2000, гр. 06, стр. 14	× 100 000
	Среднегодовое население в возрасте от 0 до 14	
УВ детей среди впервые выявленных больных гонококковой инфекцией =	Число впервые заболевших гонококковой инфекцией лиц в возрасте от 0 до 14 лет	× 100
	Число в/в больных гонококковой инфекцией всего	
УВ детей среди впервые выявленных больных гонококковой инфекцией =	ф. 9, т. 2000, гр. 06, стр. 13 + ф. 9, т. 2000, гр. 06, стр. 14	× 100
	ф. 9, т. 2000, гр. 05, стр. 13 + ф. 9, т. 2000, гр. 05, стр. 14	

ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ОБСЛЕДОВАННЫХ НА ВИЧ БОЛЬНЫХ ИППП

Для определения случаев регистрации ВИЧ-инфекции среди обследованных на ВИЧ больных ИППП в дерматовенерологических учреждениях, рассчитывают удельный вес ВИЧ-инфицированных из числа всех впервые выявленных больных ИППП.

Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди больных ИППП =	Число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных среди больных ИППП / Число больных ИППП всего	× 100
Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди больных ИППП =	ф. 9, т. 2103, стр. 1, гр. 01 / ф. 9, т. 2000, гр. 05, (стр. 1 + 2 + 13 + 14 + 17 + 18 + 19 + 20 + 23 + 24 + 25 + 26)	× 100

Показатели заболеваемости по другим ИППП рассчитываются по аналогичной формуле и согласно возрастной категории графам:

- трихомониаз — по строкам 17–18;
- хламидийная инфекция — по строкам 19–20;
- осложненная форма хламидийной инфекции — по строкам 21–22;
- урогенитальный герпес — по строкам 23–24;
- аногенитальные (венерические) бородавки — по строкам 25–26.

Инфекции, передаваемые половым путем, как социальный феномен чутко реагируют на социально-экономические условия жизни общества. Одной из наиболее уязвимых групп и маркеров социального благополучия являются беременные и дети, в связи с чем анализирют ситуацию по ИППП среди беременных и родивших-ся живыми детей.

СИФИЛИС СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ

Другой социально обусловленной инфекцией, передаваемой половым путем, является сифилис, последствия которого нередко отражаются на исходе беременности и здоровье новорожденного. В связи с серьезными последствиями сифилиса важно знать расчет показателей. Для более детального изучения влияния сифилиса на исход родов проводится расчет следующих показателей:

1. Удельный вес беременных (УВБ), больных сифилисом, в структуре больных сифилисом женщин определяется по формуле:

УВБ, больных сифилисом =	Число беременных с вновь установленным диагнозом сифилиса всего / Число женщин с вновь установленным диагнозом сифилиса всего	× 100
УВБ, больных сифилисом =	ф. 34, т. 2203, стр. 1, гр. 01 / ф. 9, т. 2000, стр. 2, гр. 05	× 100

2. Удельный вес родов женщин (УВРЖ), больных сифилисом, из числа принятых родов всего

УВРЖ, больных сифилисом =	Число беременностей, завершившихся родами, у женщин, больных сифилисом / Число принятых родов всего	× 100
УВРЖ, больных сифилисом =	ф. 34, т. 2204, стр. 1, гр. 01 / ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 01	× 100

3. Удельный вес родов, завершившихся мертворождением, у женщин (УВРЗМ), больных сифилисом, из общего числа родов женщин, больных сифилисом:

УВРЗМ у женщин, больных сифилисом =	Число родов, завершившихся мертворождением, у женщин, больных сифилисом / Число беременностей, завершившихся родами, всего у женщин, больных сифилисом	× 100
УВРЗМ у женщин, больных сифилисом =	ф. 34, т. 2208, стр. 1, гр. 02 / ф. 34, т. 2204, стр. 1, гр. 01	× 100

4. Удельный вес мертворождений у женщин (УВМР), больных сифилисом, из общего числа мертворождений:

УВМР у женщин, больных сифилисом =	Число родов, завершившихся мертворождением, у женщин, больных сифилисом / Число беременностей, завершившихся мертворождением, всего	× 100
УВМР у женщин, больных сифилисом =	ф. 34, т. 2208, стр. 1, гр. 02 / ф. 32, т. 2245, стр. 4, гр. 03	× 100

5. Удельный вес (УВПБ) женщин, больных сифилисом, прервавших беременность, рассчитывается как отношение суммы (искусственное прерывание беременности + самопроизвольные аборты) к числу прерванных беременностей всего, умноженное на 100 случаев.

УВПБ женщин, больных сифилисом =	Число искусственно прерванных беременностей у женщин, больных сифилисом + число самопроизвольных абортов у женщин, больных сифилисом / Число прерванных беременностей всего	× 100
УВПР женщин, больных сифилисом =	ф. 34, т. 2204, стр. 1 (гр. 03 + гр. 05) / ф. 13, т. 1000, стр. 1, гр. 04	× 100

6. Удельный вес детей с врожденным сифилисом (УВВС) из числа принятых родов:

УВВС =	Число случаев врожденного сифилиса / Число родов всего	× 100
УВВС =	ф. 9, т. 2100, стр. 1 (гр. 01 + 02 + гр. 03) / ф. 32, т. 2210, стр. 1, гр. 01	× 100

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАСЧЕТУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В Российской Федерации в течение нескольких десятилетий существует система сбора данных о больных наркологическими расстройствами на государственном уровне. Сбор данных осуществляется в государственных амбулаторных специализированных учреждениях по унифицированной карте — «Карте обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» (форма № 030-1/у-02), в стационарных учреждениях — «Статистической карте выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара» (форма № 066-1/у-02).

Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (далее — Карта) содержит сведения о больных, получающих амбулаторную наркологическую (а также психиатрическую и психотерапевтическую) помощь. Этот документ

заполняется на каждое лицо, обратившееся за наркологической (психиатрической) помощью в амбулаторные учреждения: наркологические или психоневрологические диспансеры, отделения или кабинеты, существующие при различных медицинских учреждениях. Карта содержит основные сведения о больном и является формализованным документом, предназначенным для амбулаторного наблюдения и контроля посещений больных психическими и наркологическими расстройствами.

В конце каждого отчетного года Карты используются для составления годового отчета учреждения. Во многих субъектах РФ Карта используется в качестве исходного документа для создания электронной базы данных с целью автоматизации процесса подготовки и формирования годового отчета и получения оперативных сведений о контингентах наблюдаемых больных. Эти документы служат базовыми источниками данных для отчетных форм, утвержденных Росздравом и Госкомстатом: отчетной формы № 37 «Сведения о контингентах наркологических больных» и № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами».

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

(Синонимы — учтенная заболеваемость, заболеваемость, первичное выявление).

Показатель характеризует обращение за специализированной помощью впервые в жизни (первичное выявление) больных наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом и лиц, употребляющих психоактивные вещества (далее — ПАВ) с вредными последствиями (далее — ВП). Этот показатель рассчитывается на основании числа больных, обратившихся в амбулаторные специализированные (психиатрические и наркологические) учреждения впервые в жизни в течение отчетного года.

Источником данных является таблица 2000 отчетной формы № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами». Сведения о числе больных представлены в форме 11 по различным группам населения — по полу (мужчины, женщины), возрастным группам (0–14, 15–17, 18–19, 20–39, 40–59 и 60 лет и старше), а также в соответствии с местом жительства (город, село).

Все показатели, характеризующие первичную заболеваемость, рассчитываются на 100 тысяч среднегодового населения соответствующего пола и возраста.

Расчет показателей первичной заболеваемости

Наиболее часто анализируются общие показатели первичной заболеваемости (т.е. для всего населения, без учета пола, возраста и места жительства), которые

представлены в графе 5 формы 11, таблице 2000 формы 11. Для расчета показателей с учетом пола, возраста и иных демографических характеристик следует пользоваться соответствующими графами формы 11.

Показатели, характеризующие первичную заболеваемость, рассчитываются на 100 тысяч среднегодового населения. При расчете повозрастных показателей, а также показателей для мужчин и женщин используется население соответствующего пола и возраста.

Примеры расчета основных показателей.

Первичная заболеваемость алкоголизмом, алкогольными психозами и первичное выявление лиц, употребляющих алкоголь с ВП

Алкоголизм (вкл. АП) =	таблица 2000, графа 5, сумма строк 2 + 4 / население	× 100 000
АП=	таблица 2000, графа 5, строка 2 / население	× 100 000
Употребление алкоголя с ВП =	таблица 2000, графа 5, строка 15 / население	× 100 000

Первичная заболеваемость наркоманией и первичное выявление лиц, употребляющих наркотики с ВП

Наркомания (все виды) =	таблица 2000, графа 5, строка 8 / население	× 100 000
Опийная наркомания =	таблица 2000, графа 5, строка 9 / население	× 100 000
Каннабиноидная наркомания =	таблица 2000, графа 5, строка 10 / население	× 100 000
Кокаиновая наркомания =	таблица 2000, графа 5, строка 11 / население	× 100 000

Наркомания, вызванная употреблением других психостимуляторов =	таблица 2000, графа 5, строка 12 / население	× 100 000
Наркомания, вызванная употреблением других наркотиков и полинаркомания =	таблица 2000, графа 5, строка 13 / население	× 100 000
Употребление наркотиков с ВП =	таблица 2000, графа 5, строка 16 / население	× 100 000

Первичная заболеваемость токсикоманией и первичное выявление лиц, употребляющих ненаркотические ПАВ с ВП

Токсикомания =	таблица 2000, графа 5, строка 14 / население	× 100 000
Употребление ненаркотических ПАВ с ВП =	таблица 2000, графа 5, строка 17 / население	× 100 000

Для получения общих характеристик первичного выявления лиц, злоупотребляющих теми или иными ПАВ, могут рассчитываться суммарные (агрегированные) показатели. Эти показатели включают больных с синдромом зависимости (больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией) и лиц, употребляющих ПАВ с ВП.

Злоупотребление алкоголем =	таблица 2000, графа 5, сумма строк 2 + 4 + 15 / население	× 100 000
Злоупотребление наркотиками =	таблица 2000, графа 5, сумма строк 8 + 16 / население	× 100 000
Злоупотребление ненаркотическими ПАВ =	таблица 2000, графа 5, сумма строк 14 + 17 / население	× 100 000

ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

«Синонимы — учтенная распространенность, учтенная болезненность, болезненность».

Показатель отражает распространенность наркологических расстройств в населении, основанную на данных по обращаемости в специализированные (наркологические и психиатрические) медицинские учреждения Росздрава. В настоящее время Росздрав перешел на расчет этого показателя по числу зарегистрированных больных.

Зарегистрированные больные — показатель включает всех больных, обратившихся за наркологической помощью к врачу психиатру-наркологу или психиатру в течение отчетного года в учреждения Росздрава. Источником данных о зарегистрированных больных является отчетная форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами». Эти данные представлены в форме 11 по различным группам населения — по полу (мужчины, женщины), возрастным группам (0–14, 15–17, 18–19, 20–39, 40–59 и 60 лет и старше), а также в соответствии с местом жительства (город, село).

Показатели, характеризующие общую заболеваемость (болезненность), рассчитываются на 100 тысяч среднегодового населения соответствующего пола и возраста.

Источником данных является таблица 1000 формы 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами».

Расчет показателей общей заболеваемости.

Общая заболеваемость алкоголизмом, алкогольными психозами и распространенность употребления алкоголя с ВП:

Алкоголизм (вкл. АП) =	таблица 1000, графа 5, сумма строк 2 + 4 / население	× 100 000
АП =	таблица 1000, графа 5, строка 2 / население	× 100 000
Употребление алкоголя с ВП =	таблица 1000, графа 5, строка 15 / население	× 100 000

Общая заболеваемость наркоманией и распространенность употребления наркотиков с ВП:

Наркомания (все виды) =	таблица 1000, графа 5, строка 8 / население	× 100 000
Опийная наркомания =	таблица 1000, графа 5, строка 9 / население	× 100 000
Каннабиноидная наркомания =	таблица 1000, графа 5, строка 10 / население	× 100 000
Кокаиновая наркомания =	таблица 1000, графа 5, строка 11 / население	× 100 000
Наркомания, вызванная употреблением других психостимуляторов =	таблица 1000, графа 5, строка 12 / население	× 100 000
Наркомания, вызванная употреблением других наркотиков и полинаркомания =	таблица 1000, графа 5, строка 13 / население	× 100 000
Употребление наркотиков с ВП =	таблица 1000, графа 5, строка 16 / население	× 100 000

Общая заболеваемость токсикоманией и распространенность употребления ненаркотических ПАВ с ВП:

Токсикомания =	таблица 1000, графа 5, строка 14 / население	× 100 000
Употребление ненаркотических ПАВ с ВП =	таблица 1000, графа 5, строка 17 / население	× 100 000

Для получения общих характеристик распространенности злоупотребления теми или иными ПАВ применяется расчет суммарных (агрегированных) показателей, на основе которых исчисляются показатели на население:

Злоупотребление алкоголем =	таблица 1000, графа 5, сумма строк 2 + 4 + 15 / население	× 100 000
Злоупотребление наркотиками =	таблица 1000, графа 5, сумма строк 8 + 16 / население	× 100 000
Злоупотребление ненаркотическими ПАВ =	таблица 1000, графа 5, сумма строк 14 + 17 / население	× 100 000

УЧТЕННАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН)

Этот показатель представляет собой число лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом и зарегистрированных специализированными учреждениями Росздрава. Показатель включает больных с синдромом зависимости и лиц, злоупотребляющих инъекционными наркотиками. Данный показатель наиболее тесно связан с ВИЧ-инфекцией и может играть большое значение в определении тенденций развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции.

Интенсивный показатель (на население) характеризует учтенную распространенность инъекционного потребления, рассчитывается на 100 тысяч среднегодового населения. В соответствии с имеющимися в настоящее время данными может быть рассчитан для общего населения и для детей в возрасте 15–17 лет.

Источник данных — форма 11 таблица 3000.

Таблица введена в форму 11 с 2005 г. приказом Росздрава № 700 от 28 ноября 2005 г., таблица имеет одну строку.

Число зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (из строк 8 и 16 таблицы 1000) в графах распределены следующим образом:

- в графе 1 показывается общее число зарегистрированных ПИН;
- в графе 2 — число детей в возрасте 15–17 лет;
- в графе 3 из общего числа зарегистрированных ПИН показывается число имеющих ВИЧ-положительный статус;
- в графе 4 — число детей 15–17 лет, имеющих ВИЧ-положительный статус.

Расчет показателей

Злоупотребление инъекционными наркотиками среди всего населения =	таблица 3000, графа 1, строка 1 / население	× 100 000
Злоупотребление инъекционными наркотиками среди детей 15–17 лет	таблица 3000, графа 2, строка 1 / население	× 100 000

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН

Показатель характеризует степень распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся за наркологической помощью в специализированные (наркологические и психиатрические) учреждения Росздрава. Рассчитывается на основании данных в таблице 3000 формы 11. Выражается в процентах.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН (общий показатель) (в %) =	таблица 3000, графа 3, строка 1 / таблица 3000, графа 1, строка 1	× 100
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в возрасте 15–17 лет (в %) =	таблица 3000, графа 4, строка 1 / таблица 3000, графа 2, строка 1	× 100

Обследование на ВИЧ наркологических больных, обратившихся за наркологической помощью впервые в жизни.

Источник информации — таблица 2000 формы 11.

Удельный вес обследованных среди больных наркологическими расстройствами (в %) =	таблица 2000, графа 5, строка 18 / таблица 2000, графа 5, строка 1	× 100
Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди обследованных больных наркологическими расстройствами =	таблица 2000, графа 5, строка 19 / таблица 2000, графа 5, строка 18	× 100
Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди обследованных потребителей наркотиков =	таблица 2000, графа 5, строка 19 / таблица 2000, графа 5, строка 8 + 16	× 100

Аналогичные показатели рассчитываются для женщин (таблица 2000, графа 6), детей 0–14 лет (таблица 2000, графа 7) и подростков 15–17 лет (таблица 2000, графа 9).

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ

Источник информации — таблица 2300 формы № 37.

Удельный вес обследованных среди госпитализированных больных (в %) =	таблица 2300, графа 5, строка 23 / таблица 2300, графа 5, строка 18	× 100
Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди обследованных больных наркологическими расстройствами (в %) =	таблица 2300, графа 5, строка 24 / таблица 2300, графа 5, строка 23	× 100
Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди больных наркоманией (в %) =	таблица 2300, графа 5, строка 24 / таблица 2300, графа 5, строка 8	× 100

МЕТОДИКА АНАЛИЗА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

В методических рекомендациях представлена методика комплексного анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, ИППП, наркомании; методические подходы к анализу показателей заболеваемости населения, смертности, распространенности и пораженности ВИЧ и сопутствующими заболеваниями. В связи с ограниченностью в настоящее время официальных источников данных по вирусным гепатитам в предлагаемом документе не приводится отдельный раздел по вирусным гепатитам В и С, он запланирован к включению в следующих редакциях. Детальная методика анализа эпидемической ситуации по туберкулезу приведена в двух методических рекомендациях: «Методика анализа эпидемической ситуации

по туберкулезу»[33] и «Анализ эпидемиологической ситуации и показателей организации медицинской помощи больным с социально значимой патологией»[34], поэтому прекрасно описанный другими авторами раздел по туберкулезу не был включен в данные рекомендации.

Анализ частоты регистрации ИППП в зависимости от полноты охвата обследованием населения показал их взаимозависимость. Чем больше лиц подвергалось обследованию на ВИЧ-инфекцию среди потребителей инъекционных наркотиков, тем больший показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией регистрировался. Аналогичным образом коррелировала частота первичной выявляемости сифилиса с количеством обследованных на сифилис. Для объективной оценки эпидемиологической ситуации необходимо опираться на комплекс показателей, анализировать их взаимовлияние и изменение показателей в комплексе.

Динамика показателя, равномерное снижение или повышение уровня заболеваемости в течение 3–5 лет при высоком охвате профилактическими осмотрами и привлечении уязвимых групп к обследованию может свидетельствовать о его достоверности. При резком колебании их значений необходимо искать причины этого явления. Для этого сравнивается динамика показателя заболеваемости с динамикой охвата населения обследованием и периодическими целевыми профилактическими осмотрами, удельным весом больных, выявленных активно. При сокращении уровня охвата населения обследованиями на ВИЧ и ИППП, уменьшении доли активно выявленных больных — снижение показателя заболеваемости населения ВИЧ и ИППП нельзя считать достоверным, т.к. большое число больных остаются невыявленными. При повышении охвата населения профилактическими осмотрами заболеваемость ВИЧ и ИППП может вырасти в результате большего выявления больных.

На следующем этапе анализа эпидемической обстановки необходимо определить темпы роста (снижения) показателей заболеваемости ИППП, ВИЧ, ВГ, наркоманией. Можно рассчитать ежегодные, среднегодовые или суммарные (за несколько лет) темпы роста (снижения) показателя заболеваемости. Темпы сдвига характеризуют относительную разницу заболеваемости изучаемого года к заболеваемости предшествующих лет.

---

[33] М.В. Шилова. Методические рекомендации «Методика анализа эпидемической ситуации по туберкулезу», утверждена Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11 июня 2007 г. № 0100/5973-07-34.

[34] И.М. Сон, С.А. Леонов, А.Ф. Мейснер, М.А. Иванова, Г.И. Саенко, В.Л. Сазвкин, В.В. Кожевников. Анализ эпидемиологической ситуации и показателей организации медицинской помощи больным с социально значимой патологией, пособие, Москва, 2005, 143 с.

Темп роста (снижения) показателя заболеваемости =	Показатель заболеваемости изучаемого года – Показатель заболеваемости предшествующего года— Число респондентов данной группы, у которых был анальный секс с партнером-мужчиной за последние 12 месяцев	× 100
	Показатель заболеваемости предшествующего года	

Аналогичным образом анализируется динамика показателей пораженности:

Темп роста (снижения) показателя пораженности =	Показатель пораженности изучаемого года — Показатель пораженности предшествующего года— Показатель заболеваемости предшествующего года	× 100
	Показатель пораженности предшествующего года	

Изменение динамики темпов роста (снижения) указывает на изменение в течении эпидемической ситуации, но не указывает причину этого изменения. Поэтому необходимо анализировать и искать причины, изучая динамику других показателей.

Для этого проводят анализ данных поведенческих исследований и сероэпидемиологических исследований для подтверждения или опровержения гипотезы об изменении эпидемиологической ситуации. Такими подтверждающими данными являются сведения о рискованном поведении уязвимых групп населения, данные о тестировании данных групп и их обращаемости за помощью в медицинские учреждении и прочие показатели. Причем показатели могут быть рассчитаны как исходя из данных государственной статистики, так и исходя из данных специальных дозорных исследований в группах населения. Особую ценность представляют данные о поведенческих особенностях населения и в частности данные о распространенности практики опасных сексуальных контактов, и распространенности употребления наркотиков. Поведенческие данные позволяют убедиться в снижении количества новых случаев заражений, если при этом имеется невысокая распространенность рискованного поведения, или, напротив, усомниться в снижении темпов развития эпидемии, если рискованное поведение широко распространено.

В зависимости от цели исследования могут рассчитываться и другие производные показатели.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Методические рекомендации позволят более комплексно и стандартизованно проводить анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям (ИППП, наркомания, парентеральные вирусные гепатиты, туберкулез). Полученная достоверная информация позволит более рационально планировать бюджетные расходы на профилактику, лечение, уход и поддержку при ВИЧ-инфекции.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

_____Р.А. Хальфин

06.08.2007 № 5958-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«О ПРОВЕДЕНИИ НАДЗОРА ЗА ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА, ВКЛЮЧАЯ ЦИРКУЛЯЦИЮ ШТАММОВ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ»

Москва, 2007 г.

Настоящие методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» № 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2005 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний») при участии ФГУН ЦНИИЭ, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора и Центра молекулярной диагностики ЦНИИ эпидемиологии (Н.Н. Ладная, А.И. Круглова, В.В. Покровский, Е.В. Буравцова, А.Л. Суханова).

Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 г. № 5958-РХ «О проведении надзора за циркуляцией генетических вариантов вируса иммунодефицита человека, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам». — Москва, 2007. — 41 с.

ВВЕДЕНИЕ

Общее число людей, живших с ВИЧ в станах мира на конец 2006 года, составило 39,5 миллиона человек по данным ЮНЭЙДС[1], кроме того, от СПИДа уже умерло более 25 миллионов человек. Заражение ВИЧ такого количества людей во всем мире делает пандемию ВИЧ-инфекции самой разрушительной эпидемией в истории человечества. До настоящего времени эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает опережать глобальные усилия по ее сдерживанию. Несмотря на усилия в области профилактики ВИЧ-инфекции в 2006 году в мире произошло более 4 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции. Одной из ключевых особенностей ВИЧ является высокая степень генетической изменчивости. Изменчивость в самой вариабельной части генома, кодирующей гликопротеин оболочки вирусной частицы, даже у одного больного может составлять 15%, а различия между вирусами, выделенными в разных странах, достигают подчас 40–50%. В связи с генетическими особенностями возбудителя данного заболевания, в том числе в связи с высокой генетической вариабельностью вируса иммунодефицита человека, до настоящего времени не удалось разработать ни эффективную профилактическую или лечебную вакцину, ни препараты, излечивающие от ВИЧ-инфекции, и заболевание до сих пор остается неизлечимым. Более того, даже имеющаяся в настоящее время высокоактивная антиретровирусная терапия, которая должна проводиться пациенту пожизненно, может оказаться неэффективной в связи с выработкой резистентности к антиретровирусным препаратам. В связи с этим все страны нуждаются в информации о национальных особенностях развития эпидемии, и в том числе об этиологии заболевания и распространенности лекарственной устойчивости (резистентности). России, как и другим странам, эта информация требуется для определения стратегии противодействия эпидемии и оценки эффективности мероприятий по лечению, диагностике и профилактике ВИЧ-инфекции.

Существует два типа ВИЧ: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1 преобладает во всем мире, а ВИЧ-2 до сих пор циркулирует преимущественно в отдельных районах Западной Африки, а также в некоторых других странах, куда вирус был завезен выходцами из этого региона. В международной базе данных (http://hiv-web.lanl.gov) в 2006 г. имелась информация о более 100 тысячах вариантов вируса иммунодефицита человека типа 1 (ВИЧ-1). Филогенетический анализ нуклеотидных последовательностей геномов ВИЧ-1 позволил выявить три группы вирусов: M, N и O. Большинство известных в настоящее время изолятов ВИЧ-1 относится к группе M. По данным филогенетического анализа, вирусы группы M достоверно группируются в девять субтипов (A, B, C, D, F, G, H, J and K), при этом по номенклатуре 2005 года субтипы A и F подразделяются еще на подсубтипы A1, A2 и F1, F2, со-

[1] ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006. UNAIDS/06.29R, AIDS epidemic update: December 2006.

ответственно[2]. Кроме того, как выяснено в результате исследований, геномы 10% всех изолятов ВИЧ-1 имеют мозаичную структуру и, по-видимому, произошли в результате рекомбинации. Шестнадцать таких рекомбинантов, выделенных от трех и более эпидемиологически не связанных пациентов, получили название «циркулирующие рекомбинантные формы», обозначаемые CRF01-CRF16. Распределение подтипов ВИЧ-1 в разных частях нашей планеты крайне неоднородно и, вероятно, отражает особенности распространения вируса из Центральной Африки в новые регионы и группы риска, поскольку только в Африке представлены все субтипы ВИЧ-1. По данным ВОЗ/UNAIDS, больше всего случаев ВИЧ-1-инфекции в мире вызвано вариантами субтипа С, связанными с крупномасштабными эпидемиями в Индии и Южной Африке. Широкое распространение в Северной и Южной Америке, Западной Европе и Австралии получил субтип В, при использовании этого субтипа чаще всего и производилась разработка диагностических и вакцинных препаратов. В других географических регионах чаще обнаруживались более редкие субтипы: F в Бразилии и Румынии, E в Таиланде и других странах Азии[3].

Особенно актуальным в последние годы стало появление в ходе лечения у пациентов лекарственно-устойчивых (резистентных) к антиретровирусным препаратам штаммов ВИЧ и передача данных штаммов при заражении лиц, не имевших опыта получения АРВ-терапии. Резистентность ВИЧ — это способность ВИЧ проникать в человеческие клетки и размножаться в присутствии антиретровирусных препаратов. Ежедневно в организме инфицированного ВИЧ продуцируется до 10 млрд. новых вирусов[4], и 10 млн. вирусов за день будут иметь 1 новую «ошибку» (мутацию). Под давлением высокоактивной АРВ-терапии могут размножаться только резистентные штаммы ВИЧ, и в связи с этим полная замена вируса дикого типа на резистентный вирус может произойти за 14–28 дней. Учитывая природу ВИЧ и длительность лечения при ВИЧ-инфекции, можно с уверенностью прогнозировать, что среди пациентов, получающих АРТ, распространится в определенной степени лекарственная устойчивость (резистентность) к антиретровирусным препаратам, при этом резистентные штаммы вируса могут передаваться вновь инфицируемым.

До настоящего времени было проведено ограниченное количество исследований по надзору за случаями передачи резистентных к АРВ-препаратам штаммов от пациента к пациенту. По данным исследователей, Великобритания имеет один из самых высоких уровней распространенности первичной резистентности к

[2] HIV-1 Subtype and Circulating Recombinant Form (CRF) Reference Sequences, 2005. Thomas Leitner, Bette Korber, Marcus Daniels, Charles Calef, Brian Foley, Los Alamos national laboratory, Los Alamos, nm 87545, http://hiv-web.lanl.gov/content/hiv-db/reviews/leitner2005/leitner.html.

[3] Hemelaar J., Gouws E., Ghys P.D., Osmanov S. Global and regional distribution of HIV-1 genetic subtypes and recombinants in 2004, AIDS. 2006 Oct 24; 20(16): W13–23.

[4] Perelson A.S., Neumann A.U., Markowitz M., Leonard J.M., Ho D.D. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. Science 1996; 271: 1582–6.

АРВ-препаратам (резистентность у лиц, не имевших опыта получения АРВ-препаратов, изначально зараженная резистентным штаммом ВИЧ)[5]. В Великобритании распространенность первичной резистентности значительно выше (14%), чем в США[6] (7%),Франции[7] (6%), и в целом в Европе[8, 9] (9–10%).

Наличие у сероконвертеров (недавно инфицированных пациентов) штаммов ВИЧ, первично резистентных к АРВ-препаратам, в дальнейшем ограничивает варианты комбинации данных препаратов при назначении терапии. Распространение штаммов ВИЧ, резистентных к АРВ-препаратам, может снизить эффект применения АРВ терапии и привести к увеличению смертности от ВИЧ/СПИДа.

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ

В настоящее время в Российской Федерации развивается концентрированная эпидемия ВИЧ-инфекции, темпы распространения которой оставались в 2006 г. одними их самых высоких в мире. С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции у жителя Российской Федерации в 1987 г. до 31 декабря 2006 г. в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом было сообщено о **373 718** зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции у граждан России и о 8033 — у иностранных граждан. Реальное количество людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВС), намного больше и, по оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, число живущих с ВИЧ/СПИДом в 2006 г. в РФ составляет от 800 тысяч до 1,1 миллиона человек, а это означает, что в России 1–1,4% людей в возрасте от 15 до 49 лет живут с ВИЧ/СПИДом.

В России первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина страны был выявлен в 1987 г. Период до 1995 г. характеризовался стабильными, но очень низкими показа-

[5] «Time trends in primary resistance to HIV drugs in the United Kingdom: multicentre observational study» UK Group on Transmitted HIV Drug Resistance BMJ 2005;331;1368-; originally published online 18 Nov 2005; doi:10.1136/bmj.38665.534595.55 http://bmj.com/cgi/content/full/331/7529/1368.

[6] Bennett D.E., Zaidi I.F., Heneine W., Woods T., Garcia-Lerma J.G., Smith A.J. et al. Prevalence of mutations associated with antiretroviral drug resistance among men and women newly diagnosed with HIV in 10 US cities, 1997–2001. *Antivir Ther* 2003; 8: S133.

[7] Chaix M.L.,Descamps D., Mouajjah S., Deveau C., Andre P., Cottalorda J. et al. French national sentinel survey of antiretroviral resistance in patients with HIV-1 primary infection and in antiretroviral-naive chronically infected patients in 2001–2002. *Antivir Ther* 2003; 8: S137.

[8] Wensing A.M., van de Vijver D.A., Angarano G., Asjo B., Balotta C., Boeri E. et al. Prevalence of drug-resistant HIV-1 variants in untreated individuals in Europe:implications for clinical management. *J Infect Dis* 2005; 192: 958–66.

[9] A.M.J. Wensing, J. Vercauteren, D.A. van de Vijver et al. First representative prospective surveillance data on HIV baseline drug resistance from 17 countries in Europe; the SPREAD-programme. 4th European Drug Resistance Workshop, Monte Carlo 2006.

телями заболеваемости и пораженности. Начиная с 1996 г. в России отмечалось стремительное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса в популяции потребителей наркотиков[10, 11]. Главным фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией в России, начиная с 1996 года, стало внутривенное введение наркотиков. К декабрю 2005 г. 86% всех ВИЧ-инфицированных были заражены при употреблении наркотиков, в пересчете от лиц с известными факторами риска заражения. Однако начиная с 2001 г. доля зараженных при внутривенном употреблении наркотиков уменьшается. Интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ. На 43 территориях РФ процент зарегистрированных в 2005 г. ВИЧ-позитивных лиц, заразившихся половым путем, превысил процент лиц, инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков. Имеются данные о продолжающемся развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в популяции мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ). Параллельно с ростом гетеросексуальной передачи естественным образом увеличивается и риск передачи ВИЧ от матери ребенку, на конец 2006 г. в РФ было рождено 34 тысячи детей от ВИЧ-позитивных матерей.

Большинство российских граждан заразилось ВИЧ в 2000–2002 гг., а заболеют СПИДом преимущественно к 2008–2012 гг. Поэтому больных СПИДом было зарегистрировано в России на конец 2006 г. относительно немного — 3352 человека, из них умерли 2556 человек. Количество ЛЖВС, нуждающихся в АРТ, серьезно возрастет в последующие 5 лет. По оценочным данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, к концу 2010 г. в России будут нуждаться в терапии 467 000 ЛЖВС.

На конец 2004 года всего 2773 человека, а в 2005 г. — 4847 человек получали высокоактивную антиретровирусную терапию, что составило менее 10% нуждающихся в АРТ людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Быстрое расширение доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) для нуждающихся впервые происходило в 2006 г., когда терапию получили 18,5 тысячи ЛЖВС, благодаря подключению различных механизмов финансирования. Доступ к лечению при ВИЧ-инфекции возрос в связи с выделением государственных средств, средств двух проектов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ), средств займа Всемирного банка. Планируется, что к концу 2009 г. лечение будут получать свыше 60 000 человек.

В настоящее время мониторинг CD4 у пациентов проводится в большинстве центров СПИДа в РФ, в отличие от вирусной нагрузки, которая пока определяется не во всех регионах РФ. Оборудование и тест-системы для мониторинга CD4 и вирусной

[10] Покровский В.В., Ладная Н.Н., Бочкова М.С. Эпидемия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, среди потребителей психотропных препаратов в России. ЖМЭИ 4, 2000. с. 9–15.

[11] В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова. Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция». Федеральный НМЦ ПБ СПИД Министерства здравоохранения РФ № 27, 2005, с. 4–36.

нагрузки закупались для нуждающихся в данном оборудовании и материалах регионов в 2006 г. Оборудование для определения резистентности имелось в 2005 г. в Центрах СПИД 5 регионов РФ, в 2006 г. было закуплено еще 8 генетических анализаторов ДНК для мониторинга резистентности к АРВ-препаратам. Имеющееся оборудование позволит осуществлять в РФ необходимый объем исследований по надзору за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам

В условиях быстрого увеличения масштабов охвата ЛЖВС лечением ВИЧ-инфекции необходимо внедрение надзора и мониторинга за распространением резистентности к антиретровирусным препаратам. На фоне нестабильной и быстро развивающейся эпидемии ВИЧ-инфекции в России и включения в лечение большого количества пациентов определение распространенности как первичной резистентности к антиретровирусным препаратам, так и резистентности у лиц, получающих лечение, является весьма актуальным. Определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам (АРВП) является важным дополнением в общей схеме противоретровирусной терапии, так как в большинстве случаев позволяет объяснить причину неэффективности терапии у пациента и назначить оптимальную комбинацию препаратов.

Результаты исследования предоставят информацию для мониторинга приверженности к АРВ-терапии в РФ. Если в ходе исследования будет выявлено, что распространенность первичнорезистентных штаммов превышает 5%, возможно, это потребует изменений в программе по лечению.

В России циркулируют преимущественно варианты ВИЧ-1 группы М. Представители групп N и O в России пока не выявлялись, а ВИЧ-2, по имеющимся данным, были обнаружены единичные случаи. В России исследователи обнаруживали 8 субтипов ВИЧ-1: A, B, C, D, F, G, H, F[12, 13, 14]. Кроме того на территории России были выявлены рекомбинантные формы ВИЧ-1: CRF03_AB, CRF01_AE, CRF02_AG и gagDenvG[15]. Наиболее часто в России среди потребителей наркотиков и гетеросексуального населения встречается субтип А и рекомбинантная форма А/В (этот вари-

[12] Bobkov A.F., Samokhvalov E.I., Lvov D.K., Bobkova M.R., Pokrovsky V.V., Weber J.N. Absence of viral transmission in injecting drug users in Russia // *The Lancet*. — 2001. — Vol 358. — № 9286. — P. 1016–1017.

[13] Bobkov A., Kazennova E., Khanina T., Bobkova M., Selimova L., Kravchenko A., Pokrovsky V., Weber J. An HIV Type 1 Subtype A strain of low genetic diversity continues to spread among injecting drug users in Russia: study of the new local outbreaks in Moscow and Irkutsk // *AIDS Res Hum Retroviruses*. — 2001. — Vol 17. — № 3. — P. 257–261.

[14] Leitner T., Korovina G., Marquina S., Smolskaya T., Albert J. Molecular epidemiology and MT-2 cell tropism of Russian HIV type 1 variant. // AIDS Res Hum Retroviruses. — 1996. — № 12(17). — P. 1595–1603.

[15] Бобкова М.Р. Молекулярно-генетические методы в изучении эпидемиологии инфекций, возбудители которых передаются парентеральным путем. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора биологических наук, Москва, 2002, 44 с.

ант ВИЧ-1 циркулирует преимущественно в Калининградской области). Среди мужчин-гомосексуалов преобладает субтип В. У лиц, зараженных во время внутрибольничных вспышек 1988–1989 гг., выявлен субтип G[16, 17, 18]. По мере развития эпидемии варианты ВИЧ-1 субтипа А получают все большее распространение в нашей стране и на 2005 г. составляли более 94% от общего числа зарегистрированных случаев[19].

Изучение разнообразия субтипов ВИЧ, циркулирующих на определенных территориях, и определение той роли, которую они играют в эпидемическом процессе, необходимы для выявления закономерностей развития эпидемии, совершенствования диагностики ВИЧ-инфекции, а так же для разработки вакцин.

Молекулярно-эпидемиологический мониторинг субтипов ВИЧ, циркулирующих в регионах России до 2005 года проводился в России по заказу Минздравсоцразвития в НИИ вирусологии имени Д.И. Ивановского РАМН. Исследования по резистентности к АРВ-препаратам в России до настоящего времени не скоординированы. В России до настоящего времени проводились эпизодические исследования в регионах по мониторингу резистентности к АРВ-препаратам у лиц, получающих терапию. Среди пациентов, получающих терапию, были отмечены случаи неэффективности терапии, в том числе в связи с наличием резистентности к АРВ-препаратам. Нам известно из публикаций о проведении двух исследований по распространенности первичной резистентности к АРВ-препаратам в России. Одно из них было проведено на образцах от пациентов, получивших первый положительный результат исследования на ВИЧ в ИБ в 1997–2002 гг. на нескольких территориях РФ, данное исследование не выявило распространения в России первично резистентных к АРВ-препаратам штаммов ВИЧ[20].

---

[16] Бобков А.Ф., Казеннова Е.В., Селимова Л.М., Момот О.Ф., Ладная Н.Н., Бобкова М.Р., Покровский В.В. Субтипы ВИЧ-1 в России в 1987–1998 гг. // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии,* 1999, № 1, с. 45–47.

[17] Bobkov A., V. Pokrovsky, Kazennova E., Selimova L., Bobkova M., Khanina T., Ladnaya N., Kravchenko A., Cheingsong-Popov R., Weber J. «A sudden epidemic of HIV type 1 among injecting drug users in the former Soviet Union: Identification of subtype A, subtype B, and novel gagA/envB recombinants.» AIDS Res Hum Retroviruses, 1998.

[18] Бобков А.Ф., Казеннова Е.В., Селимова Л.М., Ханина Т.А., Ладная Н.Н., Бобкова М.Р., Кравченко А.В., Суханова А.Л., Буравцова Е.В., Покровский В.В. Молекулярно-вирусологические особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в России. Сборник тезисов «VI Российский съезд врачей инфекционистов». 29–31 октября 2003 года. Санкт-Петербург.

[19] А.Ф. Бобков, Е.В. Казеннова, Л.М. Селимова, Т.А. Ханина, Н.Н. Ладная, М.Р. Бобкова, А.В. Кравченко, Г.С. Рябов, А.Л. Суханова, Е.В. Буравцова, В.В. Покровский, Дж. Вебер. Молекулярно-вирусологические особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в России и других странах СНГ. Вестник РАМН, 2003, № 12, с. 83–85.

[20] Суханова А.Л., Рудинский Н.И., Богословская Е.В., Круглова А.И., Башкирова Л.Ю., Цыганова Г.М., Шипулин Г.А., Казеннова Е.В., Аликикна Ю.И., Зверев С,Я., Гришечкин А.Е., Михайлович В.М., Покровский В.В., Бобкова М.Р., Бобков А.Ф. Полиморфизм протеазы и обратной транскриптазы у вариантов ВИЧ-1 подтипа А, доминирующих на территории СНГ // *Молекулярная биология*, 2005, № 6, с. 934–941.

Другое исследование[21] изучало мутации лекарственной резистентности у пациентов, не получавших лечения, из нескольких стран бывшего Советского Союза, в том числе от пациентов из различных городов России. В данном исследовании образцы от российских пациентов были собраны в 1998–2004 гг., и по данным авторов, в 13,3% были выявлены мутации, ассоциированные с резистентностью к АРВ-препаратам. Исследование, проведенное в 2006 г. среди лиц, недавно инфицированных ВИЧ в г. Москве и Московской области, не выявило первично резистентных штаммов ВИЧ среди недавно инфицированных пациентов[22]. Вероятно, эти данные свидетельствуют о низком уровне распространенности первично резистентных штаммов ВИЧ в России до 2007 г.

До последнего времени общенациональная стратегия по надзору за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ отсутствовала. Для определения национального плана по надзору за резистентностью к АРВ-препаратам в 2006 г. был создан Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в Российской Федерации.

Настоящий документ является руководством для практического осуществления надзора за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам, в Российской Федерации. Вероятно, результаты, полученные в итоге ранее проведенных исследований, свидетельствуют о низком уровне распространенности первичной резистентности к АРВ-препаратам в России до 2007 г. Однако в условиях быстрого увеличения доступа к АРВ-терапии в стране необходимо на стандартизованной основе проводить исследования в рамках надзора за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И СУБТИПОВ ВИЧ

В зависимости от метода, с помощью которого определяется резистентность ВИЧ к АРВП, используются понятия фенотипической и генотипической резистентности.

[21] E. Va′zquez de Parga, A. Rakhmanova, L. Pe′rez-A′lvarez et al. Analysis of Drug Resistance-Associated Mutations in Treatment-Naý¨ve Individuals Infected With Different Genetic Forms of HIV-1 Circulating in Countries of the Former Soviet Union, Journal of Medical Virology 77: 337–344 (2005).

[22] Отчет о проведении порогового исследования по резистентности к АРВ препаратам в г. Москве и Московской области, Н.Н. Ладная, А.И. Круглова, Е.В. Богословская и др. Проект «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу и туберкулезу», финансируемый Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Москва, 2006.

Фенотипическая резистентность определяется как способность ВИЧ реплицироваться при высоких концентрациях АРВП. Она выражается как степень увеличения IC50 в отношении тестируемого штамма вируса по сравнению с IC50 для стандартного чувствительного штамма ВИЧ. В настоящее время сертифицированы и доступны для использования методы на основе рекомбинантных вирусов.

Генотипическая резистентность определяется как наличие в геноме ВИЧ мутаций, вызывающих устойчивость к АРВ-препаратам. Концепция генотипической резистентности возникла в связи с тем, что методы секвенирования ДНК, используемые для характеристики мутаций, более практичны и безопасны, чем методы, основанные на культивировании ВИЧ. Генотипическую резистентность выражают как изменения в нуклеотидной последовательности гена, кодирующего вирусный белок, являющийся мишенью действия АРВП. Поскольку основными АРВП для лечения ВИЧ-инфекции являются ингибиторы обратной транскриптазы и протеазы ВИЧ, то мутации именно в этих генах приводят к развитию лекарственной устойчивости.

Выделяют два вида мутаций устойчивости ВИЧ-1. Первичные мутации непосредственно вызывают снижение чувствительности вируса к противоретровирусным препаратам, но при этом, как правило, ухудшают его репликативную способность. Вторичные мутации не влияют на уровень лекарственной устойчивости, но в большей или меньшей степени восстанавливают репликативную способность вируса, несущего первичные мутации. Если селекция первичных мутаций всегда является следствием воздействия лекарственных веществ, то вторичные мутации могут появляться в геноме вируса спонтанно, а у некоторых генетических подтипов ВИЧ-1 даже присутствовать постоянно как проявление генетического полиморфизма, поэтому вторичные мутации называют также мутациями полиморфизма. По некоторым данным[23], присутствие в геноме вторичных мутаций до начала АРВ-терапии снижает эффективность терапии.

Генотипические методы определения резистентности являются менее дорогостоящими и более быстрыми (и, соответственно, используются более широко), однако интерпретация информации, полученной с их помощью, довольно сложна. Дело в том, что точное воздействие каждой мутации на чувствительность к лекарственному препарату интерпретируется неоднозначно, поскольку при наличии нескольких мутаций важно взаимодействие между ними. Даже когда присутствует одиночная мутация, ее фенотипическое проявление в форме резистентности может быть неполным.

[23] Servais J., Lambert C., Fontaine E., Plesseria J.-M., Robert I., Arendt V., Staub T., Schneider F., Hemmer B., Burtonboy G., Schmit J.-C. 2001. Variant human immunodeficiency virus type 1 proteases and response to combination therapy including a protease inhibitor. Antimicrob. Agents Chemother. 45, 893–900.

Для решения таких проблем разработан метод определения «виртуального» фенотипа ВИЧ, который позволяет более надежно предсказывать фенотипическую резистентность на основании имеющихся генотипических данных. Метод заключается в использовании базы данных по образцам ВИЧ, для которых чувствительность была определена на основании фенотипического анализа, и для которых также имеются данные по генотипу. Сравнение мутаций в образце ВИЧ, полученном от больного, с генотипической базой данных позволяет определить «виртуальный» фенотип ВИЧ для каждого АРП.

За рубежом известно несколько генотипических методик по определению лекарственной устойчивости ВИЧ: «Trugene HIV1 genotyping kit and open gene sequencing system» фирмы Visible Genetics, Inc; «ViroSeq» фирмы Abbott; «Inno-Lipa HIV-1 PI и RT V 2.0» фирмы Innogenetics. В России в 2007 г. зарегистрирована и разрешена к применению только одна тест-система для определения мутаций устойчивости ВИЧ: ViroSeq™HIV-1 фирмы Abbott.

Имеется несколько методик для определения субтипов ВИЧ. Основными методами для определения субтипов ВИЧ в России являются как секвенирование образцов и последующий анализ данных севенирования в международных базах данных нуклеотидных последовательностей ВИЧ (например http://hivdb6.stanford.edu), так и метод сравнительной оценки электрофоретической подвижности гетеродуплексов[24]. При этом филогенетический анализ проводится с помощью метода «ближайших соседей» с использованием программ DNADIST и NEIGHBOR из пакета PHYLIP. Оценку достоверности установленных филогенетических связей проводят с помощью программ SEQBOOT.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАДЗОРА ЗА ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ВИЧ

Целью данного руководства является представление подходов к осуществлению эпидемиологического надзора за генетическими вариантами ВИЧ, циркулирующими в России для минимизации возникновения, распространения резистентности к АРВ препаратам в РФ, ограничения последствий распространения резистентности для здоровья населения, а также оценки эффективности диагностических тестов, применяемых на территории РФ и разработки вакцин. Подходы к организации обследования по клиническим показаниям на резистентность к АРВ-препаратам у ВИЧ-позитивных лиц, получающих терапию, не являются целью данного руководства и изложены в других публикациях.

[24] Delwart E.L. et al. Science, 1993, 262: 1257; Heyndickx L. et al. J. Virol., 2000, 74: 363–370.

Для достижения поставленных целей необходимо выполнить следующие задачи:

1. Изучить уровень распространенности первичной резистентности к АРВ-препаратам среди людей, недавно инфицированных ВИЧ, в регионах Российской Федерации.
2. Изучить частоту возникновения резистентности и характер мутаций у пациентов, получающих АРТ-терапию первой линии.
3. Оценить распространенность различных типов и субтипов ВИЧ среди инфицированных ВИЧ, и в том числе среди сероконвертеров в регионах Российской Федерации.
4. Анализировать общенациональный подход к профилактике распространения резистентности к АРВ-препаратам.
5. На основании полученной информации корректировать и осуществлять мероприятий по профилактике распространения резистентности к АРВ-препаратам в стране.
6. На основании полученной информации о типах и субтипах ВИЧ, циркулирующих в стране, рекомендовать верификацию и использование различных диагностических тест-систем и учитывать информацию о доминирующих субтипах ВИЧ при разработке вакцин.

Таким образом, при организации надзора за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ необходимо организовать работу по трем направлениям: анализ распространенности первичной резистентности к АРВ-препаратам, анализ распространенности резистентности к АРВ-препаратам у ЛЖВС на первой линии терапии и анализ распространенности различных типов и субтипов ВИЧ. Исходя из полученной информации будет формироваться общенациональный подход к профилактике распространения резистентности к АРВ-препаратам и осуществляться оптимизация диагностических исследований и разработки вакцин.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Для соответствия принципам ВОЗ и ЮНЭЙДС тестирование проб на резистентность и субтипы ВИЧ для пациентов должно быть:

- конфиденциальным;
- сопровождаться предоставлением информации об исследовании;
- проводиться только с информированного согласия.

Для осуществления работы по надзору за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ необходимо создать рабочие группы специалистов как на федеральном уровне, так и

на региональном уровне, в которые должны войти эпидемиологи, специалисты по лабораторной диагностике и врачи, специалисты по лечению ВИЧ-инфекции.

Для осуществления данной работы при участии Странового комитета по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ целесообразно организовать специализированную национальную референс-лабораторию молекулярных исследований по ВИЧ и сеть региональных лабораторий молекулярных исследований по ВИЧ. Необходимо проводить регулярное обучение персонала данных лабораторий по диагностике резистентности и определению субтипов ВИЧ. Обеспечить контроль качества исследований по резистентности и субтипированию ВИЧ. Целесообразно подключить национальную лабораторию к созданной ВОЗ Глобальной лабораторной сети диагностики резистентности ВИЧ.

О результатах проведения исследований по надзору за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ в регионах Российской Федерации исследовательские группы должны сообщать ежегодно в Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ. Форма сообщения о результатах исследований будет представлена Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ.

В целях информирования всех заинтересованных в результатах исследований сторон Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ должен составлять ежегодно отчет с анализом распространения в стране генетических вариантов ВИЧ и рекомендациями по профилактике распространения резистентности к АРВ-препаратам, оптимизации диагностических исследований и разработке вакцин относительно доминирующих генетических вариантов ВИЧ.

ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАДЗОРА ЗА ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ВИЧ

Для обеспечения надзора за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ в регионах Российской Федерации необходима организация как минимум двух видов исследований:

1. **Исследования по эпидемиологическому надзору за случаями передачи резистентных штаммов к АРВ-препаратам от пациента к пациенту** (протокол данного исследования приводится в приложении 1):

Цель: определение масштабов передачи и распространенности резистентности к АРВ-препаратам среди пациентов, не имевших опыта получения АРВ-терапии.

Задача: оценка уровня распространенности резистентности к АРВ-препаратам среди недавно инфицированных ЛЖВС в регионах РФ. Дополнительная задача данного исследования — определение распространенности различных субтипов ВИЧ среди недавно инфицированных ЛЖВС.

Целевая группа: Недавно инфицированные ЛЖВС, не имеющие опыта получения АРВ-препаратов.

Дизайн исследования: определение резистентности и субтипов ВИЧ в пробах, забранных от недавно инфицированных ЛЖВС. Могут быть использованы образцы от молодых, впервые выявленных с ВИЧ беременных женщин или недавно выявленных с ВИЧ и имеющих предыдущий отрицательный результат представителей других групп населения.

Объекты проведения исследования: исследования следует проводить в регионах, где АРВ-терапия применялась в течение нескольких лет и где продолжает регистрироваться значительное количество новых случаев ВИЧ-инфекции. Образцы крови могут специально собираться для данного исследования. Для этих же целей могут быть использованы остающиеся образцы после обследования на ВИЧ в рамках скрининговых исследований или образцы крови, полученные при дозорных серо-эпидемиологических исследованиях.

Диагностическая проба: не менее 0,5–1 мл плазмы крови одного забора. В некоторых случаях, при невозможности получения плазмы крови, может быть использована сыворотка.

Количество проб: необходим забор последовательно 40–80 ВИЧ-позитивных проб. Результаты тестирования первых 34 образцов позволяют определить распространенность резистентности к АРВ-препаратам на уровне < 5% при отсутствии обнаружения резистентности. В ином случае потребуется исследование еще как минимум 13 проб для дальнейшего определения 10–15-процентного уровня резистентности. Такой подход позволит общенациональной программе минимизировать расходы и охватить большее количество регионов.

2. **Исследования по мониторингу распространенности и заболеваемости резистентности к АРВ-препаратам среди пациентов, нуждающихся и получающих АРТ первой линии** (протокол данного исследования приводится в приложении 3):

Цель: мониторинг эффективности предупреждения распространения резистентности к АРВ-препаратам в рамках национальной программы АРТ.

Задача: мониторинг индикаторов оценки эффективности программ АРТ по предупреждению появления резистентности к АРВ-препаратам. Изучение частоты возникновения резистентности и характер мутаций у пациентов, получающих АРТ первой линии в дозорных участках (выбранных центрах СПИДа). Дополнительной задачей является определение распространенности различных субтипов ВИЧ среди получающих терапию.

Целевая группа: Пациенты, нуждающиеся в АРТ и получающие АРТ-терапию первой линии.

Дизайн исследования: обсервационный когортный анализ с определением вирусной нагрузки, резистентности и субтипов ВИЧ на 12-й и 24-й месяц лечения, в момент перехода на АРВ второго ряда или отмены терапии. Размер когорты определяется с учетом количества получающих АРТ (примерно 100–200 пациентов).

Объекты проведения исследования: Дозорными участками являются центры СПИДа, осуществляющие лечение АРВП не менее 300 пациентов. Пациентам, включенным в исследование, должны быть определены CD4 и вирусная нагрузка.

Диагностическая проба: 0,5–1 мл плазмы крови, возможно взятой для другой клинической цели, например CD4 и вирусной нагрузки .

Количество тестов: в рамках данного исследования:

для всех пациентов из когорты: CD4, вирусная нагрузка и резистентность до начала терапии, на 12-й и 24-й месяц лечения или в момент перехода на АРВ второго ряда. Определение субтипа ВИЧ проводится при включении в когорту.

Изучение распространенности различных субтипов ВИЧ может проводиться как сопутствующее в рамках двух вышеизложенных исследований, однако в таком случае остается неизученным распространенность субтипов среди лиц, зараженных 2–7 лет назад и не вступающих в контакт с медицинскими организациями, поэтому рекомендуется дополнительно провести исследование на субтипы ВИЧ при использовании позитивных проб, забранных для целей дозорного сероэпидемиологического надзора. Для таких исследований могут быть использованы образцы плазмы крови. В некоторых случаях, при невозможности получения плазмы крови, может быть использована сыворотка.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЙ ПО НАДЗОРУ ЗА ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ВИЧ

Осуществление внешней оценки качества молекулярной лабораторной диагностики производится в соответствии с инструкциями Министерства здравоохранения и социального развития.

Все сотрудники лаборатории должны быть обучены по вопросам генетической диагностики ВИЧ-инфекции, внешней и внутренней оценки качества лабораторной диагностики. Персонал, принимающий участие в исследованиях по надзору, должен быть обучен по протоколам исследований.

Мониторинг и оценка качества мероприятий по борьбе со СПИДом, в том числе данного вида мероприятий, ведется при сборе и анализе ключевых национальных

индикаторов эффективности мероприятий, обеспечивающих контроль над эпидемией ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации.

Мониторинг и оценка качества проведенных исследований по надзору за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ должны проводиться на регулярной основе по следующим направлениям:

- наличие и соответствие оказываемых услуг в учреждении/организации имеющемуся уставу и лицензии;
- наличие персонала, обученного по вопросам генетической диагностики ВИЧ-инфекции;
- наличие необходимых помещений, оборудования и нормативных материалов;
- соответствие процедур забора, обработки и утилизации биологических образцов инструкциям МЗСР РФ и требованиям санэпидрежима;
- наличие протокола исследования, согласованного с этическим комитетом;
- соответствие участников исследования критериям отбора в исследование;
- наличие информированного согласия пациентов на участие в исследовании;
- ведение и хранение документации и отчетных материалов, включая вопросы безопасности;
- наличие адекватного финансирования данного вида деятельности.

Большинство изложенных параметров можно оценить при анализе документации.

СБОР, ХРАНЕНИЕ И АНАЛИЗ ДАННЫХ

Данные о тестировании на резистентность к АРВ-препаратам и протестированных должны собираться в соответствии с утвержденными протоколом исследования формами учетной и отчетной документации.

Копия отчетной документации по исследованию отсылается в Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ, по адресу:

Москва, 105275, 8-я ул. Соколиной горы, 15, к. 2
Тел: (095) 366 30 09
Факс: (095) 365 46 80
Email: federalcentre@hivrussia.net

Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ производит анализ информации о циркуляции генетических вариантов ВИЧ в Российской Федерации и распространяет ежегодный аналитический обзор во все заинтересованные организации. По запросу Станового комитета по резистентности

исследовательские группы должны сообщить информацию о выявленных и опубликованных нуклеотидных последовательностях ВИЧ.

Обеспечение качества данных является постоянным процессом и обязанностью руководителей центров СПИДа, руководителей подразделений молекулярной диагностики ВИЧ и персонала.

Приоритетами хранения данных являются их своевременная доставка в главный офис исследования (обычно центр СПИДа) и Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ, занесение в базу данных, сохранение конфиденциальности. Формы учетной и отчетной документации об исследованиях хранятся в безопасности в течение 20 лет, после чего уничтожаются.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Основным принципом тестирования на резистентность к антиретровирусным препаратам является соблюдение конфиденциальности информации о включении в исследование. Тестирование на резистентность персонифицированных образцов крови может осуществляться только с информированного согласия ЛЖВС. Персонифицированная информация обо всех лицах, включенных в исследования, должна оставаться конфиденциальной. Персонифицированная информация о генетических исследованиях на ВИЧ может быть сообщена только с личного согласия обследованного.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты исследований в России по надзору за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ будут представлены специалистам в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и населению. Результаты планируется распространять в виде государственных статистических данных и научных статей всеми возможными средствами, включая публикации и презентации данных на встречах различных уровней.

В целях информирования всех заинтересованных в результатах исследований сторон Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в РФ должен составлять ежегодно отчет с анализом распространения в стране генетических вариантов ВИЧ и рекомендациями по профилактике распространения резистентности к АРВ-препаратам, оптимизации диагностических исследований и разработке вакцин относительно доминирующих генетических вариантов ВИЧ.

Подготовлено Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом на основании действующих нормативно-методических документов в области ВИЧ-инфекции в России и публикаций ВОЗ, UNAIDS, CDC, 2006 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРОТОКОЛ

Исследование по эпидемиологическому надзору за случаями передачи первично резистентных штаммов к АРВ-препаратам в регионе _____

Координатор проекта:

Ф.И.О.: _____

должность: _____

оганизация: _____

Адрес: _____

Тел: _____

Факс: _____

Email: _____

Исполнители:

_____

_____

Исследование проводится в рамках: _____

_____

дата _____

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение 322
Актуальность исследования 322
Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в регионе 323
Результаты исследований по распространению резистентности к АРВ препаратам 323
Задачи исследования 323
Методы 323
Лабораторные методы исследования 324
Отбор кандидатов и их включение в исследование 325
Критерии включения 325
Критерии исключения 326
Количество участников исследования 326
Набор участников 326
Отбор через медицинских работников и общественные организации 327
Стимулирование участников 327
Сбор данных 327
База данных системы здравоохранения 328
Мониторинг 328
Анализ данных 328
Этические вопросы 329
Ограничения исследования 329
Распространение результатов 329
Исследовательская группа 329

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном разделе приводится обоснование актуальности исследования для данного региона.

Наличие у пациента штаммов ВИЧ, первично резистентных к АРВ-препаратам, ограничивает варианты комбинации данных препаратов при назначении терапии. Распространение штаммов ВИЧ, первично резистентных к АРВ-препаратам, может снизить эффект применения АРВ-терапии и привести к увеличению смертности от ВИЧ/СПИДа.

Учитывая природу ВИЧ и длительность лечения при ВИЧ-инфекции, можно прогнозировать, что среди пациентов, получающих АРТ, распространится в определенной степени лекарственная устойчивость (резистентность) к антиретровирусным препаратам, при этом резистентные штаммы вируса могут передаваться вновь инфицируемым. Кроме того, угроза распространения в Российской Федерации резистентных штаммов к АРВ-препаратам, возможно, создалась в результате применения одно- или двухкомпонентной АРВ-терапии, а также плановых или незапланированных перерывов в лечении пациентов.

В условиях быстрого увеличения масштабов охвата ЛЖВС лечением ВИЧ-инфекции необходимо внедрение надзора и мониторинга за распространением резистентности к антиретровирусным препаратам. Важным компонентом системы эпидемиологического надзора за случаями передачи резистентных к АРВ-препаратам штаммов от пациента к пациенту в РФ является проведение исследования по распространенности первичной резистентности к антиретровирусным препаратам в регионах РФ.

На фоне нестабильной и быстро развивающейся эпидемии ВИЧ-инфекции в России и включения в лечение большого количества пациентов определение распространенности первичной резистентности к антиретровирусным препаратам является весьма актуальным. Результаты исследования предоставят информацию для мониторинга приверженности к АРВ-терапии в РФ. Если в ходе исследования будет выявлено, что распространенность резистентных штаммов превышает 5%, возможно, это потребует изменений в программе по лечению.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ

В данном разделе дается описание эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в регионе, исследования с указанием показателей пораженности, заболеваемости и смертности в динамике как среди общего населения, так и в уязвимых группах. За период не менее 5 лет приводятся основные пути передачи ВИЧ-инфекции в регионе и количество ЛЖВС, нуждающихся и получающих АРВ-терапию. Данные о количестве ЛЖВС, прервавших лечение, дают информацию о потенциально возможном уровне передачи первичной резистентности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АРВ-ПРЕПАРАТАМ

В данном разделе приводятся результаты проведенных ранее исследований по резистентности к АРВ-препаратам как в регионе, так в России и других странах.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Оценить уровень распространенности первичной резистентности к АРВ препаратам среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), недавно инфицированных ВИЧ в регионе _____.
- Оценить распространенность различных субтипов ВИЧ среди недавно инфицированных ВИЧ в регионе _____.

МЕТОДЫ

Планируемое исследование является сквозным генетическим исследованием среди лиц, недавно инфицированных ВИЧ, с включением ретроспективной модели и вторичным анализом информации, находящейся в базах данных территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и базе данных результатов секвенирования.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения молекулярных лабораторных исследований будут использованы зарегистрированные на территории РФ тест-системы и применены рекомендованные Минздравсоцразвития методики. Исследования будут осуществляться в лабораториях, имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности и включенных в российскую сеть лабораторий молекулярных исследований по ВИЧ и желательно — в Глобальную лабораторную сеть диагностики резистентности ВИЧ.

Определение вирусной нагрузки

Для определения вирусной нагрузки использовалась тест-система _____, разрешенная к использованию на территории Российской Федерации.

Генотипирование

Для определения мутаций устойчивости ВИЧ использовалась тест-система ViroSeq™ HIV-1 фирмы Abbott как единственная зарегистрированная в настоящее время тест-система для определения резистентности в России. В соответствии со стандартной процедурой использования тест-систем в РФ, после регистрации могут быть использованы другие тест-системы.

Система генотипирования ViroSeq™ HIV-1 выявляет мутации в области обратной транскриптазы и протеазы гена pol (полимеразы). Весь ген протеазы и две трети гена обратной транскриптазы амплифицируются для получения ампликона размером 1,8 кб. Ампликон используется как образец для секвенирования с помощью семи праймеров. Программное обеспечение сравнивает консенсус-последовательность с известной референс-последовательностью, HXB-2, для определения мутаций, присутствующих в пробе. В заключение программное обеспечение ViroSeq использует патентованный алгоритм для анализа мутаций и генерирует отчет о лекарственной устойчивости. Система генотипирования ViroSeq™ HIV-1 базируется на шести основных процедурах:

1. Приготовление проб — выделение РНК ВИЧ.
2. Обратная транскрипция.
3. Полимеразная цепная реакция (ПЦР).
4. Циклическое секвенирование.
5. Автоматическая детекция последовательности.
6. Анализ с помощью программного обеспечения.

Определение субтипа ВИЧ-1

Определение субтипа ВИЧ-1 проводилось с помощью программы (http://hivdb6.stanford.edu). Программа позволяет не только определить субтип, но и получить информацию о всех выявленных мутациях с комментариями и шкалой устойчивости, в результате чего можно сделать вывод о наличии той или иной степени лекарственной устойчивости.

ОТБОР КАНДИДАТОВ И ИХ ВКЛЮЧЕНИЕ В ИССЛЕДОВАНИЕ

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

Обе группы лиц включаются в исследование в связи с их предполагаемым недавним заражением ВИЧ. Включение лиц в исследование и забор образцов крови у ЛЖВС, зараженных в период более 2 лет до проведения исследования, нецелесообразно в связи с генетическими особенностями ВИЧ.

1. **Группа недавно инфицированных ВИЧ**

   - Лицо, получающее медицинскую помощь в регионе _____.
   - Первый положительный результат исследования на антитела к ВИЧ в иммуноблоте получен у ЛЖВ за 1 год или менее до проведения исследования.
   - Последний отрицательный или сомнительный результат исследования на ВИЧ получен за 1 год или менее до первого положительного теста. То есть заражение ВИЧ произошло менее, чем за 2 года до проведения исследования.
   - Имеются доказательства последнего отрицательного или сомнительного результата лабораторного обследования на ВИЧ.

2. **Группа молодых первобеременных женщин**

   - Беременная женщина, инфицированная ВИЧ, получающая помощь в регионе _____.
   - Возраст менее 25 лет.
   - Имеющая первую беременность.
   - Первый положительный результат теста на антитела к ВИЧ получен за 1 год или менее до проведения исследования.

КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- Возраст менее 15 лет.
- Имеется опыт получения антиретровирусной терапии для любых целей.
- Первый положительный результат теста на антитела к ВИЧ получен более, чем за 1 год до проведения исследования.

КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для участия в исследовании в период _____ планируется отобрать образцы от 50 человек с недавней сероконверсией. Количество образцов от молодых беременных женщин должно составлять не менее 34 образцов.

Образцы для исследования и сбор дополнительных данных.

- Кровь в количестве 5 мл является предпочтительным образцом для определения резистентности к АРВ-препаратам.

  В качестве альтернативы может быть использован образец плазмы крови в количестве 0,5–1 мл. В некоторых случаях, при невозможности получения плазмы крови, может быть использована сыворотка, однако в данном случае возрастает риск безуспешного выделения генетического материала.

- На каждый образец должно быть заполнено направление на исследование, приложение 2. Основные демографические данные для участников, дата первого выявления ВИЧ-инфекции, опыт получения АРВ-терапии и причины заражения ВИЧ будут определены по базе данных территориального центра СПИДа. Дополнительный опрос по анкете для анализа факторов, приведших к сероконверсии ВИЧ, будет проведен для лиц, изъявивших желание принять участие в исследовании.

НАБОР УЧАСТНИКОВ

- С целью достичь необходимого количества участников при отборе будут использованы различные целевые группы как ЛЖВС, так и различные организации в регионе _____:

— люди, прошедшие тестирование на ВИЧ в системе здравоохранения региона;

— люди, у которых недавно произошла сероконверсия;

— медицинские работники, осуществляющие тестирование на ВИЧ и диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных, в том числе беременных;

— общественные организации, работающие с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.

Использование нескольких источников отбора максимизирует количество участников и снижает уровень неверных данных.

ОТБОР ЧЕРЕЗ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Информация об исследовании распространяется среди медицинских работников и общественных организаций, которые могут направить ЛЖВС в исследование.

Специалистам лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции предлагается предоставить для исследования имеющиеся образцы крови/плазмы или сыворотки, забранные для других целей, от людей, у которых недавно произошла сероконверсия, и/или молодых первобеременных женщин.

Проект обеспечивает распространение информации через все источники, доступные представителям ЛЖВС. На страницах в интернете будет размещена информация как для научных работников, так и для потенциальных участников исследования.

Потенциальных участников просят связаться с главным офисом по телефону для получения дополнительной информации. Годность для участия в исследованиях подтверждается письменным результатом теста на ВИЧ.

СТИМУЛИРОВАНИЕ УЧАСТНИКОВ

Для поддержания интереса к исследованию у ЛЖВС целесообразно разработать систему стимулирования. Система стимулирования включает в себя следующее: вознаграждение или подарок за каждое интервью ЛЖВС и сдачу крови, а также бесплатные презервативы и информационные материалы.

СБОР ДАННЫХ

Сбор данных производится из следующих четырех источников: информация из базы Федерального НМЦ ПБ СПИД и региональных центров; данные из медицинских карт участников и результаты генетического лабораторного исследования образцов крови.

БАЗА ДАННЫХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

База данных по ВИЧ-инфекции используется не только для отбора новых участников, но и для определения путей передачи ВИЧ в России. Люди, проходящие повторное тестирование, определяются по записям в компьютере или журнале или по добровольному подтверждению. База данных используются для характеристики людей, у которых произошла сероконверсия, и для оценки распространенности ВИЧ.

МОНИТОРИНГ

Контролирующее лицо, назначенное координатором исследования, посетит учреждение в согласованное время для ознакомления с документацией исследований — в частности, с исходными документами с целью проверки точности и полноты их заполнения. Этот эксперт проведет также проверку соответствия проводимых процедур данному протоколу. Все необходимые документы должны быть предоставлены данному лицу по первому его требованию во время заранее согласованного визита. Будут проверены формы информированного согласия, чтобы убедиться в том, что каждый больной своевременно получил всю необходимую информацию.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

Приоритетами хранения данных являются их своевременная доставка в главный офис, занесение, сохранение конфиденциальности и их сохранение.

В базе данных, созданной в программе MS Excel/Access/SPSS, хранятся данные об отборе участников. Данная база находится в центре СПИДа. Доступ к базе данных ограничен, и она защищена паролями.

Дополнительная лабораторная база данных будет создана для занесения в нее результатов секвенирования образцов крови участников исследования, персональные данные хранятся в ней в закодированном виде.

Анализ данных секвенирования образцов крови участников исследования проводится специалистами в области молекулярной диагностики ВИЧ-инфекции и с применением разрешенных в России и международных методик интерпретации данных.

Анализ результатов исследования и написание отчета исследования проводится совместно специалистами в области эпидемиологии, лабораторной диагностики и клиники ВИЧ-инфекции.

Качество данных

Координатор исследования отвечает за качество всех данных и работу базы данных. Обеспечение качества данных является постоянным процессом и обязанностью более чем одного сотрудника.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Все методы исследования, обработка данных и получение информированного согласия будут согласованы с этическим комитетом _____. Все документы в печатном виде будут храниться в запертых шкафах. Базы данных защищены паролями. Ограниченное количество персонала исследования будет иметь к ним доступ. Данные будут храниться в безопасности в течение 20 лет после окончания проекта.

У лиц, изъявивших желание принять участие в исследовании, будет получено информированное согласие на включение в исследование.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Участниками исследования могут быть только люди старше 15 лет, проходившие тестирование на ВИЧ. Для анализа факторов, приведших к сероконверсии, данные собираются ретроспективно.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты исследования направлены на специалистов в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Результаты планируется распространять на различных конференциях и встречах, а также в печатном виде. Отчет по окончании исследования будет направлен в Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в Российской Федерации по адресу:

Москва, 105275, 8-я ул. Соколиной горы, 15, к. 2
Тел: (095) 366 30 09
Факс: (095) 365 46 80
Email: federalcentre@hivrussia.net

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

Исследовательская группа состоит из специалистов

_____
_____.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Федеральный научно-методический центр Роспотребнадзора по профилактике и борьбе со СПИДом, 105275, Москва, 8-я ул. Соколиной горы, 15, корп. 2. Тел. (495) 366-0518

НАПРАВЛЕНИЕ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ

Исследование по резистентности к антиретровирусным препаратам _____

Дата забора крови: «_____» _____ 200___ г.

Код участника: _____

Фамилия*:_____Имя:_____ Отчество:_____

Пол: м/ж

Дата рождения:_____

Место проживания (регион, город):_____

Дата 1-го ВИЧ+ иммуноблота:_____

Результаты предыдущего обследования на ВИЧ: ВИЧ- / ВИЧ+/-

Дата предыдущего обследования: _____, вид проведенного исследования:

_____

Стадия ВИЧ-инфекции:_____ Содержание CD4+ Т-кл.:_____ кл/мкл

Дата исследования: _____

Вирусная нагрузка ВИЧ: _____ копий/мл

Дата исследования: _____

Код обследования на ВИЧ: _____ Код заражения ВИЧ: _____

Год, месяц инфицирования ВИЧ: _____

Получал ли АРВ-препараты: Да/Нет

Наличие беременности: Да/Нет

Срок недель: _____

Если беременность сохраняется, ожидаемая дата родов: _____

Если беременность прерывается, дата: _____

Направляющая организация: _____

Тел.: _____ Факс: _____ Email: _____

Ф.И.О. лечащего врача: _____

Подпись:_____

* Фамилия, имя, отчество указываются только по желанию пациента, в этом случае в дальнейшем будет возможно учесть результаты этого исследования при выборе тактики лечения.

Федеральный научно-методический центр Роспотребнадзора по профилактике и борьбе со СПИДом, 105275, Москва, 8-я ул. Соколиной горы, 15, корп. 2. Тел. (495) 366-0518

НАПРАВЛЕНИЕ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ

Исследование по резистентности к антиретровирусным препаратам _____

Дата забора крови: «_____» _____ 200___ г.

Код участника: _____

Фамилия*:_____Имя:_____ Отчество:_____

Пол: м/ж

Дата рождения:_____

Место проживания (регион, город):_____

Дата 1-го ВИЧ+ иммуноблота:_____

Результаты предыдущего обследования на ВИЧ: ВИЧ- / ВИЧ+/-

Дата предыдущего обследования: _____, вид проведенного исследования:

_____

Стадия ВИЧ-инфекции:_____ Содержание CD4+ Т-кл.:_____ кл/мкл

Дата исследования: _____

Вирусная нагрузка ВИЧ: _____ копий/мл

Дата исследования: _____

Код обследования на ВИЧ: _____ Код заражения ВИЧ: _____

Год, месяц инфицирования ВИЧ: _____

Получал ли АРВ-препараты: Да/Нет

Наличие беременности: Да/Нет

Срок недель: _____

Если беременность сохраняется, ожидаемая дата родов: _____

Если беременность прерывается, дата: _____

Направляющая организация: _____

Тел.: _____ Факс: _____ Email: _____

Ф.И.О. лечащего врача: _____

Подпись:_____

* Фамилия, имя, отчество указываются только по желанию пациента, в этом случае в дальнейшем будет возможно учесть результаты этого исследования при выборе тактики лечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ, КОДЫ

КОДЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЙ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ

Код обследования на ВИЧ

108 — доноры (крови, биологических жидкостей, органов и тканей)

115 — медицинский персонал, работающий с больными ВИЧ-инфекцией или инфицированным материалом

102 — больные наркоманией

103 — гомо- и бисексуалисты

104 — больные заболеваниями, передающимися половым путем

112 — лица, находившиеся в местах лишения свободы

113 — обследованные по клиническим показаниям

109 — беременные (доноры плацентарной и абортной крови)

118 — прочие

120 — обследованные при эпидемиологическом расследовании

200 — иностранные граждане

Коды причин заражения ВИЧ

100 — гомосексуальная связь с гомо/бисексуальным партнером, не употребляющим наркотики

101 — гомосексуальная связь с наркопотребителем

104 — гетеросексуальная связь с бисексуальным партнером, не употребляющим наркотики

105 — гетеросексуальная связь с гетеросексуальным партнером не употребляющим наркотики

106 — гетеросексуальная связь с инъекционным потребителем наркотиков

108 — наркотический контакт с инфицированным ВИЧ партнером

107 — бытовой парентеральный контакт с ВИЧ-инфицированным

109 — переливание крови/пересадка органов от инфицированного ВИЧ донора

110 — пребывание в нозокомиальном очаге

111 — заражение детей от матерей во время беременности и родов

112 — заражение детей от матерей при грудном вскармливании

113 — заражение матерей от детей при грудном вскармливании

114 — другая причина, указать

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПРОТОКОЛ

Исследование по мониторингу распространенности резистентности к АРВ-препаратам среди пациентов, нуждающихся и получающих АРТ, в регионе _____

Координатор проекта:

Ф.И.О.: _____

должность: _____

оганизация: _____

Адрес: _____

Тел: _____

Факс: _____

Email: _____

Исполнители:

_____

_____

Исследование проводится в рамках: _____

_____

дата _____

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение 336

Актуальность исследования 336

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в регионе 336

Результаты исследований по распространению резистентности к АРВ-препаратам 336

АРТ в регионе 337

Факторы, влияющие на выработку резистентности к АРВ-препаратам 337

Цель и задачи исследования 338

Методы 339

Лабораторные методы исследования 339

Отбор кандидатов, их включение и исключение из проспективной когорты и сбор данных 340

Критерии включения ЛЖВС в когорту 341

Критерии исключения ЛЖВС из когорты 341

Количество участников исследования 342

Стимулирование участников 343

Сбор данных 343

Мониторинг 344

Анализ данных 344

Этические вопросы 345

Результаты 345

Распространение результатов 346

Исследовательская группа 346

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном разделе приводится обоснование актуальности исследования для данного региона.

Учитывая природу ВИЧ и длительность лечения при ВИЧ-инфекции, можно прогнозировать, что среди пациентов, получающих АРТ, распространится в определенной степени лекарственная устойчивость (резистентность) к антиретровирусным препаратам.

На фоне нестабильной и быстро развивающейся эпидемии ВИЧ-инфекции в России и включения в лечение большого количества пациентов определение распространенности резистентности к антиретровирусным препаратам является весьма актуальным. Результаты исследования предоставят информацию для мониторинга приверженности к АРВ-терапии в РФ. Если в ходе исследования будет выявлено, что распространенность резистенntных штаммов превышает 5%, возможно, это потребует изменений в стандартах лечения при ВИЧ-инфекции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ

В данном разделе дается описание эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в регионе исследования с указанием показателей пораженности, заболеваемости и смертности в динамике как среди общего населения, так и в уязвимых группах. За период не менее 5 лет приводятся основные пути передачи ВИЧ-инфекции в регионе и количество ЛЖВС, нуждающихся и получающих АРВ-терапию. Данные о количестве ЛЖВС, перервавших лечение, дают информацию о потенциально возможном уровне передачи первичной резистентности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АРВ-ПРЕПАРАТАМ

В данном разделе приводятся результаты проведенных ранее исследований по резистентности к АРВ-препаратам как в регионе, так в России и других странах.

АРТ В РЕГИОНЕ

В данном разделе дается описание опыта применения АРТ-терапии, количество ЛЖВС нуждающихся и получающих АРВ-терапию. Данные о количестве ЛЖВС, прервавших лечение или изменивших схему лечения, дают информацию о потенциально возможном уровне передачи первичной резистентности.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫРАБОТКУ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АРВ-ПРЕПАРАТАМ

При осуществлении инициативы ВОЗ по универсальному доступу к лечению ЛЖВС акцент делается на назначении нуждающимся стандартных схем ВААРТ, соответствующих международным и национальным рекомендациям. Учитывая высокую степень генетической вариабельности ВИЧ, неизлечимость инфекции и длительность лечения при ВИЧ-инфекции, неизбежно у пациентов, получающих АРТ, распространится в определенной степени резистентность к АРВ-препаратам. Однако важно, чтобы положительные результаты АРВ-терапии, такие как увеличение продолжительности и улучшение качества жизни ЛЖВС, снижение смертности, значительно превышали негативные эффекты, связанные с выработкой резистентности. В рамках контроля за эффективностью и безопасностью АРВ-терапии важно отслеживать качество назначаемой и принимаемой терапии, снижение вирусной нагрузки и появление резистентности к антиретровирусным препаратам. Важным критерием, свидетельствующим об эффективности терапии и низком риске выработки резистентности к АРВ-препаратам, является высокая пропорция ЛЖВС на терапии, у которых наблюдается неопределяемый уровень вирусной нагрузки < 1 000 копий/мл в течение одного года с начала приема терапии. Для минимизации риска появления резистентности к АРВ-препаратам ВОЗ рекомендует достижение неопределяемого уровня вирусной нагрузки в течение одного года после начала АРТ у ≥ 70% пациентов.

В условиях быстрого увеличения масштабов охвата ЛЖВС лечением ВИЧ-инфекции необходимо внедрение мониторинга за распространением резистентности к антиретровирусным препаратам.

Для мониторинга за распространением резистентности к антиретровирусным препаратам необходимо собрать минимальный набор данных о пациенте, нуждающемся или принимающем АРТ, и внешних факторах, определяющих ход лечения пациента.

Факторы, влияющие на успех подавления вирусной нагрузки и выработку резистентности к АРВ-терапии:

1. Факторы, определяющие особенности АРТ пациента:
   a) наличие предыдущего опыта приема АРВ (например: химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ, ВИЧ моно- или терапия двумя препаратами или любая другая АРВ-терапия, не соответствующая рекомендациям по высокоактивной антиретровирусной терапии первой линии),
   b) мутации резистентности к АРВ-препаратам, имеющиеся у пациента при начале АРВ-терапии,
   c) приверженность пациента терапии,
   d) регулярность посещения пациентом клиники, где осуществляется АРТ.
2. Внешние медицинские факторы:
   a) перерывы в поставках АРВ-препаратов, заканчивающиеся непреднамеренными прерываниями терапии у пациентов,
   b) назначение режимов терапии, не соответствующих рекомендациям по высокоактивной антиретровирусной терапии,
   c) качество АРВ-препаратов.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: оценить распространенность резистентности к АРВ-препаратам и характер мутаций, возникающих в первые 2 года после начала АРТ по стандартной схеме первой линии.

Задачи исследования:

- Оценить пропорцию пациентов, у которых был достигнут уровень вирусной нагрузки менее 1 000 копий/мл в течение 12–15 месяцев и 24–27 месяцев после начала АРВ-терапии первой линии в регионе _____.
- Описать количество и характер мутаций резистентности к АРВ-препаратам среди лиц, не достигших уровня вирусной нагрузки менее 1 000 копий/мл. в течение 12–15 месяцев и 24–27 месяцев после начала АРВ-терапии первой линии в регионе _____.
- Оценить корреляции между факторами, определяющими особенности АРТ у пациента, внешними медицинскими факторами и уровнем вирусной нагрузки, количеством и характером мутаций резистентности к АРВ-препара-

там. Интерпретация этих корреляций позволит усовершенствовать стратегию и тактику АРВ-терапии.

- Оценить распространенность различных субтипов ВИЧ среди изучаемой когорты.

МЕТОДЫ

Планируемое исследование является проспективным когортным исследованием с включением ретроспективной модели и вторичным анализом информации, находящейся в базах данных территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и базе данных нуклеотидных последовательностей геномов ВИЧ.

Возможно, проведение исследования при использовании ретроспективного когортного метода, однако в этом случае не будет оценено наличие базовых мутаций резистентности до начала терапии.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения молекулярных лабораторных исследований будут использованы зарегистрированные на территории РФ тест-системы и применены рекомендованные Минздравсоцразвития методики. Исследования будут осуществляться в лабораториях, имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности и включенных в российскую сеть лабораторий молекулярных исследований по ВИЧ и желательно — в Глобальную лабораторную сеть диагностики резистентности ВИЧ.

Определение вирусной нагрузки

Для определения вирусной нагрузки использовалась зарегистрированная в РФ тест-система _____.

Генотипирование

Для определения мутаций устойчивости ВИЧ использовалась тест-система ViroSeq™ HIV-1 фирмы Abbott как единственная зарегистрированная в настоящее время тест-система для определения резистентности в России. В соответствии со стандартной процедурой использования тест-систем в РФ, после регистрации могут быть использованы другие тест-системы.

Система генотипирования ViroSeq™ HIV-1 выявляет мутации в области обратной транскриптазы и протеазы гена pol (полимеразы). Весь ген протеазы и две трети гена обратной транскриптазы амплифицируются для получения ампликона разме-

ром 1,8 кб. Ампликон используется как образец для секвенирования с помощью семи праймеров. Программное обеспечение сравнивает консенсус-последовательность с известной референс-последовательностью, HXB-2, для определения мутаций, присутствующих в пробе. В заключение программное обеспечение ViroSeq использует патентованный алгоритм для анализа мутаций и генерирует отчет о лекарственной устойчивости. Система генотипирования ViroSeq™ HIV-1 базируется на шести основных процедурах:

1. Приготовление проб — выделение РНК ВИЧ.
2. Обратная транскрипция.
3. Полимеразная цепная реакция (ПЦР).
4. Циклическое секвенирование.
5. Автоматическая детекция последовательности.
6. Анализ с помощью программного обеспечения.

Определение субтипа ВИЧ-1

Определение субтипа ВИЧ-1 проводилось с помощью программы (http://hivdb6.stanford.edu). Программа позволяет не только определить субтип, но и получить информацию о всех выявленных мутациях с комментариями и шкалой устойчивости, в результате чего можно сделать вывод о наличии той или иной степени лекарственной устойчивости.

ОТБОР КАНДИДАТОВ, ИХ ВКЛЮЧЕНИЕ И ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ ПРОСПЕКТИВНОЙ КОГОРТЫ И СБОР ДАННЫХ

Отбор кандидатов и их включение в предполагаемую когорту должно быть завершено в течение 3 месяцев. Включаются в исследование пациенты, начинающие АРТ первой линии, соответствующие критериям включения и давшие информированное согласие. При проведении исследования используется информация из базы данных территориального центра СПИДа и учетных форм № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», № 003/у «Медицинская карта стационарного больного», № 30/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Лабораторное исследование на резистентность к АРВ-препаратам и субтипы ВИЧ проводится в национальной референс-лаборатории молекулярных исследований по ВИЧ или региональных лабораториях молекулярных исследований по ВИЧ,

имеющих соответствующую лицензию на данный вид деятельности. Определение вирусной нагрузки проводится в референс-лаборатории центра СПИДа.

Набор участников

При отборе будут привлекаться к исследованию лица, которые начинают получать АРТ первой линии и остаются на этой терапии через 12–15 месяцев. Пациентам, посетившим центр СПИДа как минимум 1 раз в 3 месяца, до начала терапии предлагается стать участником исследования и дать информированное согласие

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ ЛЖВС В КОГОРТУ

- ЛЖВС, получающие медицинскую помощь в центре СПИДа региона _____.
- ЛЖВС, нуждающиеся и получающие впервые ВААРТ первого ряда.
- Могут быть включены ЛЖВС, получающие впервые ВААРТ первого ряда, а ранее получавшие химиопрофилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции или получавшие монотерапию и терапию одним или двумя препаратами.
- Имеется информированное согласие на участие в исследовании.

КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЛЖВС ИЗ КОГОРТЫ

- В момент набора когорты имеется предыдущий опыт получения ВААРТ, например, на другой территории или лечение было прервано.

При наблюдении отобранной когорты.

- Выход из исследования: пациент выходит из исследования при прекращении приема терапии первого ряда в ЛПУ, где проводится исследование (например, при переезде на другую территорию).
- Исключение: пациент исключается из исследования при переходе на вторую линию терапии из-за отсутствия клинического улучшения при АРТ.
- Смерть: пациент исключается из исследования по причине смерти в любое время после начала АРТ.
- Остановка: пациент исключается из исследования если преднамеренно прерывает режим АРТ, это может происходить по инициативе пациента без согласования с клиницистами или по назначению врача во время планового перерыва в лечении или из-за слабой приверженности АРТ.

КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для участия в исследовании в период _____ планируется отобрать не менее 96 человек в диапазоне от 96 до 200 человек.

Умершие или исключенные из исследования пациенты замещаются резервными пациентами для получения статистически достоверных результатов.

Случаи смерти или исключения из исследования регистрируются для характеристики исходной когорты.

Стандартное время забора образцов для проведения запланированных лабораторных исследований у лиц, включенных в исследование.

- Базовый уровень: в течение 1 месяца до включения в АРТ первой линии у пациента проводится забор образца крови.
- Пятый квартал: через 12–15 месяцев после начала стандартной АРТ первой линии у пациента снова проводится забор образца крови.
- Девятый квартал: через 24–27 месяцев после начала стандартной АРТ первой линии у пациента снова проводится забор образца крови.
- Во время исключения из исследования проводится для всех лиц исключенных из исследования.

Сбор стандартных данных о медицинской помощи при АРТ.

- Из медицинских карт получают информацию о пациенте:

— история получения АРТ;

— назначение и прием АРВ-терапии первой линии и переход на терапию второй линии;

— приверженность пациента АРТ.

- Мониторинг обеспечения препаратами данного ЛПУ — данные о наличии запаса препаратов, необходимых для проведения АРТ.
- Мониторинг качества медицинской помощи в данном ЛПУ — удержание пациентов на диспансерном наблюдении и лечении.

Сбор образцов и данных для мониторинга резистентности к АРВ препаратам.

- Забор крови и тестирование образцов на уровень вирусной нагрузки и резистентность (полученные образцы плазмы крови хранятся в замороженном виде до окончания исследования):

— включение в терапию (базовый уровень),

— 12–15 месяцев после начала терапии,

— 24–27 месяцев после начала терапии,

— или при переходе на вторую линию терапии из-за отсутствия клинического улучшения при АРТ,

— или при прекращении терапии.

- Структурированное интервью пациента — участника исследования при каждом заборе крови в рамках исследования

— собираются данные о истории получения АРТ и приверженности пациента режиму первой линии АРТ.

- Определение субтипа ВИЧ проводится при включении ЛЖВС в когорту.

Образцы для исследования и сбор дополнительных данных.

- Кровь в количестве 5 мл является предпочтительным образцом для определения резистентности к АРВ препаратам,
- В качестве альтернативы может быть использован образец плазмы крови в количестве 0,5–1 мл.
- Основные демографические данные для участников, дата первого выявления ВИЧ-инфекции, опыт получения АРВ-терапии и причины заражения ВИЧ будут определены по базе данных территориального центра СПИДа. Минимальный дополнительный опрос по анкете для анализа факторов получения АРТ будет проведен для лиц, изъявивших желание принять участие в исследовании.

СТИМУЛИРОВАНИЕ УЧАСТНИКОВ

Для поддержания интереса к исследованию ЛЖВС проект разработал систему стимулирования. Система стимулирования включает в себя следующее: вознаграждение _____ за каждое интервью ЛЖВС и сдачу крови, а также бесплатные презервативы и информационные материалы.

СБОР ДАННЫХ

Сбор данных производится из следующих четырех источников: информация из базы данных региональных центров СПИДа; данные из медицинских карт участни-

ков; журналов учета АРВ-препаратов и результаты генетического лабораторного исследования образцов крови. База данных используется не только для отбора новых участников, люди, проходящие повторное лечение, определяются по записям в компьютере или журнале или по добровольному подтверждению.

МОНИТОРИНГ

Контролирующее лицо, назначенное координатором исследования, посетит учреждение в согласованное время для ознакомления с документацией исследования — в частности, с исходными документами с целью проверки точности и полноты их заполнения. Этот эксперт проведет также проверку соответствия проводимых процедур данному протоколу. Все необходимые документы должны быть предоставлены данному лицу по первому его требованию во время заранее согласованного визита. Будут проверены формы информированного согласия, чтобы убедиться в том, что каждый больной своевременно получил всю необходимую информацию.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

Приоритетами хранения данных являются их своевременная доставка в главный офис, занесение, сохранение конфиденциальности и их сохранение.

В базе данных, созданной в программе MS Access/SPSS, хранятся данные об отборе участников. Данная база находится в центре СПИДа. Доступ к базе данных ограничен, и она защищена паролями.

Дополнительная база данных будет создана для занесения в нее результатов секвенирования образцов крови участников исследования и определения вирусной нагрузки.

Анализ данных секвенирования образцов крови участников исследования проводится специалистами в области молекулярной диагностики ВИЧ-инфекции и с применением международной методики интерпретации данных.

Анализ результатов исследования и написание отчета исследование проводится совместно специалистами в области эпидемиологии, лабораторной диагностики и клиники ВИЧ-инфекции.

Качество данных

Обеспечение качества данных является постоянным процессом и обязанностью более чем одного сотрудника. Координатор исследования отвечает за качество всех данных и работу базы данных.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Все методы исследования, обработка данных и получение информированного согласия будут согласованы с этическим комитетом _____. Все документы в печатном виде будут храниться в запертых шкафах. Базы данных защищены паролями. Ограниченное количество персонала исследования будет иметь к ним доступ. Данные будут храниться в безопасности в течение 20 лет после окончания проекта.

У лиц, изъявивших желание принять участие в исследовании, будет получено информированное согласие на включение в исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе исследования к 16-му месяцу после начала исследования будет:

- Оценена пропорция пациентов, у которых был достигнут уровень вирусной нагрузки менее 1 000 копий/мл. в течение 12–15 месяцев после начала АРВ-терапии первой линии в регионе.
- Описано количество и характер мутаций резистентности к АРВ-препаратам среди лиц, не достигших уровня вирусной нагрузки менее 1 000 копий/мл. в течение 12–15 месяцев после начала АРВ-терапии первой линии в регионе.
- Оценена корреляция между факторами, определяющими особенности АРТ у пациента, внешними медицинскими факторами и уровнем вирусной нагрузки, количеством и характером мутаций резистентности к АРВ-препаратам в течении 1 года после начала терапии. Интерпретация этих корреляций позволит усовершенствовать стратегию и тактику АРВ-терапии.
- Оценена распространенность различных субтипов ВИЧ среди изучаемой когорты.

На втором этапе исследования к 28-му месяцу после начала исследования будет:

- Оценена пропорция пациентов, у которых был достигнут уровень вирусной нагрузки менее 1 000 копий/мл. в течение 24–27 месяцев после начала АРВ-терапии первой линии в регионе.
- Описано количество и характер мутаций резистентности к АРВ-препаратам среди лиц, не достигших уровня вирусной нагрузки менее 1 000 копий/мл. в течение 24–27 месяцев после начала АРВ-терапии первой линии в регионе.
- Оценена корреляция между факторами, определяющими особенности АРТ у пациента, внешними медицинскими факторами и уровнем вирусной нагрузки, количеством и характером мутаций резистентности к АРВ-препаратам в течении 2 лет после начала терапии. Интерпретация этих корреляций позволит усовершенствовать стратегию и тактику АРВ-терапии.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты исследования направлены на специалистов в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Результаты планируется распространять на различных конференциях и встречах, а также в печатном виде. Отчеты по окончании каждого этапа исследования будут направлены в Страновой комитет по резистентности к антиретровирусным препаратам в Российской Федерации по адресу:

Москва, 105275, 8-я ул. Соколиной горы, 15, к. 2
Тел: (095) 366 30 09
Факс: (095) 365 46 80
Email: federalcentre@hivrussia.net

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

Исследовательская группа состоит из специалистов

_____

_____.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Федеральный научно-методический центр Роспотребнадзора по профилактике и борьбе со СПИДом, 105275, Москва, 8-я ул. Соколиной горы, 15, корп. 2. Тел. (495) 366-0518

НАПРАВЛЕНИЕ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ

Исследование по резистентности к антиретровирусным препаратам _____

Дата забора крови: «_____» _____ 200___ г.

Код участника: _____

Фамилия*:_____Имя:_____ Отчество:_____

Пол: м/ж

Дата рождения:_____

Место проживания (регион, город):_____

Дата 1-го ВИЧ+ иммуноблота:_____

Стадия ВИЧ-инфекции:_____ в фазе _____

Содержание CD4+ Т-кл.:_____ кл/мкл

Все применявшиеся схемы АРВ-терапии, вкл. химиопрофилактику (начиная с более ранних и заканчивая текущей):	Даты приема:	Причины отмены предыдущих схем:		
		Неэффек-тивность	Выявленная резистентность	Другие (недост. приверженность, непереносимость, пр.)
1. _____	_____	☐	☐ к_____	☐
2. _____	_____	☐	☐ к_____	☐
3. _____	_____	☐	☐ к_____	☐
4. _____	_____	☐	☐ к_____	☐
текущая: _____	_____			

	до начала текущей схемы	минимальный показатель	последний показатель
Вирусная нагрузка ВИЧ, копий/мл:			
Дата анализа вирусной нагрузки ВИЧ:			

Степень приверженности (текущая схема):		
низкая (< 70%)	умеренная (70–95%)	высокая (> 95%)
☐	☐	☐

Показания к направлению: _____

Направляющая организация: _____

Тел.: _____ Факс: _____ Email: _____

Ф.И.О. лечащего врача: _____

Подпись:_____

* Фамилия, имя, отчество указываются только по желанию пациента, в этом случае в дальнейшем будет возможно учесть результаты этого исследования при выборе тактики лечения.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

_____Р.А. Хальфин

20.09.2007 № 6965-РХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

Москва, 2007 г.

Настоящие методические рекомендации подготовлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с условиями Соглашения между Российской Федерацией и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» № 4687-RU в рамках подготовки нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИДа и сопутствующих заболеваний (приказ Минздравсоцразвития России от 1 апреля 2005 г. № 251 «О создании Рабочей группы по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний») на основании действующих нормативно-методических документов в области ВИЧ-инфекции в России и публикаций ВОЗ, UNAIDS при участии ФГУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора», Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора (В.В. Покровский, Н.Н. Ладная), UNAIDS (М.В. Семенченко, М.А. Туманова).

Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от ___.09.2007 № _____-РХ «Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции». — Москва, 2007. — 40 с.

ВВЕДЕНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Российская Федерация осуществляет мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции начиная с 1987, когда был обнаружен первый случай инфекции у гражданина СССР. В целях совершенствования борьбы со СПИДом в 1989 г. был издан приказ Минздрава РСФСР «Об организации службы профилактики СПИДа в СССР». Тогда же при Минздраве РСФСР был создан Комитет по борьбе со СПИДом, имеющий функцию координации работы органов и учреждений здравоохранения по проблеме СПИДа в РСФСР. В рамках данного и последующих приказов Минздрава РСФСР к настоящему времени в России функционируют более 100 территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и более 1000 лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции. Центры СПИДа в соответствии с возложенными на эти организации функциональными обязанностями обеспечивали осуществление всего комплекса мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в регионах страны. В том числе центры СПИДа осуществляют совместно с учреждениями Роспотребнадзора эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией РФ. За время развития эпидемии в стране были созданы и продолжают работать в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции более 100 неправительственных и международных организаций.

В 1995 году в России был принят Государственной Думой «Федеральный закон о предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Закон о СПИДе был создан с соблюдением основных международных принципов противодействия эпидемии и защищает права инфицированных ВИЧ. В 1993 году Верховным Советом РФ была утверждена первая национальная программа по профилактике и борьбе со СПИДом — АнтиВИЧ/СПИД, впоследствии эта программа неоднократно продлевалась и в настоящее время действует подпрограмма «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (АнтиВИЧ/СПИД)» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера, 2002–2006 годы».

В 2005–2006 гг. средства на борьбу с ВИЧ-инфекцией были выделены в рамках приоритетного национального проекта в области здравоохранения в объеме 3,1 миллиарда рублей на 2006 г., в 2007 г. объем средств был удвоен. Кроме того, в России осуществлялись программы по борьбе со СПИДом в рамках займа, взятого

у Всемирного банка (около 50 миллионов долларов на пять лет), двух проектов по грантам, предоставленным Глобальным фондом по борьбе с ВИЧ/СПИДом (в сумме около 200 миллионов долларов на пять лет), и около 150 других международных проектов. Однако существует и определенный риск того, что отечественные и зарубежные средства будут истрачены с невысоким эффектом или что определенное количество средств будет израсходовано на аналогичные мероприятия, в то время как некоторые области деятельности не будут охвачены вмешательствами.

Межсекторальный подход к проблеме ВИЧ-инфекции остается в настоящее время недостаточно отлаженным в РФ на федеральном и региональном уровне. Одной из негативных сторон сложившейся в настоящий момент ситуации является то, что в стране недостаточно эффективна координация между деятельностью различных секторов, получающих финансирование из разных источников.

Большое значение для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в России может иметь создание правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в соответствии с постановлением правительства РФ от 9 октября 2006 г. № 608, однако до середины 2007 г. состоялась только одно заседание комиссии и не была определена организация, ответственная за мониторинг и оценку в области ВИЧ-инфекции на правительственном уровне. В настоящий момент роль такой организации исполняет отдел организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В связи с нарастанием тяжести эпидемии ВИЧ-инфекции в России, увеличением количества организаций, участвующих в противодействии эпидемии инфекции, и количества финансовых ресурсов, направляемых на борьбу с эпидемией и ее последствиями в стране, необходима национальная координация мероприятий по борьбе со СПИДом и проведение мониторинга и оценки на национальном уровне. Национальная система мониторинга и оценки позволит производить комплексное слежение за мероприятиями по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, осуществляемых различными секторами и ведомствами, оценивать эффективность вмешательств, планировать и корректировать необходимые вмешательства.

Настоящий документ ставить целью представить план организации национальной системы мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в России и национальные индикаторы для мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции в России. Этот документ представляет общую информацию о порядке организации системы мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и стратегию сбора и анализа данных.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Для осуществления спланированной деятельности одним из важных элементов управления является осуществление контроля как за ходом выполнения мероприятий, так и за их эффективностью для достижения поставленных целей и своевременного внесения корректив, если обнаружена в этом необходимость. Если выразить кратко, то:

Мониторинг — это постоянный сбор и регистрация информации по заданным параметрам с целью регулярного отслеживания успехов, достигнутых в ходе выполнения работ, и сравнение текущего состояния дел с планом. Сбор и накопление информации проводится с целью оценки меняющихся состояний объекта наблюдения, выявления тенденций и прогнозирования будущих состояний. Важная цель мониторинга — предупреждение, преодоление или минимизация нежелательных тенденций в развитии процессов.

Оценка — осуществление анализа эффективности проведенных мероприятий и определение ценности проводимых вмешательств.

Мониторинг и оценка обычно используется в виде сокращения — МиО.

Отличие мониторинга от оценки заключается в том, что мониторинг подразумевает постоянное наблюдение за такими ключевыми элементами программы или проекта, как сделанные инвестиции — вклад, осуществленная деятельность — процесс и полученные краткосрочные результаты. Оценка, напротив, представляет собой эпизодический анализ всех достижений, связанных с программой или проектом: краткосрочный результат, долгосрочный результат и воздействие. Таким образом, мониторинг включает наблюдение за тем, что делается, в то время как оценка рассматривает, что было достигнуто и какова ценность вмешательств.

Существуют различные уровни мониторинга и оценки. Эффективные мониторинг и оценка основаны на четкой логической последовательности процесса осуществления и результатов программы; при этом ожидается, что из результатов одного уровня вытекают результаты следующего уровня, что способствует постепенному достижению поставленной цели. Любые пробелы в этой последовательности будут препятствовать достижению требуемых результатов. Различные уровни, на которых можно проводить мониторинг и оценку, включают:

- **Вклад** — это то, что было вложено в программу: финансовые и другие ресурсы, кадры, политическая поддержка и управленческие решения, необходимые для получения результата.
- **Процесс** — деятельность или предоставляемые услуги, включая обучение, профилактические мероприятия по ВИЧ-инфекции, услуги по тестированию, консультированию, уходу и поддержке при ВИЧ, необходимые для получения результатов.

- **Краткосрочный или промежуточный результат** — обеспечение качественных, доступных и масштабных мероприятий должно привести к промежуточным результатам, таким как повышение уровня знаний или отношение к услугам.
- **Долгосрочный результат** — он включает качественные изменение в поведении или навыках населения, снижение стигмы и дискриминации.
- **Воздействие** — ключевые результаты, приводящие к измеримому изменению показателей прогрессирования эпидемии, например заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией, качества и продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных, снижение социально-экономического ущерба от развития эпидемии.

СХЕМА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Мониторинг		Оценка		
Вклад	Процесс (мероприятия)	Краткосрочный результат	Долгосрочный результат	Воздействие
Инвестированные финансовые, материальные, человеческие и другие ресурсы Политическая поддержка Управленческий потенциал Нормативно - правовая база	Типы воздействия Обучение населения или специалистов Тестирование на ВИЧ и консультирование Услуги по лечению ВААРТ и т.п.	Промежуточные результаты программы Изменения уровня знаний Изменение отношения к услугам Число получающих ДКТ, ВААРТ, вертикальную профилактику и т.п.	Эффект усилий по программе Изменение поведения населения Снижение стигмы и дискриминации Восстановленная трудоспособность инфицированных ВИЧ и т.п.	Конечный эффект усилий Заболеваемость, пораженность ВИЧ Смертность от ВИЧ/СПИДа Продолжительность и качество жизни ЛЖВС и т.п

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Национальная система мониторинга и оценки по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИДа состоит из следующих компонентов.

1. **Общая система мониторинга и оценки** включает основную схему потока информации и базу данных для сбора и передачи данных.

2. **Система надзора** включает государственный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией, ИППП, ВГ, ТБ и наркоманией, поведенческий надзор и надзор за предпосылками развития эпидемии. В свою очередь системы эпиднадзора второго поколения и третьего поколения учитывают биологические, поведенческие и многие другие факторы, что позволяет прослеживать тенденции распространения ВИЧ с определенными социальными и поведенческими особенностями. Наблюдение должно быть дополнено необходимыми исследованиями, в том числе в области эпидемиологии, поведения и социальных факторов, оказывающих влияние на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, исследованиями по оценке и прогнозированию эпидемии. Национальные координирующие органы по проблемам ВИЧ-инфекции и СПИДа играют стратегически важную роль в сопоставлении, интерпретации и распространении научных данных.

3. **Мониторинг финансового управления** производит сбор информации о затратах на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа в разных секторах из разных источников и на различные виды вмешательств. При этом важно получить данные о как о государственном, так и о международном финансировании различных и проектов и программ в области ВИЧ-инфекции.

4. **Мониторинг выполнения программы** включает регулярный анализ основных составляющих специальных проектов и программ, а также всеобъемлющего противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

5. **Оценка программы** ставит своей целью продемонстрировать эффективность программы и влияние программы на улучшение состояния здоровья населения, изменение форм поведения или таких воздействий, как снижение темпов распространения ВИЧ. В случае неэффективности программ должна быть произведена оперативная коррекция осуществляемых мероприятий.

Обычно разработка МиО проекта или программы проводится на стадии их планирования для того, чтобы получить возможность получить ответы на следующие вопросы:

- Чего мы хотим достичь своими действиями?
- Какие положительные сдвиги должны произойти в результате этих воздействий?
- Как можно узнать о том, что действия достигли результата?
- Насколько эффективны результаты в соотнесении с затраченными ресурсами?

При разработке и планировании действий по профилактике ВИЧ/СПИДа используются индикаторы, отражающие изменения ситуации по ВИЧ-инфекции, в частности поведенческие и эпидемиологические показатели. Мониторинг этих индикаторов, также являющихся оценочными индикаторами для программ и проектов, позволяет не только отслеживать, как выполняются планы, но и оценивать результативность действий. Такой подход, объединяющий отслеживание плана выполнения программы, оценку эффективности и, как результат, изменение эпидемиологической ситуации, позволяет комплексно оценить меры противодействия эпидемии ВИЧ /СПИДа на региональном и национальном уровне.

Составной частью системы МиО как на национальном, так и региональном уровнях является система эпиднадзора второго и третьего поколения. Актуальность внедрения эпиднадзора третьего или второго поколения обусловлена тем, что традиционные системы эпиднадзора не способны своевременно отслеживать распространение опасного поведения или оказание помощи и поддержки ЛЖВС, в том числе ВААРТ. Система эпиднадзора второго поколения направлена на объединение поведенческих и биологических данных, как по ВИЧ, так и по сопутствующим заболеваниям с целью усиления возможности объяснения тенденций в развитии эпидемий. По нашему мнению наиболее актуальным для внедрения в Российской Федерации является «Эпиднадзор третьего поколения за ВИЧ/СПИД/ИППП» который был предложен в 2003 г. совместно ВОЗ, CDC, ЮНЭЙДС[1] и включает все элементы эпиднадзора второго поколения, а кроме того, обогащен сбором другой ценной информации. «Эпиднадзор третьего поколения за ВИЧ/СПИД/ИППП» включает: универсальную регистрацию случаев ВИЧ/СПИД/ИППП, дозорные и поведенческие качественные и количественные исследования в уязвимых группах, надзор за резистентностью, надзор за лечением и исходами заболевания и исследования по качеству получаемой ЛЖВС помощи и лечения.

[1] The Third generation HIV/AIDS/STI surveillance: a summary presentation of the guidelines, Bilari Camara, 2003.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

В 2006 г. в Российской Федерации развивалась эпидемия ВИЧ-инфекции, концентрированная среди ПИН и КСР, темпы распространения которой оставались в 2006 г. одними их самых высоких в мире. С момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции у жителя Российской Федерации в 1987 г. в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом до 31 декабря 2006 г. было сообщено о **373 718** зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции у граждан России и о 8033 — у иностранных граждан. Эпидемия продолжает прогрессировать, в 2006 г. было выявлено 39 589 новых случаев заражения, то есть на 10,4% больше, чем в 2005 г. (35 861).

Реальное количество людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВС), намного больше и, по оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, число живущих с ВИЧ/СПИДом в 2006 г. в РФ составляет от 800 тыс. до 1,1 миллиона человек, а это означает, что в России 1–1,4% людей в возрасте от 15 до 49 лет живут с ВИЧ/СПИДом.

За весь период наблюдения было сообщено о 16791 случаях смертей среди зарегистрированных в территориальных центрах по профилактике и борьбе со СПИДом ВИЧ-инфицированных лиц. Незначительное количество умерших относительно зарегистрированных инфицированных ВИЧ можно объяснить недавним развитием интенсивной эпидемии ВИЧ-инфекции в России, однако треть из умерших от СПИДа была зарегистрирована только в последнем, 2006 г., и уже в ближайшие два года прогнозируется быстрое увеличение количества умерших.

Число зарегистрированных живых ВИЧ-инфицированных лиц на 100 000 населения России (пораженность) продолжало увеличиваться и в конце 2006 г. достигло 250,0 по сравнению с 223,6, зарегистрированными в конце 2005 г. Показатель пораженности увеличился к 2006 году в 555 раз по сравнению с аналогичными данными в 1995 году. На конец 2006 г. 0,5% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе 18–24 года было зарегистрировано более 1% ВИЧ-инфицированных.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России находится в концентрированной стадии. К 2006 г. ВИЧ-инфекция в значительной степени распространилась среди инъекционных потребителей наркотиков (в 2006 г. в среднем 12% наркопотребителей инфицированы ВИЧ в РФ), коммерческих сексуальных работников (в 2005 г. в изученных городах от 15% до 48% секс-работников были инфицированы ВИЧ) и, возможно, среди мужчин, имеющих секс с мужчинами.

В последние четыре года в стране происходит передача инфекции от уязвимых групп в основное население половым путем. С 2002 года в стране половым путем преимущественно заражаются молодые женщины. Как следствие, в 2005 г. в стране среди 2,9 миллиона беременных женщин было 0,4% инфицированных ВИЧ (12 836), в 2006 г. показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных не изменился и составил 0,4%. Женщины среди ВИЧ-инфицированных лиц, зарегистрированных в 2006 г., составили 44% (в 2003 г. этот показатель был равен 38,5%). Увеличение пропорции женщин среди ВИЧ-инфицированных лиц свидетельствует о вовлечении в эпидпроцесс гетеросексуального населения. Всего в России зарегистрировано более 117 000 женщин, живущих с ВИЧ. По имеющимся сведениям у них родилось более 32 тысяч живых детей, и из них более 5 тысяч детей родились только в 2006 г.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ. Самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции наблюдаются в индустриальных, экономически-успешных регионах России. Те же административные территории лидируют по общему числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Именно там и будут сконцентрированы негативные последствия эпидемии. В нескольких регионах в 2005 году эпидемия возможно уже перешла в генерализованную стадию, которая характеризуется более чем 1% распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, относящихся к основной популяции. Среди беременных женщин 1–1,8% ВИЧ-инфицированных в 2005 г. было зарегистрировано в 5 регионах: Самарской, Ленинградской, Свердловской, Челябинской и Ульяновской областях. 17 регионов стояли на пороге генерализованной эпидемии, где среди беременных женщин было зарегистрировано 0,7–0,9% ВИЧ-инфицированных в 2005 г.

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

Половым путем при гетеросексуальных контактах были инфицированы 32% от новых случаев ВИЧ-инфекции в 2006 г., по сравнению с 6% в 2001 г. При потреблении наркотиков заразились 66% из выявленных в 2006 г. (в 2001 г. — 93%).

Наивысшие показатели пораженности ВИЧ отмечаются в 15 субъектах Российской Федерации, в этих регионах зарегистрировано живущих с ВИЧ-инфекцией от 0,3% до 0,9% среди всего населения. Среди взрослого населения этих территорий в возрасте 15–45 лет официально зарегистрированы от 0,9 до 1,7% живущих с ВИЧ. Реальное оценочное количество инфицированных среди взрослого населения этих территорий составляет 2–4%. На данных территориях проживает 27% населения страны.

ВИЧ-инфекцией в России чаще всего поражается молодежь. Из всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, у 79% впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 15–30 лет. Женщины заражаются ВИЧ в более молодом возрасте, чем мужчины. Диагноз ВИЧ-инфекции у женщин в 2006 г. выявлялся чаще в возрасте 20–24 года, у мужчин — в возрасте 25–29 лет.

Таким образом, статистические данные указывают на продолжение развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России среди потребителей наркотиков и на расширение эпидемии за счет активизации гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции. Из имеющихся достижений в области предупреждения новых случаев заражения можно лишь констатировать, что имеется отчетливая тенденция к снижению уровня передачи ВИЧ от инфицированных матерей детям, уровень которой к 2005 г. достиг 10,8% против 19,4% на 2001 г. Это снижение связано с внедрением приказа МЗСР РФ о химиопрофилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-препаратов.

По расчетным данным среди зарегистрированных в системе центров СПИДа на конец 2006 г. количество нуждающихся в терапии ЛЖВС возросло до 58 тысяч (18%). Принимая во внимание, что значительная часть зараженных ВИЧ не зарегистрирована, но они в ближайшее время будут выявляться при обращении с клиническими проявлениями иммунного дефицита, следует ожидать существенного увеличения числа нуждающихся в лечении в ближайшие годы.

По данным поведенческих исследований и дозорных сероэпидемиологических исследований в 2005 году в России большинство населения продолжало практиковать рискованное в плане заражения ВИЧ поведение, и пораженность уязвимых групп населения в отдельных городах оставалась очень высокой. Наиболее распространенным рискованным поведением является использование нестерильного инструментария для введения наркотиков, включая иглы, шприцы, общие емкости и другой инструментарий, а также низкая частота использования презервативов. Среди секс-работников в 2004–2005 гг. в России исследователи обнаруживали высокий уровень инфицированных ВИЧ, сравнимый с показателями наиболее пораженных ВИЧ стран мира: от 15% в Москве и Екатеринбурге до 48% в Санкт-Петербурге. Среди ПИН исследователи в 1997–2005 гг. обнаруживали более 50% инфицированных ВИЧ в некоторых городах России: в Иркутске (2001 г.), Калининграде (1997 г.), Твери и Тольятти (2001 г.), около 30% в 2001–2005 гг. в Самаре, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону.

Профилактические мероприятия до настоящего времени в России осуществляются в недостаточном объеме в связи с ограниченным финансированием данного направления работы. В частности, по данным Странового отчета РФ, в рамках выполнения декларации приверженности делу борьбы со СПИДом за 2005 г. охват профилактическими программами уязвимых групп, таких как ПИН, КСР и

МСМ, составляет менее 5%. Масштабная национальная кампания по профилактике ВИЧ-инфекции не была развернута в стране до настоящего времени. При проведении профилактических вмешательств в различных регионах РФ организациями используются различные подходы, и на национальном уровне часто отсутствует информация об объеме и виде осуществленных в регионах программ.

По данным репрезентативного опроса ВЦИОМ, проведенного в марте 2007 г. по заказу Роспотребнадзора, лишь 20% россиян имеют правильное представление о том, как избежать заражения ВИЧ, при этом более 50% считают, что ВИЧ передают комары, и что ВИЧ можно заразиться, питаясь вместе с ВИЧ-инфицированным. Такой низкий уровень знаний уже давно не отмечается во многих странах мира.

Результаты эпидемиологических и поведенческих исследований, проведенных в ряде регионов РФ, отмечают совмещение практик рискованного инъекционного (использование нестерильного, а также общего инструментария для введения наркотиков, приобретение готового раствора наркотика, частота инъекционного употребления) и рискованного сексуального поведения (нерегулярное использование презерватива, сексуальные услуги за вознаграждение, контакты со случайными половыми партнерами) в популяции ПИН, что увеличивает вероятность как инфицирования, так и распространения ВИЧ-инфекции.

По данным Национального научного центра наркологии МЗСР РФ из общего числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) 9,3% имели ВИЧ-позитивный статус. Высокий уровень инфицирования ВИЧ (более 5%) этой категории больных зарегистрирован в 37 регионах, что составляет почти половину территорий (47%). Более 20% ПИН инфицированы ВИЧ в 9 субъектах РФ: это Республика Бурятия — 81,7%, Калининградская — 46,2%, Ленинградская — 33,6%, Тверская — 32,9%, Рязанская — 32,9%, Орловская — 29,0%, Челябинская — 25,1%, Свердловская — 22,3% и Московская области — 20,2%.

Предпосылками и утяжеляющими факторами для развития эпидемии ВИЧ-инфекции на территории РФ кроме рискованного в отношении ВИЧ поведения населения являются широкое распространение инфекций передаваемых половым путем (ИППП), парентеральных вирусных гепатитов, туберкулеза, употребления наркотиков и алкоголя.

Показатель распространенности инъекционного употребления наркотических средств по стране в целом составил 259,7 в расчете на 100 тыс. населения по данным ННЦ Наркологии[2]. В зависимости от региона показатели широко варьировали. Наиболее высокие показатели (выше 0,5% общей численности населения) отмечались в Самарской — 858,2, Кемеровской — 764,9, Тюменской — 612,0, Томской областях — 594,3 и в Алтайском крае — 509,8.

[2] Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 1999–2005 годах, статистический сборник, 2006, 95 с.

В 2005 году в Российской Федерации зарегистрировано 503,6 случая ИППП на 100 000 населения[3]. Среди них наибольшую долю занимает трихомониаз (42,6%), на втором месте по распространенности хламидийная инфекция (19%). Несколько ниже, но практически равную долю занимают гонококковая инфекция (14,2%) и сифилис (13,6%). В течение последних пяти лет наблюдается тенденция снижения большинства регистрируемых инфекций, передаваемых половым путем, как в общей популяции, так и среди детского населения. В течение последних пяти лет из числа вновь выявленных больных ИППП 0,4% являются инфицированными ВИЧ.

В России преимущественно циркулируют варианты ВИЧ-1 группы М, исследователи обнаруживали 7 субтипов ВИЧ-1[4, 5], A, B, C, D, F, G, H. Кроме того, на территории страны были выявлены рекомбинантные формы ВИЧ-1: CRF03_AB, CRF01_AE, CRF02_AG и gagDenvG[6]. Наиболее часто в России встречается субтип А и рекомбинантная форма субтипов А/В (этот вариант ВИЧ-1 циркулирует преимущественно в Калининградской области и нескольких других регионах северо-запада страны), которые распространяются среди потребителей наркотиков и гетеросексуального населения; среди мужчин имеющих секс с мужчинами, преобладает субтип В. По мере развития эпидемии варианты ВИЧ-1 подтипа А получают все большее распространение в нашей стране и на 2005 г. составляли более 94% от общего числа зарегистрированных случаев[7]. По результатам имеющихся исследований, варианты ВИЧ, резистентные к антиретровирусным препаратам, пока не получили широкого распространения на территории страны.

Большинство российских граждан заразилось ВИЧ в 2000–2002 гг., а заболеют СПИДом в среднем через 8–10 лет после заражения. Поэтому больных СПИДом зарегистрировано в России на конец 2006 г. относительно немного — 3352 человек, из них умерли 2556 человек. Количество людей живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), нуждающихся в АРТ, серьезно возрастет в последующие 5 лет. По оценочным дан-

[3] Иванова М.А. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, и демографическая ситуация // *Вестник последипломного образования*, 2006, № 3–4, с. 63–67.

[4] Bobkov A.F., Samokhvalov E.I., Lvov D.K., Bobkova M.R., Pokrovsky V.V., Weber J.N. Absence of viral transmission in injecting drug users in Russia // The Lancet. — 2001. — Vol 358. — № 9286. — P. 1016–1017.

[5] Bobkov A., Kazennova E., Khanina T., Bobkova M., Selimova L., Kravchenko A., Pokrovsky V., Weber J. An HIV Type 1 Subtype A strain of low genetic diversity continues to spread among injecting drug users in Russia: study of the new local outbreaks in Moscow and Irkutsk // AIDS Res Hum Retroviruses. — 2001. — Vol 17. — № 3. — P. 257–261.

[6] Бобкова М.Р. Молекулярно-генетические методы в изучении эпидемиологии инфекций, возбудители которых передаются парентеральным путем. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора биологических наук, Москва, 2002, 44 с.

[7] А.Ф.Бобков, Е.В. Казеннова, Л.М. Селимова, Т.А. Ханина, Н.Н. Ладная, М.Р. Бобкова, А.В. Кравченко, Г.С. Рябов, А.Л. Суханова, Е.В. Буравцова, В.В. Покровский, Дж. Вебер. Молекулярно-вирусологические особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в России и других странах СНГ. Вестник РАМН.

ным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом к концу 2010 г. в России будут нуждаться в терапии 467 000 ЛЖВС.

На конец 2004 года всего 2773 человека, а в 2005 г. — 4847 человек, получали высокоактивную антиретровирусную терапию, что составило менее 10% нуждающихся в АРТ людей живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Быстрое расширение доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) для нуждающихся впервые происходило в 2006 г., когда терапию получили 18,5 тысячи ЛЖВС, благодаря подключению различных механизмов финансирования. Доступ к лечению при ВИЧ-инфекции возрос в связи с выделением государственных средств, средств двух проектов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ), средств займа Всемирного банка. Планируется, что к концу 2009 г. лечение будут получать свыше 60 000 человек.

КООРДИНАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРОВ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЕ УСЛОВИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МиО

На современном этапе необходимо осуществлять согласованные и скоординированные мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, поскольку при отсутствии должной координации отдельным направлениям противодействия эпидемии уделяется непропорциональное значение и не соблюдаются приоритеты при расходовании средств.

Для разработки и осуществления эффективной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и предотвращения несогласованности проводимых мероприятий ЮНЭЙСД предложил странам концепцию «Трех ключевых принципов», которых должны придерживаться все участники борьбы с эпидемией.

Концепция «Трех ключевых принципов» была принята 25 апреля 2004 г. и включает три единых взаимообуславливающих компонента, к которым относятся:

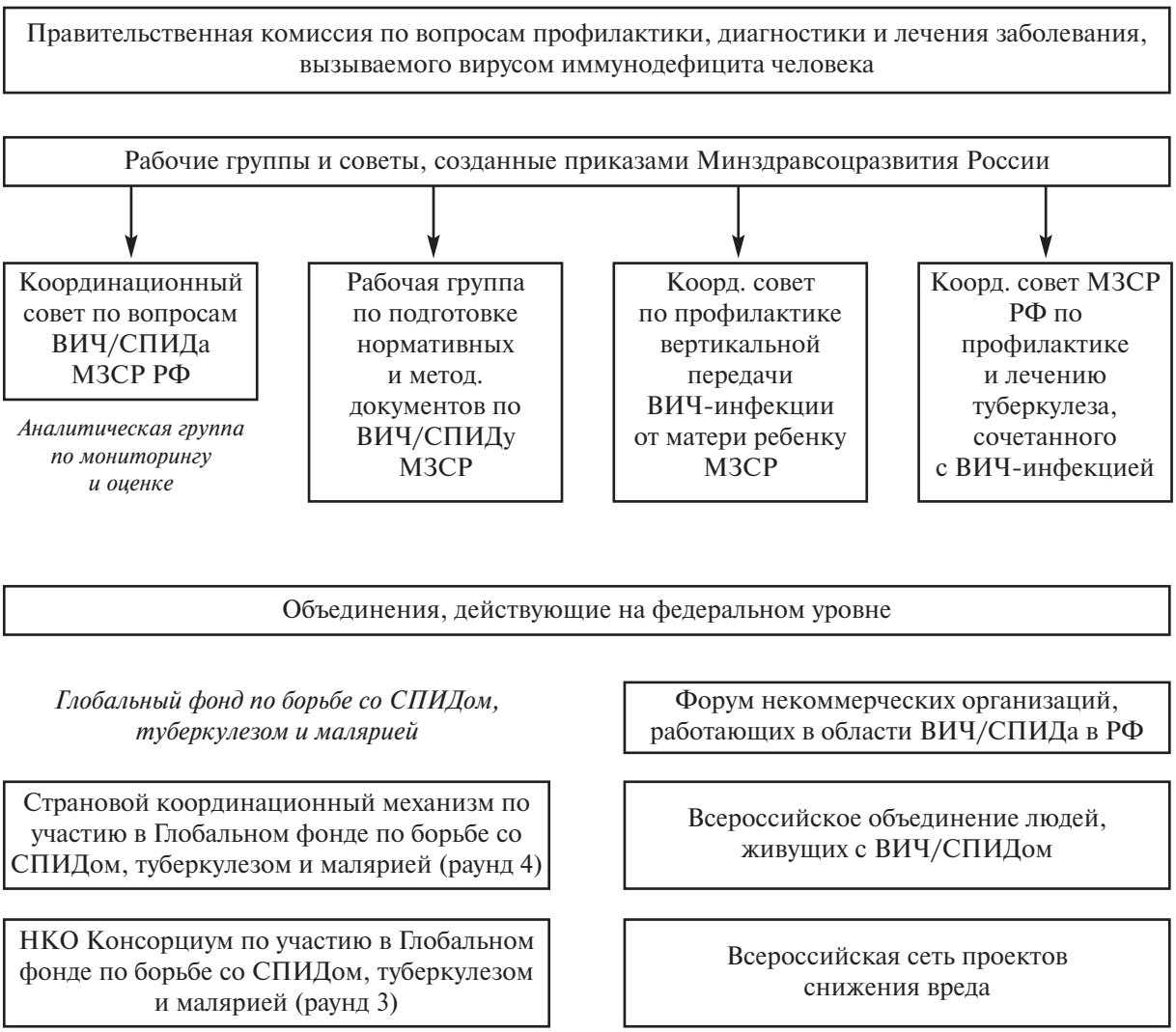
- единая согласованная программа действий по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИДа, обеспечивающая основу для координирования работы всех партнеров;
- единый национальный координирующий орган по вопросам СПИДа с широким многосекторным мандатом;
- единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне всей страны.

Применение трех ключевых принципов позволит повысить эффективность противодействия ВИЧ/СПИДу в России при улучшении координации. Применение этих принципов способствует выполнению обещаний, данных Россией на международном уровне (специальная сессия ГА ООН, Большая восьмерка). Многие элементы

концепции «Трех ключевых принципов» уже применяются в России, и страна обладает большим потенциалом, что позволяет обеспечить эффективную и полномасштабную координацию[8].

На рисунке 1 приводятся имеющиеся органы и объединения организаций, занимающиеся деятельностью в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Данная диаграмма была приведена в докладе «Координация усилий по противодействию ВИЧ/СПИДу на национальном уровне» Бертила Линдблада, главы представительства ЮНЭЙДС в РФ, 15 декабря 2005.

Рисунок 1.
Координационные органы и объединения организаций в области ВИЧ/СПИДа в России



[8] Доклад «Координация усилий по противодействию ВИЧ/СПИДу на национальном уровне» Бертил Линдблад, Глава Представительства ЮНЭЙДС в РФ, Совещание по вопросу обеспечения населению Российской Федерации универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции Москва, 15 декабря 2005.

Во многих странах координирующие органы первоначально были созданы при Министерствах здравоохранения, как правило, эти комитеты следили за исполнением политических решений, которые принимались на более высоком уровне и не имели широких полномочий, в том числе полномочий контроля деятельности других министерств и различных секторов. Поэтому во многих странах координирующие органы впоследствии были созданы на более высоком уровне. Наиболее эффективная работа по противодействию эпидемии была налажена в странах, где координирующий орган был создан при правительстве государства под председательством одной из основных персон, руководящих государством.

К наиболее значительным структурам и механизмам, участие которых позволит обеспечить эффективное противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции, относятся:

1. Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.
2. Страновой координационный механизм по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.
3. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
4. Министерство иностранных дел Российской Федерации.
5. Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации.
6. Министерство внутренних дел Российской Федерации.
7. Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков.
8. Министерство регионального развития Российской Федерации.
9. Министерство культуры и массовых коммуникаций РФ.
10. Министерство финансов Российской Федерации.
11. Министерство образования и науки Российской Федерации.
12. Министерство юстиции Российской Федерации.
13. Министерство обороны Российской Федерации.
14. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
15. Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИДа.
16. Рабочая группа по подготовке нормативных документов по ВИЧ/СПИДу.

17. Координационный совет по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
18. Территориальные, окружные и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.
19. Общественные организации и объединения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.
20. Международные организации, осуществляющие крупные проекты по ВИЧ-инфекции в России.

Успех национальной системы мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции во многом зависит от наличия национального координирующего органа высокого уровня с широкими межсекторными полномочиями, который сможет объединить различные организации, представляющие государственный сектор, в том числе министерства, ведомства и негосударственный сектор, включая международные организации. Как видно из представленного выше, сбор данных из многочисленных структур является непростой задачей, поскольку многие из структур являются неподотчетными нынешним организациям, осуществляющим мониторинг и оценку в области ВИЧ-инфекции.

В основе многих имеющихся в 2006 г. проблем в отношении как мониторинга и оценки, так и непосредственно мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции лежит отсутствие эффективной координации деятельности различных секторов. Только при тесном взаимодействии и координации различных секторов можно определить текущее положения дел в области профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, оценить имеющиеся ресурсы, определить приоритетные потребности и провести планирование мероприятий по совершенствованию противодействия эпидемии, и в том числе оптимизировать национальную систему мониторинга и оценки. Важным условием деятельности по координации различных секторов является руководство высокопоставленным политиком национальным координирующим органом и участие в работе этого координирующего органа всех вовлеченных секторов. В настоящее время различными организациями осуществляется мониторинг программ и проектов в области ВИЧ-инфекции, в том числе национального приоритетного проекта в области здравоохранения, подпрограммы АнтиВИЧ/СПИД, крупных международных проектов. Разобщенность данных проектов основана на различных источниках финансирования и разных страндартах отчетности. Многие основные составляющие системы мониторинга и оценки уже работают, но в настоящее время их деятельность плохо согласована и координирована; всеобъемлющей системы мониторинга и оценки пока не существует. В России в настоящее время происходит интенсивный сбор информации по программе мониторинга и оценки. В основе существующей системы сбора данных по мониторингу и оценке лежит система надзора и контроля по вопросам ВИЧ-инфекции и

СПИДа, разработанная Министерством здравоохранения и социального развития. Ее основное достоинство — систематический сбор данных о ВИЧ-инфекции и СПИДе во всех регионах Российской Федерации. Опыт создания региональных моделей мониторинга и оценки профилактических программ в области ВИЧ-инфекции имеют Алтайский край и Волгоградская область, однако имеющиеся системы не охватывают весь комплекс мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа[9].

Эффективная система МиО наиболее эффективно функционирует, если отдел МиО является составной частью национально координирующего органа. Система мониторинга и оценки должна координировать и оказывать поддержку в сборе данных МиО, полученных в регионах страны в разных секторах и разными способами. Фрагментарный сбор различных данных по МиО не может выполнять функции системы мониторинга и оценки, для функционирования которой необходима эффективная общая координация деятельности. Функции секретариата по МиО может выполнять выбранная национальным координирующим органом организация.

В 2007 г. функции МиО выполняла аналитическая группа по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Она была создана в 2005 г. с целью налаживания единой системы мониторинга и оценки в России.

Перед группой были поставлены следующие цели и задачи:

- Развитие и внедрение национальных стандартов и целей по МиО.
- Проведение исследований на основе национальных и международных принципов и практики.
- Утверждение и обновление списка индикаторов для национальной системы МиО.
- Разработка национального плана по сбору информации.
- Разработка национальных стандартов по сбору данных и анализу методологии и процедур.
- Консультирование по применению собранной информации, а также информации в рамках специализированных исследований — по запросу национальных и международных организаций, работающих в РФ.

[9] Региональная модель мониторинга и оценки эффективности профилактических программ в области ВИЧ-инфекции. Султанов Л.В., Григорьев С.И., Демьяненко Э.Р., Максимова С.Г., Барнаул 2005 г.

- Подготовка Странового отчета по реализации Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.
- Консультирование по вопросам проведения исследований в сфере ВИЧ/СПИДа.
- Помощь в идентификации пробелов в сфере предоставления услуг и оценки численности уязвимых групп населения.
- Поддержка развития качественной контрольной системы по МиО для обеспечения своевременного сбора достоверных и полных данных.
- Консультирование по подготовке отчетов и правовых документов.
- Обучение по вопросам мониторинга и оценки деятельности по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции.

Однако полномочия и возможности данной группы весьма ограниченны в связи с тем, что множество вовлеченных в противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции организаций не обязаны отчитываться перед этой структурой о результатах своей работы. В работе аналитической группы по МиО не участвуют ведущие специалисты по профилактике, надзору, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции. В данной связи для поддержки работы аналитической группы по МиО в 2005 г. был создан коллегиальный орган — рабочая группа по МиО на национальном уровне, которая отрабатывает механизмы осуществления МиО в стране и принимает решение о внесении необходимых изменений в систему МиО. Рабочая экспертная группа (РЭГ) создана Координационным советом по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации. Данный орган состоит из экспертов — представителей государственных органов, общественных объединений и организаций, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа.

Цель — развитие и внедрение национальных стандартов и целей по МиО, проведение исследований, основываясь на национальных и международных принципах и практике.

В течение 2006–2007 года Рабочая экспертная группа провела работу по созданию и утверждению национальных индикаторов для МиО в области профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции, данные индикаторы представлены в настоящем документе.

В 2006 г. был создан сайт http://www.infomio.ru Аналитической группы по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации на котором оперативно размещается информация по мониторингу и оценке в области ВИЧ-инфекции.

СТРАТЕГИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МиО

Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, должна делегировать полномочия по по мониторингу и оценке или организовать структуру, уполномоченную осуществлять МиО эффективности мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на национальном уровне в Российской Федерации.

Группы МиО по ВИЧ /СПИДу на региональном уровне должны быть утверждены на заседаниях региональных межведомственных комиссий по ВИЧ /СПИДу.

Сформированная система МиО должна действовать на региональном и федеральном уровне и отслеживать как ход выполнения программ по ВИЧ-инфекции, так и ход выполнения различных проектов в области ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации. Региональные партнеры — группы по МиО на уровне субъектов Федерации должны производить сбор и аккумулирование информации по регионам РФ и обеспечивать передачу данной информации ежемесячно не позднее 10-го числа следующего за отчетным месяца. Федеральные структуры, к которым относятся как организации проводящие сбор данных на уровне федеральных округов, так и на уровне Российской Федерации вцелом производят сбор информации с региональных уровней и федерального уровня и докладывают результаты в орган по мониторингу и оценке Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, Роспотребнадзор и вовлеченные организации не позднее 15-го числа следующего за отчетным месяца. Ключевыми организациями, осуществляющими практическую работу по мониторингу и оценке в области ВИЧ-инфекции, на протяжении более 15 лет являются территориальные, окружные и федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Финансирование деятельности структуры уполномоченной осуществлять МиО может производится как из государственных средств, так и из международных средств, в частности средств ЮНЭЙДС и ПРООН.

Принципиальным является межведомственный характер взаимодействия, отражающий комплексный подход, достаточно большое количество партнеров и источников информации для МиО. Необходимо также подчеркнуть важность не только сбора данных, но и диссеминации результатов анализа информации.

На основании ранее созданных структур по МиО в области профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции должны быть отработаны механизмы осуществления МиО в стране. В 2007 г. на базе межсекторальных комитетов в области ВИЧ-инфекции целесообразно организовать структуры в регионах РФ, ответственные за осуществление МиО в регионах и своевременную передачу информации по выбранным индикаторам на национальный уровень. Рабочая группа должна свое-

временно принимать решение о внесении необходимых изменений в систему МиО и информировать об успехах, полученных в ходе создания системы МиО.

На основании утвержденных индикаторов должна быть создана унифицированная база данных индикаторов, мероприятий и материалов о ходе реализации различных проектов по борьбе с ВИЧ-инфекцией в России на федеральном и региональном уровнях и определена методология сбора информации по мониторингу и оценке. Основное практическое значение разработанной системы мониторинга будет заключаться в повышении эффективности осуществляемых мероприятий по противодействию распространению эпидемии ВИЧ-инфекции. Параллельно до конца 2007 г. должна быть создана единая унифицированная компьютерная система мониторинга выполнения мероприятий по предупреждению распространения на территории Российской Федерации вируса иммунодефицита человека для оценки эффективности и повышения качества осуществляемых профилактических, противоэпидемических и терапевтических мероприятий. Для разработки компьютерной системы мониторинга, выполнения мероприятий по предупреждению распространения на территории Российской Федерации вируса иммунодефицита человека необходимо определить стратегию осуществления мероприятий по мониторингу противодействия эпидемии. Методика осуществления данного мониторинга позволит оценивать адекватность реализации всего комплекса мероприятий по борьбе со СПИДом и в частности: федеральных и региональных программ АнтиВИЧ/СПИД, приоритетного национального проекта в области здравоохранения, проекта займа Всемирного банка, проектов Глобального фонда и других проектов и мероприятий. При анализе полученных данных будет сделан вывод об эффективности проводимых мероприятий и даны рекомендации по оптимизации работ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на федеральном и региональном уровнях.

ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

В соответствии с целями и задачами программы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в России должна быть проведена работа созданию системы организаций, осуществляющих мониторинг и оценку в области ВИЧ-инфекции, определению и отбору индикаторов, источников и методов сбора информации. Таким образом, необходимо:

- Создание уполномоченного единого органа по мониторингу и оценке в области ВИЧ-инфекции при правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

- Создание региональных структур по МиО в субъектах Российской Федерации.
- Определение схемы взаимодействия региональных и федеральных структур и порядка передачи информации.
- Совершенствование индикаторов МиО в облсти ВИЧ-инфекции.
- Создание стратегии распространения результатов.

По многим этапам уже ведется работа, однако важно создать единую систему мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции и придать ей легитимность.

ИНДИКАТОРЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

При закрытии исторической специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (СС ГА ООН) по ВИЧ/СПИДу, состоявшейся в июне 2001 года, 189 государств-участников приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Декларация о приверженности оказывает поддержку цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, — к 2015 году остановить и повернуть вспять эпидемию ВИЧ/СПИДа. Признавая потребность в осуществлении межсекторальных воздействий, Декларация о приверженности предусматривает ответные меры на глобальном, региональном и уровне стран расширения доступа к услугам в области профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции. Согласно Декларации о приверженности, успех в борьбе против СПИДа определяется достижением конкретных целевых задач с указанием сроков их реализации. Данная Декларация призывает обеспечить всесторонний мониторинг хода выполнения согласованных обязательств и предусматривает представление Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций ежегодного доклада о ходе выполнения. Такие доклады предназначены для того, чтобы определить проблемы и ограничивающие факторы и представить рекомендации по ускорению реализации целевых задач, поставленных в Декларации. В соответствии с такими полномочиями в 2002 году Секретариат ЮНЭЙДС в сотрудничестве с коспонсорами ЮНЭЙДС и другими партнерами разработал ряд ключевых показателей для измерения хода реализации Декларации о приверженности.

Эти ключевые показатели были сгруппированы в четыре широкие категории:

- приверженность и действия на национальном уровне;
- знания и поведение на национальном уровне;
- воздействие на национальном уровне;
- приверженность и действия на глобальном уровне.

После разработки показателей подразделение ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке представило четкие определения для каждого показателя и механизмы для постоянного сбора информации.

В 2003 году 103 государства представили национальные отчеты в ЮНЭЙДС, основанные на первоначальных ключевых показателях. Для оперативного использования в странах ЮНЭЙДС предложил компьютерную информационную систему мониторинга ответных мер в странах (КРИС). Эта же компьютерная программа используется на глобальном уровне для отслеживания ответных мер в странах в соответствии со стандартными показателями.

В рамках мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом в 2005 г. для стран с концентрированной эпидемией или эпидемией с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции был разработан отдельный набор из девяти ключевых показателей[10]. Российская Федерация подготовила в 2005–2006 г. и представила по данному набору индикаторов два отчета страны о выполнении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Национальные показатели важны по двум причинам. Во-первых, они помогают отдельным странам оценивать эффективность своих национальных ответных мер, что усиливает значение включения таких показателей в национальные рамки для мониторинга и оценки. Ключевые показатели на национальном уровне подразделяются на три категории:

- *приверженность и действия на национальном уровне*;
- *знания и поведение на национальном уровне*;
- *воздействие программ на национальном уровне*.

Глобальные показатели предназначены для того, чтобы получить информацию об уровнях международной поддержки ключевых элементов глобальных мер в ответ на ВИЧ/СПИД, а также определить тенденции в оказании такой поддержки. Эти показатели позволяют измерить финансовую помощь со стороны доноров для борьбы с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов, объем государст-

[10] Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Руководящие принципы по разработке ключевых показателей ЮНЭЙДС, 2005.

венных средств, выделяемых на исследования и разработку вакцин и микробицидов, а также процент транснациональных компаний и международных организаций, осуществляющих политику/программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах. В свете международных требований к процессу сбора данных ЮНЭЙДС и ее партнеры несут ответственность за расчет глобальных показателей.

Данные по ключевым индикаторам наша страна ежегодно в 2005–2006 гг. предоставляла ЮНЭЙДС в связи с подписанием Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Генеральной Ассамблеи ООН.

Девять ключевых показателей для концентрированных эпидемий или эпидемий с низким показателем распространенности ВИЧ, 2005 г.

- Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов.
- Национальный комбинированный индекс политики.
- Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
- Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые охвачены программами профилактики ВИЧ/СПИДа.
- Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), которые правильно представляют себе способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и знают, как ВИЧ не передается.
- Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.
- Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.
- Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее передачу ВИЧ, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и пользующихся презервативами, за последние 12 месяцев.
- Процент (групп населения, которым грозит самый высокий риск), инфицированных ВИЧ. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

В 2007 г. ЮНЭЙДС произвел переработку списка индикаторов мониторинга и оценки эффективности мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, в результате данной работы индикаторы были унифицированы для всех стран,

включая страны с эпидемиями низкого уровня, концентрированными и генерализованными эпидемиями ВИЧ-инфекции[11]. Кроме того новая версия индикаторов мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции позволяет более точно оценивать ситуацию по ВИЧ-инфекции как в странах, так и на мировом уровне и способствует лучшему пониманию эффективности мер противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Вместе с тем по некоторым из обновленных индикаторов недостаточно отработана методика расчета, и вероятно будет проведена дополнительная работа в данной области. Ниже приводится список ключевых показателей по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом по версии 2007 г.

ИЗМЕНЕНИЯ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЮНЭЙДС ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДом, 2007 Г.

Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне.

1. Расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования.
2. Национальный комбинированный индекс политики.

Показатели для национальных программ.

3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества.
4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию.
5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку.
6. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ.
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

[11] Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting, UNAIDS, 2007.

8. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты ВИЧ.

9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ.

10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.

11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года.

Показатели, характеризующие знания и поведение.

12. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет.

13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.

18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.

19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта.

21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

Показатели, характеризующие воздействие.

22. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ.

23. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ.

24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала.

25. Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ УНИВЕРСАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, УХОДУ И ПОДДЕРЖКЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Значительную роль в определении индикаторов мониторинга и оценки в области ВИЧ-инфекции сыграл процесс определения целей универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

8 июля 2005 года лидеры стран «Большой восьмерки» призвали ЮНЭЙДС, ВОЗ и другие международные организации поддержать разработку и внедрение комплекса мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией с целью максимально возможного обеспечения всеобщего доступа для всех нуждающихся к 2010 году.

В сентябре 2005 года на всемирном саммите Генеральной Ассамблеи ООН страны-участницы, включая Россию, взяли на себя обязательства по разработке национальных стратегий и планов по ВИЧ/СПИДу, которые позволили бы обеспечить к 2010 году максимально близкий к универсальному доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией. На основе взятых обязательств страны провели всесторонние национальные, а впоследствии и региональные, консультации, на которых они обсудили приоритеты в сфере расшире-

ния комплексных мер в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции, определили критические препятствия и возможности на пути обеспечения универсального доступа к 2010 году.

В ходе заседания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН в июне 2006 года правительства всех стран-членов ООН взяли на себя обязательство установить к концу 2006 года национальные цели по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией в своих странах, что отражено в Политической декларации 2006 года, п. 49.

В Российской Федерации обсуждение процесса обеспечения универсального доступа началось в декабре 2005 года, когда, в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РФ в целях разработки национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа при поддержке ЮНЭЙДС и методической поддержке Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, состоялось первое национальное совещание по данному вопросу.

Совещание стало первым опытом комплексной оценки ситуации в РФ и выбора целей для достижения универсального доступа к 2010 г. В ходе его работы участники провели анализ текущего состояния эпидемии ВИЧ-инфекции в России и попытались оценить степень доступности мероприятий по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, обозначить основные проблемы и возможные пути их преодоления, а также наметить цели по охвату профилактикой и лечением, что в целом позволит достичь поставленной задачи.

В первом национальном совещании приняли участие ведущие специалисты Минздравсоцразвития РФ, Минобороны РФ, Минобрнауки РФ, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы исполнения наказаний, Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, окружных и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, Всероссийской сети снижения вреда, проекта «Глобус», Национального форума НГО, работающих в области ВИЧ/СПИДа, сообщества людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, фонда «Российское здравоохранение», руководители агентств ООН в Российской Федерации, представители региональных офисов ВОЗ и ЮНЭЙДС, а также донорских организаций.

Признавая важность данной проблемы, Министерство здравоохранения и социального развития РФ выступило организатором региональной консультации стран Содружества Независимых Государств (СНГ) в Москве 1–2 марта 2006 года. Региональная консультация, поддержанная Исполнительным комитетом СНГ и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), позволила выявить и обсудить общие для стран СНГ проблемы и препятствия на пути к обеспече-

нию универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции к 2010 году и определить действия на страновом, региональном и глобальном уровнях в решении проблем.

После заседания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН 2006 года, в ходе которого Российская Федерация в числе других стран-членов ООН взяла на себя обязательство установить к концу 2006 года национальные цели по обеспечению доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке, в стране была начата работа группы экспертов по разработке целей универсального доступа. Группа экспертов Минздравсоцразвития РФ, Роспотребнадзора, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, НПО и международных организаций провела работу по выбору национальных индикаторов и приоритетных целей из уже утвержденных на национальном совещании по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

Выбор индикаторов и разработка целей основывались на оценке текущей ситуации по ВИЧ-инфекции и тенденций дальнейшего развития эпидемии и ее последствий, анализе основных документов, регламентирующих достижение универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в РФ, оценке имеющихся потребностей в области противодействия эпидемии для достижения универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, определении приоритетных проблем в достижении целей универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке к 2010 году в Российской Федерации и возможных путей решения.

В конце 2006 г. выбранные приоритетные цели в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции были представлены на рассмотрение специалистов государственных, неправительственных и международных организаций, работающих в области противодействия ВИЧ-инфекции в России и в странах СНГ, и обсуждены в ходе ряда 3 наиболее крупных совещаний по ВИЧ-инфекции:

- На второй региональной консультации по универсальному доступу в рамках расширенного заседания Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа государств — участников СНГ при поддержке ЮНЭЙДС, Москва, 8–9 ноября 2006 г.
- На совещании «Координация усилий гражданского общества Российской Федерации на пути обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции», Москва, 24 ноября 2006 г.
- На совещании по подведению итогов реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С, Суздаль, 5 декабря 2006 г.

Следует отметить активное участие гражданского общества в процессе постановки национальных целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2010 года.

Обеспечение информационной поддержки и разработка механизма сбора информации были организованы силами Международной коалиции по готовности к лечению (ITPC) при активном участии сетевых организаций и технической поддержке ЮНЭЙДС в РФ. Приглашения принять участие в процессе определения целей универсального доступа и соответствующая информация распространялись по всем существующим рассылкам, в которых задействованы региональные общественные и государственные организации, для их информирования и привлечения к работе во всех регионах России. Все необходимые документы и таблица с индикаторами были размещены на русскоязычном информационном ресурсе Международной коалиции по готовности к лечению (ITPC) (http://www.itpcru.org/targets). Таким образом, удалось обеспечить постоянный доступ и распространить информацию среди широкого круга организаций, работающих в регионах Российской Федерации.

8 и 11 декабря 2006 года полученные документы были рассмотрены рабочей группой. В состав группы вошли эксперты Всероссийского объединения ЛЖВ, Всероссийской сети снижения вреда, Национального форума НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа. Члены рабочей группы проанализировали все присланные заполненные таблицы и учли приведенные комментарии. В результате обобщения и обсуждения поступивших предложений был сформирован список индикаторов и целей до 2010 года.

Большинство индикаторов, разработанных экспертами Роспотребнадзора и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, были приняты (с дополнениями и уточнениями). В список были включены индикаторы, которые являются важными, по мнению общественных организаций.

В конце декабря состоялось заседание экспертов, представляющих государственные и общественные организации, при участии и технической поддержке агентств ООН. В ходе встречи они обсудили список целей и индикаторов. По результатам встречи экспертами Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом была подготовлена справка «Процесс разработки целей универсального доступа к 2010 году для Российской Федерации в рамках концепции универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом».

В декабре 2006 года проект списка национальных целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации с учетом всех предложений и дополнений, внесенных специалистами государственных организаций и представителями гражданского общества, были широко распространены для согласования в 268 организаций, вовле-

ченных в противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции. По итогам рассылки были получены комментарии от 46 организаций.

В результате проект национальных целей был разработан совместно Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, окружными и региональными центрами по профилактике и борьбе со СПИДом, Национальным форумом НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа, Всероссийским объединением людей, живущих с ВИЧ и Всероссийской сетью снижения вреда при поддержке ЮНЭЙДС в РФ.

Согласованный документ по национальным целям в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции был рассмотрен на заседании Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития РФ, 30 января 2007 г. Участники заседания Координационного совета отметили целесообразность направления документа на рассмотрение Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Отделу организации надзора за ВИЧ/СПИДом Роспотребнадзора совместно с Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу было поручено внести предложения по вопросу о порядке утверждения и дальнейшего использования разработанных индикаторов и целей по достижению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции для Российской Федерации.

Из протокола заседания Координационного совета:

3. О процессе постановки целей по достижению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в странах мира и Российской Федерации: обзор текущей ситуации.

3.1. Принять к сведению информацию об инициативе по достижению универсального доступа к средствам профилактики, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции к 2010 году.

3.2. Считать целесообразным внести вопрос о перспективах достижения в Российской Федерации универсального доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для обсуждения в повестку дня Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.

3.3. Отделу организации надзора за ВИЧ/СПИДом совместно с Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации проработать вопрос о порядке утверждения и дальнейшего использования разработанных индикаторов и целей по достижению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции для Российской Федерации.

Согласованный документ по национальным целям по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2010 года была представлена и обсуждена, кроме того, на заседании странового координационного механизма по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в Российской Федерации, 21 февраля 2007 г. и заседании рабочей экспертной группы по мониторингу и оценке Роспотребнадзора 27 февраля 2007 г.

7 марта 2007 г. согласованный документ по национальным целям в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции направлен на рассмотрение и утверждение Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

Национальные цели по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации к 2010 году

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
			ПРОФИЛАКТИКА		
1. Молодежь (мужчины и женщины) 15–24 года правильно называют пути предотвращения передачи ВИЧ и отрицают неправильные представления о ВИЧ-инфекции	Исходное значение находится в диапазоне от 18,5% (Глобус, 2006 г.) до более 70%	70%	95%	**Числитель:** Число респондентов (мужчин, женщин) 15–24 лет, давших правильные ответы на все пять перечисленных ниже вопросов. **Знаменатель:** Число респондентов (мужчин, женщин) 15–24 лет, которые дали ответы (в том числе «не знаю») на все пять вопросов Респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ/СПИДе, должны быть исключены из числителя, но включены в знаменатель.	Специальные исследования Респондентам задают ряд вопросов: 1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером? 2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы? 3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ? 4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара? 5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?
2. Охват молодежи в возрасте 15–24 года (*либо по предложениям специалистов охват населения 15–40 лет)* профилактическими программами по ВИЧ-инфекции	Исходное значение находится в диапазоне от 40% (Глобус, 2006 г.) до более 80%	80%	95%	**Числитель:** Число респондентов, которые получили доступ к программам профилактики за последние 12 месяцев. **Знаменатель:** Численность населения, которое включено в выборку для исследования	Специальные исследования

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
3. Процент представителей уязвимых групп: – ПИН – КСР – МСМ, охваченных профилактическими программами *	Репрезентативные данные по РФ отсутствуют, по имеющимся данным менее 20%	Не менее 10% в каждой из групп	Не менее 30% в каждой из групп либо *35% по предложениям специалистов*	**Числитель:** Число респондентов групп риска, которые получили доступ к программам профилактики за последние 12 месяцев. **Знаменатель:** Численность населения, которое включено в выборку для исследования (А), или методы оценки заболеваемости для определения численности подверженного наибольшему риску населения для знаменателя (если данные собираются при помощи документации по мониторингу программы) (В)	Специальные исследования или программный мониторинг
4. Охват полным курсом химиопрофилактики беременных ВИЧ-позитивных женщин	В 2006 г. По данным Роспотребнадзора на декабрь **2006 г. – 70%**	Не менее 80%	Не менее 85%	**Числитель:** Число пар мать–ребенок ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс антиретровирусной профилактики (во время беременности, в родах и новорожденному) в целях снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку в соответствии с национальным протоколом, за последние 12 месяцев. **Знаменатель:** Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, закончивших беременность родами	Данные форм федерального государственного статистического наблюдения и сводный ежемесячный отчет по форме «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» Нацпроект по ВИЧ

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
5. Охват (какой-либо) химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей	В 2005 г. – 94%	Не менее 95%	Не менее 98%	**Числитель:** Число беременных и детей, получивших химиопрофилактику вертикальной передачи **Знаменатель:** Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, закончивших беременность родами и новорожденных детей	Данные форм федерального государственного статистического наблюдения
6. Доступность тестирования, сопровождаемого до- и послетестовым консультированием для всех, проходящих обследование на ВИЧ, в соответствии с Федеральным законом о СПИДе	Нет данных, по оценкам доступность тестирования всеобщая, доступность консультирования низкая	80%	90%	**Числитель:** Число людей прошедших тестирование, сопровождаемое до- и послетестовым консультированием **Знаменатель:** Число людей желающих пройти тестирование на ВИЧ	Специальные исследования (респондентам задают ряд вопросов о **тестировании** и **консультировании**) Программный мониторинг: составляются и собираются документы в рамках программ, предоставляющих указанные услуги

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
			ЛЕЧЕНИЕ		
7. Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВС	По данным Роспотребнадзора на декабрь 2006 г. • среди ЛЖВС находящихся на диспансерном наблюдении – **67%**, • среди зарегистрированных ЛЖВС – **25%**	Не менее 60 %	Не менее 80%	**Числитель:** Число людей, нуждающихся и получающих комбинированное антиретровирусное лечение в соответствии с утвержденным национальным протоколом лечения. Числитель рассчитывается следующим образом: количество людей, которые проходят лечение в начале года, плюс количество людей, которые в течение последних 12 месяцев начали лечение, минус количество людей, для которых в течение последних 12 месяцев лечение закончилось (включая умерших). **Знаменатель:** Число ЛЖВС нуждающихся в АРВТ среди зарегистрированных ЛЖВС (*либо по предложениям специалистов центров СПИДа среди ЛЖВС находящихся на диспансерном наблюдении)*	Данные форм федерального государственного статистического наблюдения и сводный ежемесячный отчет по форме «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» Нацпроект по ВИЧ

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
8. Охват диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний нуждающихся ЛЖВС	Нет данных, по оценкам менее 50%	Не менее 50%	Не менее 70%	**Числитель:** Число людей, получивших диагностические обследование и лечение при ОЗ и ко-инфекциях в соответствии со стандартами лечения в РФ **Знаменатель:** Число ЛЖВС нуждающихся в диагностике и лечении при ОЗ и ко-инфекциях, среди находящихся на диспансерном наблюдении	Данные форм федерального государственного статистического наблюдения и сводный ежемесячный отчет по форме «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» Нацпроект по ВИЧ
УХОД И ПОДДЕРЖКА					
9. Организация диспансерного наблюдения за ЛЖВС (регулярное обследование не менее 1 раза в год в соответствии со стандартами	В 2005 г. 42% (ф. № 61)	Не менее 60% от числа выявленных ВИЧ-позитивных	Не менее 75% от числа выявленных ВИЧ-позитивных	**Числитель:** Количество официально зарегистрированных ЛЖВС, прошедших обследование не менее 1 раза за последний год в соответствии со стандартами лечения в РФ **Знаменатель:** Общее количество зарегистрированных ЛЖВС, проживающих на территории (исключая умерших и выбывших)	Данные форм федерального государственного статистического наблюдения и сводный ежемесячный отчет по форме «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» Нацпроект по ВИЧ

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
10. Охват психосоциальной (ПС) помощью нуждающихся ВИЧ-позитивных лиц и членов их семей	Нет данных, по оценкам не более 30%	До конца 2007 разработаны и утверждены стандарты качества психосоциальной (ПС) помощи	Не менее 80%	**Числитель:** Число людей, получивших психосоциальную помощь в соответствии со стандартами / Число нуждающихся ЛЖВС, которым была оказана как минимум одна из следующих услуг: • поддержка в виде медицинской помощи в течение последних 12 месяцев; • психо-эмоциональная поддержка в течение последних 3 месяцев; • поддержка, связанная с учебой в школе, в течение последних 12 месяцев; • другая социальная поддержка, включая материальную помощь, в течение последних 3 месяцев **Знаменатель:** Число ЛЖВС нуждающихся в психосоциальной помощи среди состоящих на диспансерном наблюдении	* Специальные исследования (респондентам задают ряд вопросов о **типах** и **частоте** полученной поддержки и основном источнике помощи) или * Программный мониторинг: составляются и собираются документы в рамках программ, предоставляющих указанные услуги

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
11. Охват паллиативной помощью нуждающихся ВИЧ-позитивных лиц	Нет данных, по оценкам не более 10–30%	До конца 2007 – разработаны и утверждены стандарты по оказанию паллиатив-ной помощи (ПП)	Не менее 80%**	**Числитель:** Число людей, получивших паллиативную помощь в соответствии со стандартами **Знаменатель:** Число ЛЖВС нуждающихся в паллиативной помощи среди состоящих на диспансерном наблюдении * Предполагается, что до конца 2007 года будут определены стандарты ПП, и потребуется время для пилотирования и внедрения ПП ** Учитывая наличие и расширяющийся доступ к АРВТ предполагается, что кол-во смертей резко не увеличится до 2010	Сводный ежемесячный отчет по форме «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» Нацпроект по ВИЧ
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ					
12. Объем финансирования, выделенного Правительством на проблему ВИЧ/СПИДа в % от ВВП	Нет данных в % от ВВП с учетом расходов регионов		Не менее 0,5 % от ВВП	Количество выделенных Правительством на проблему ВИЧ/СПИДа средств составляет не 0,5 % от ВВП	Специальные исследования или программный мониторинг

Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель) к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году	Метод расчета показателя	Источник/метод сбора данных
13. Реализация «трех единых принципов» Функционирует Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека	Комиссии созданы не во всех регионах РФ	Созданы и функционируют комиссии на федеральном и региональном уровнях	Функционируют комиссии на федеральном и региональном уровнях	Заседания Правительственной комиссии по вопросам ВИЧ-инфекции проводятся не реже чем 1 раз в квартал На уровне субъектов Федерации созданы и проводятся заседания комиссий по вопросам ВИЧ под руководством заместителей губернаторов	Специальные исследования или программный мониторинг
Создана на федеральном уровне и осуществляется единая стратегия противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции	Отсутствует в оформленном целостном виде	Разработана на федеральном уровне единая согласованная стратегия	Функционирует	Единая стратегия противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции утверждена и финансируется осуществление мероприятий в соответствии со стратегией	Специальные исследования или программный мониторинг
Создана на федеральном уровне и функционирует единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне страны	Отсутствует в оформленном целостном виде	Разработана на федеральном уровне единая согласованная система мониторинга	Функционирует	Единая система мониторинга и оценки на уровне страны создана, утверждена и финансируется	Специальные исследования или программный мониторинг

Дополнительные цели, предложенные представителями гражданского общества и международными организациями, которые не были поддержаны около 40% специалистов, однако, вероятно, целесообразно использовать индикаторы, соответствующие невыбранным целям для МиО

Цель	Доминирующие комментарии специалистов
Приверженность и действия на национальном уровне При активном участии ЛЖВС и гражданского общества функционирует система мониторинга нарушений прав человека в связи с ВИЧ-инфекцией и реагирования (снижение стигмы и дискриминации, соблюдение прав человека)	Требуют доработки метод расчета показателя, цель не является приоритетной
Профилактика % ВИЧ-инфицированных детей (в возрасте старше 18 месяцев), рожденных ВИЧ-позитивными матерями	Требуют доработки целевые показатели и метод расчета показателя, цель является менее приоритетной по сравнению с 6. 6.1
Профилактика Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с непостоянным половым партнером	Требуют доработки целевые показатели и метод расчета показателя, возможно сопротивление представителей ряда социальных институтов, в т.ч. религиозных Цель является менее приоритетной

Дополнительные цели, предложенные представителями гражданского общества и международными организациями, которые не были поддержаны большинством специалистов

Цель	Доминирующие комментарии специалистов
Лечение Апробированы и функционируют программы, обеспечивающие доступ потребителям инъекционных наркотиков к заместительной терапии	Противоречит законодательству РФ
Профилактика Использование презерватива во время первого полового контакта	Требуют доработки целевые показатели и метод расчета показателя, целевые группы не определены Цель является менее приоритетной
Профилактика Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта с последним клиентом	Секс-бизнес запрещен законом. Национальные цели не могут регламентировать процессы, происходящие вне правового поля Цель является менее приоритетной
Профилактика Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального сексуального контакта с партнером-мужчиной (за последние 6 месяцев)	Цель является менее приоритетной

Цель	Доминирующие комментарии специалистов
Профилактика Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее риск передачи ВИЧ-инфекции, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и пользующихся презервативами, за последний месяц	Цель является менее приоритетной, рекомендовано для использования в качестве индикатора
Профилактика Процент крупных предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочем месте	Требуют доработки целевые показатели и метод расчета показателя Цель является менее приоритетной
Лечение Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ВИЧ-позитивных детей	Цель предложена агентствами ООН, она является приоритетной, входит в цель 1
Уход и поддержка Организация диспансерного наблюдения за ВИЧ-позитивных детьми (регулярное обследование не менее 2 раз в год в соответствии со стандартами)	Цель предложена агентствами ООН, она является приоритетной, входит в цель 3
Уход и поддержка Охват психосоциальной помощью ВИЧ-позитивных детей и членов их семей.	Цель предложена агентствами ООН, она является приоритетной, входит в цель 4
Профилактика Доля детей, инфицированных ВИЧ, из числа детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями.	Цель предложена агентствами ООН, приведена формула для расчета показателя, однако методика не валидирована

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В данном разделе проводится обобщенные национальные индикаторы по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для Российской Федерации, полученные в результате синтеза индикаторов разработанных рабочей экспертной группой по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2006 г.; индикаторов, позволяющих отслеживать выполнение национальных целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, и индикаторов, предложенных ЮНЭЙДС в 2007 г. для отчета стран по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
ПРОФИЛАКТИКА		
1. Доля населения (мужчины и женщины) 15–49 лет, которые правильно называют пути предотвращения передачи ВИЧ и отрицают неправильные представления о ВИЧ-инфекции • в том числе молодежь 15–25 лет • в том числе представители уязвимых групп	1 раз в год	Специальные исследования
2. Охват населения (мужчины и женщины) 15–49 лет, в том числе молодежи в возрасте 15–24 лет профилактическими программами по ВИЧ-инфекции	1 раз в год	Специальные исследования
3. Процент представителей уязвимых групп: • ПИН • КСР • МСМ охваченных профилактическими программами	1 раз в год	Специальные исследования
4. Охват полным курсом химиопрофилактики беременных ВИЧ-позитивных женщин, закончивших беременность родами	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
5. Охват химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей, в том числе: • во время беременности • в родах • новорожденных	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
6. Доступность тестирования, сопровождаемого до- и послетестовым консультированием для всех нуждающихся	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
8. Процент представителей уязвимых групп населения, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты ВИЧ	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
9. Процент школ, которые проводили обучение по вопросам ВИЧ-инфекции на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года	1 раз в год	Специальные исследования
10. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 года, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	1 раз в год	Специальные исследования
11. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	1 раз в год	Специальные исследования
12. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта	1 раз в год	Специальные исследования
13. Процент работников секс-бизнеса, сообщивших о регулярном использовании презервативов	1 раз в год	Специальные исследования
14. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время сексуального контакта с последним клиентом	1 раз в год	Специальные исследования

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
15. Процент МСМ, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	1 раз в год	Специальные исследования
16. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	1 раз в год	Специальные исследования
17. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	1 раз в год	Специальные исследования
18. Процент предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочем месте	1 раз в год	Специальные исследования
19. Процент населения, которые толерантно относятся к ЛЖВС	1 раз в год	Специальные исследования
20. Распространенность употребления наркотиков среди населения	1 раз в год	Специальные исследования
21. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения, в том числе: • в возрасте 15–49 лет, • в возрасте 15–24 лет, • среди беременных женщин, • среди осужденных, • среди ПИН, • среди КСР, • среди МСМ	1 раз в год	Специальные исследования Данные федерального государственного статистического наблюдения
ЛЕЧЕНИЕ		
22. Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВС, в том числе: • взрослые, • дети, • ПИН, • заключенные	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
23. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев после его начала	1 раз в год	Специальные исследования
24. Охват диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний нуждающихся ЛЖВС • в том числе туберкулеза	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения

Индикатор	Периодичность предоставления	Метод сбора / Источник данных
25. Количество ЛПУ, осуществляющих антиретровирусную терапию	1 раз в год	Специальные исследования
26. Процент ЛЖВС, имеющих первично-резистентные к АРВ-препаратам штаммы ВИЧ, за последние 12 месяцев	1 раз в год	Специальные исследования
27. Процент ЛЖВС, имеющих резистентные к АРВ-препаратам штаммы ВИЧ, среди получающих терапию первой линии спустя 12 месяцев после начала АРВ-терапии	1 раз в год	Специальные исследования
28. Процент умерших среди инфицированных ВИЧ	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
УХОД И ПОДДЕРЖКА		
1. Процент ЛЖВС, находящихся на диспансерном наблюдении (регулярное обследование не менее 1 раза в год) • в том числе ПИН	1 раз в год	Данные федерального государственного статистического наблюдения
2. Охват психосоциальной (ПС) помощью нуждающихся ВИЧ-позитивных лиц и членов их семей	1 раз в год	Специальные исследования
3. Охват паллиативной помощью нуждающихся ВИЧ-позитивных лиц	1 раз в год	Специальные исследования
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
29. Количество государственных средств, которые потрачены на мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа	1 раз в год	Специальные исследования
30. Количество негосударственных средств, которые потрачены на мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа	1 раз в год	Специальные исследования
31. Комбинированный национальный индекс в области политики ВИЧ/СПИДа	1 раз в год	Специальные исследования
32. Функционирует правительственная и региональные комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека	1 раз в год	Специальные исследования

ПОСЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

После разработки концептуальной рамки МиО должен быть проведен процесс утверждения индикаторов, согласования источников информации, методов сбора информации, расчета индикаторов, определения информационных потоков. Должны быть разработаны единые отчетные формы, наиболее полно, точно в едином ключе и без лишних сведений отражающие ситуацию, такие отчетные формы будут представлены совместно с компьютерной программой по МиО. Также должны быть определены ответственные лица, сроки предоставления данных. Для индикаторов, отражающих знания и поведение, требуют разработки соответствующие анкеты, размер и способ формирования выборки, методика опроса и способы обработки, анализа и представления данных. Для расчета относительных индикаторов определен знаменатель и методы получения данных для его расчета. Все это также требует достаточного количества ресурсов. Важным моментом работы является определение подходов к распространению полученной информации, доведении ее до сведения ключевых лиц, определяющих политику в данном вопросе, донорских организаций. Не менее актуальным представляется и доведение решений, основанных на МиО, до исполнителей программ и проектов.

Подписано в печать 23.11.2007 г. Формат 60x90/8.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 49,5.
Тираж 1000 экз. Заказ № 97-11-07.

Оригинал-макет и полиграфические работы —
ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга»
Тел.: (495) 739-5680
http://www.raduga-print.ru
http://www.radugaprint.ru